**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO**

MARGARET ROSE SANTA MARIA-MENGEL

**“Vigilância do Desenvolvimento” em Programa de Saúde da Família:
triagem para detecção de riscos para problemas de
desenvolvimento em crianças**

Ribeirão Preto

2007

MARGARET ROSE SANTA MARIA-MENGEL

**“Vigilância do Desenvolvimento” em Programa de Saúde da Família:
triagem para detecção de riscos para problemas de
desenvolvimento em crianças**

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em
Ciências Médicas

Área de concentração: Saúde Mental
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Beatriz
Martins Linhares

Apoio: CAPES

Ribeirão Preto

2007

Santa Maria-Mengel, Margaret Rose
“Vigilância do desenvolvimento” em Programa de
Saúde da Família: triagem para detecção de riscos para
problemas de desenvolvimento em crianças. Ribeirão Preto,
2007.

312 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina
de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde Mental.

Orientador: Linhares, Maria Beatriz Martins.

1.Desenvolvimento infantil. 2. Triagem. 3. Risco. 4.
Resiliência. 5. Programa de Saúde da Família.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Margaret Rose Santa Maria-Mengel
"Vigilância do desenvolvimento" em Programa
de Saúde da Família: triagem para detecção de
riscos para problemas de desenvolvimento em crianças.

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em
Ciências Médicas

Área de concentração: Saúde Mental
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Beatriz
Martins Linhares

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho especialmente ao **Beto**, que me incentivou a iniciá-lo e esteve ao meu lado a todo o momento. E aos meus pais **Luiz** e **Maria** pela presença sempre marcante, de muita força e luz.

Agradeço de forma especial a **Profª.
Drª. Maria Beatriz Martins Linhares**
pelo incentivo e orientação muito
dedicada em todos esses anos.

AGRADECIMENTOS

- . A equipe do Núcleo de Saúde da Família IV da FMRP-USP, por viabilizar a coleta de dados.
- . Aos agentes comunitários: Marilene, Sandra, Cristina, Karina, Francisca e Alex, agradeço especialmente pela disponibilidade em acompanhar as visitas e pelo apoio constante diante de algumas dificuldades.
- . A Prof^a. Dr^a. Maria do Carmo Gullaci Guimarães Caccia Bava e à Prof^a Dr^a Eucia Beatriz Lopes Petean, pela colaboração e valiosas contribuições ao estudo no momento do Exame de Qualificação.
- . As mães, pais, avós e crianças que participaram do estudo compartilhando um pouco do seu tempo, sua história de vida e até momentos de dificuldade. Assim permitindo o aprofundamento do conhecimento por meio deste trabalho.
- . A CAPES, pela bolsa de estudos concedida, que permitiu a dedicação total da pesquisadora ao estudo.
- . A FAEPA/HCFMRP-USP pelo apoio financeiro ao projeto e apresentação de resultados em eventos científicos.
- . A Geraldo Cássio dos Reis pelo auxílio nas análises estatísticas.
- . A Ubirajara Reis Pimenta Junior pela revisão da Tese e pela elaboração da capa.
- . A Sônia, Ivana e a todos os funcionários da Secretaria de Pós-Graduação da FMRP-USP, pela atenção e disponibilidade.

1. O primeiro direito da criança é o de nascer.
2. Toda criança tem o direito de mamar.
3. Toda criança tem o direito ao colo e ao aconchego.
4. Toda criança tem o direito ao sono.
5. Toda criança tem o direito às vacinas.
6. Toda criança tem o direito de chorar.
7. Toda criança tem o direito à não violência.
8. Toda criança tem o direito à proteção.
9. Toda criança tem o direito de ser estimulada.
10. Toda criança tem o direito de ser criança.
11. Toda criança tem o direito de brincar.
12. Toda criança tem o direito de ter limites.
13. Toda criança tem o direito à fantasia.
14. Toda criança tem o direito de ter uma boa imagem de si mesma.
15. Toda criança tem o direito de não ser rotulada.
16. Toda criança tem o direito de não ser comparada.
17. Toda criança tem o direito à oportunidade justa.

OS NOVOS DIREITOS DA CRIANÇA (LOBO, 1994)

RESUMO

SANTA MARIA-MENGEL, M. R. **“Vigilância do Desenvolvimento” em Programa de Saúde da Família: triagem para detecção de riscos para problemas de desenvolvimento em crianças.** 2007. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

O Programa de Saúde da Família (PSF) no Brasil deve manter ações preventivas orientadas para a detecção de riscos ao desenvolvimento e à saúde da criança, assim como a identificação de recursos para aliviar e neutralizar o efeito de adversidades. O presente estudo teve por objetivo geral sistematizar, aplicar e avaliar um procedimento de “Vigilância do Desenvolvimento”, que consistiu na triagem para rastrear riscos para problemas de desenvolvimento e comportamento da criança e para identificar recursos protetores na criança e no ambiente familiar. Para tanto, os objetivos específicos foram: a) identificar os problemas de desenvolvimento e comportamento da criança; b) identificar os problemas no ambiente familiar; c) identificar os recursos da criança e do ambiente familiar; d) verificar as associações entre os indicadores globais de desenvolvimento, de linguagem e de comportamento das crianças e as variáveis da própria criança e do seu ambiente psicossocial; e) identificar o melhor modelo de predição dos problemas de desenvolvimento e comportamento da criança e da inserção na educação infantil; f) avaliar a validade preditiva dos procedimentos de avaliação de Vigilância do Desenvolvimento. A amostra foi constituída por 120 crianças não-clínicas, de seis a 44 meses de idade, provenientes de uma comunidade cadastrada no Núcleo IV do PSF da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP. Na avaliação utilizou-se o Teste de Denver-II, Lista LAVE, Roteiro de Entrevista para Risco Psicossocial, Índice de Risco Psicossocial (Rutter), Inventário HOME, CBCL 1½ - 5, Escala de Eventos Vitais,

Escala Modos de Enfrentamento de Problemas e Questionário ABIPEME. O procedimento de coleta envolveu uma visita domiciliar para avaliação da criança, entrevista com o cuidador e observação do ambiente familiar. Após cerca de um ano foi realizada a reavaliação das crianças. Verificou-se que 33% delas encontravam-se em risco para problemas de desenvolvimento; esta porcentagem foi próxima às encontradas em estudos brasileiros e americanos. Verificou-se alta incidência na amostra de indicadores de problemas de linguagem (39%) e de comportamento (48%). As famílias apresentavam risco psicossocial devido às condições de moradia precária, baixa escolaridade e qualificação profissional dos pais, e problemas financeiros. Em que pese essas adversidades, foi encontrada boa estimulação ambiental e adequada interação no contexto familiar, situando-se na média pelo HOME. A baixa escolaridade paterna foi preditora do risco no desenvolvimento global da criança. A linguagem expressiva em risco foi predita tanto pela história do estado nutricional da criança abaixo do normal aos seis meses, quanto pelo alto índice de risco psicossocial familiar. Os problemas de comportamento, por sua vez, foram preditos por ausência de renda própria da mãe e temperamento negativo da criança. O fato de a criança não ter antecedentes mórbidos, a mãe ter renda própria e enfrentar problemas buscando suporte social foram preditores da inserção da criança na educação infantil. O modelo de triagem de vigilância do desenvolvimento mostrou ser sensível para detecção de riscos no desenvolvimento das crianças após um ano da avaliação. Os achados do presente estudo fornecem subsídios para planejamento de medidas preventivas na área de desenvolvimento e saúde mental da criança no âmbito do PSF.

Palavras-chave: desenvolvimento infantil; triagem; risco; resiliência; Programa de Saúde da Família.

ABSTRACT

SANTA MARIA-MENGEL, M. R. **“Development Surveillance” in the Family Health Program: screening to identify risks for child development problems.** 2007. Doctoral Thesis - School of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

The purpose of the Family Health Program (FHP) in Brazil is to carry out continuous preventive actions with the aim to identify risks for child health and development, as well as to determine which resources are needed to reduce and eliminate any effects of the adversities. The general objective of the present study was to systemize, apply, and evaluate a procedure of “Development Surveillance”, which consisted of screening and tracking risks affecting child development and behavior, as well as to identify protection resources in children and the family environment. To achieve this objective, the following specific objectives were set: a) to identify child developmental and behavioral problems; b) to identify problems in the family environment; c) to identify children’s and family environment resources; d) to verify associations among three factors as global indicators of child development, language, and behavior; children’s own variables; and children’s psychosocial environment; e) to identify the best model for predicting problems involving child development, child behavior, and kindergarten; and f) to evaluate the predictive validity of the Development Surveillance evaluation procedures. The study sample consisted of 120 non-clinical children, all from the same community (Center IV) registered with the FHP at the School of Medicine of Ribeirão Preto. Children’s ages ranged between six and 44 months. The following instruments were used for evaluation: Denver-II Screening Test, Language Development Survey, Interview Questionnaire for Psychosocial Risk,

Psychosocial Risk Index (Rutter), HOME Inventory, CBCL 1½ - 5, Life Events Scale, Brazilian version of the Ways of Coping Scale, and ABIPEME Questionnaire. Data collection involved the following: home visits for child evaluation; interviews with their caretaker; and observing the family environment. Children were reevaluated after approximately one year. It was observed that 33% of the children were at risk for developmental problems. Such values are in agreement with previous studies performed in Brazil and in the United States. There was high incidence of indicators of language (39%) and behavioral (48%) problems. Factors causing psychosocial risk to the studied families include precarious housing, parents' low education and professional levels, and financial problems. In spite of the aforementioned adversities, there was good environmental stimulation and appropriate interaction within the family context, considered average value by HOME. Parents' low educational level was predictive of the risks to child's developmental problems. The expressive language at risk was predicted by both the child's history of malnutrition, as well as the family's high psychosocial risk index. Behavioral problems, on the other hand, were predicted by lack of mother's own income and by child's negative temperament. Factors predictive of children starting in kindergarten were: no morbid antecedents, mother having her own income, and using social support to cope with problems. The development surveillance screening model showed to be sensitive in detecting child developmental risks one year after evaluation. The present study findings provide the information necessary to plan preventive measures in the area of child development and mental health in the FHP.

Keywords: child development, screening, risk, resilience, family health program

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Teoria sócio-ecológica do desenvolvimento	43
Quadro 1	Esquema de coleta de dados.....	85
Quadro 2	Perguntas e classificação das respostas dadas pelos cuidadores às questões abertas do Roteiro de Entrevista para Identificação de Riscos Biopsicossociais na História de Vida da Criança	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Características das crianças - amostra total e grupos diferenciados por faixa etária – Frequência (f), Porcentagem (%), Mediana (Med), Valores mínimo (min) e máximo (max)	94
Tabela 2	Características das famílias - amostra total e por grupos diferenciados por faixa etária das crianças – Frequência (f), Porcentagem (%), Mediana (Med), Valores mínimo (min) e máximo (max)	95
Tabela 3	Características das famílias - amostra total e grupos diferenciados por faixa etária das crianças – Frequência (f), Porcentagem (%), Mediana (Med), Valores mínimo (min) e máximo (max)	97
Tabela 4	Características das famílias - amostra total e grupos diferenciados por faixa etária das crianças – Frequência (f), Porcentagem (%), Mediana (Med), Valores mínimo (min) e máximo (max)	99
Tabela 5	Características das condições de moradia das famílias - amostra total e grupos diferenciados por faixa etária das crianças – Frequência (f), Porcentagem (%), Mediana (Med), Valores mínimo (min) e máximo (max)	101

Tabela 6	História reprodutiva da mãe, da concepção e gestação das crianças – Frequência (f), Porcentagem (%), Incidência (i), Mediana (Med), Valores mínimo (min) e máximo (max)	103
Tabela 7	Fatores de risco maternos na fase pré-natal - amostra total e grupos diferenciados por faixa etária das crianças – Frequência (f), Porcentagem (%) e Incidência (i)	105
Tabela 8	Condições de nascimento das crianças – amostra total e grupos diferenciados por faixa etária – Frequência (f), Porcentagem (%), Incidência (i), Mediana (Med), Valores mínimo (min) e máximo (max)	107
Tabela 9	Caracterização das condições de saúde da amostra e dos grupos por faixa etária das crianças – Frequência (f), Porcentagem (%), Mediana (Med), Valores mínimo (min) e máximo (max)	110
Tabela 10	Características do desenvolvimento das crianças, segundo relato dos cuidadores - amostra total e grupos diferenciados por faixa etária – Frequência (f), Porcentagem (%), Incidência (i) Mediana (Med), Valores mínimo (min) e máximo (max)	113
Tabela 11	Familiares que promovem os cuidados às crianças - amostra total e grupos por faixa etária – Frequência (f), Incidência (i)	115

Tabela 12	Risco no desenvolvimento das crianças, avaliado por meio do Teste de Denver-II, na amostra total e nos grupos por faixa etária – Porcentagem (%)	116
Tabela 13	Desempenho na área de linguagem expressiva, avaliado pela LAVE, na amostra total e nos grupos diferenciados por faixa etária, segundo normas de índice clínico de Capovilla e Rescorla – Porcentagem (%), Mediana (Med), Valores mínimo (min) e máximo (max)	118
Tabela 14	Desempenho na área de linguagem expressiva, na LAVE, de acordo com o sexo das crianças – Porcentagem (%), Mediana (Med), Valores mínimo (min) e máximo (max)	119
Tabela 15	Indicadores de problemas de comportamento no CBCL 1½ - 5 - Média e desvio-padrão do <i>T score</i> , na amostra total e nos grupos por faixa etária	120
Tabela 16	Indicadores de problemas de comportamento segundo a classificação no CBCL 1½ - 5, normal, <i>borderline</i> e clínico – Porcentagem (%), na amostra total e nos grupos por faixa etária	122
Tabela 17	Estimulação no ambiente familiar medida por meio do Inventário HOME, na amostra total e por grupos de faixa etária – Média e desvio-padrão (dp)	124

Tabela 18	Estimulação no ambiente familiar medida por meio do Inventário HOME, na amostra total e por grupos de faixa etária, comparando-se com a classificação dos autores Caldwell, Bradley - Porcentagem (%), Mediana (Med) e Valores mínimo (min) e máximo (max)	126
Tabela 19	Eventos vitais adversos em termos de escore e tipos de fonte estressora – amostra total e grupos por faixa etária – Mediana (Med), Valores mínimo (min) e máximo (max), Porcentagem (%) e Incidência (i)	128
Tabela 20	Tipos de eventos vitais adversos por fontes estressoras – amostra total e grupos por faixa etária – Incidência (i) ..	130
Tabela 21	Número de problemas atuais relatados pelos cuidadores ao responderem a EMEP, na amostra total e nos grupos por faixa etária – Porcentagem de participantes (%)	132
Tabela 22	Tipos de problemas atuais relatados pelos cuidadores ao responder a EMEP, na amostra total e nos grupos por faixa etária – Incidência (i)	132
Tabela 23	Tipos de estratégias de enfrentamento da EMEP e comparação com a amostra de padronização brasileira (escores) – Média e desvio-padrão (dp)	134
Tabela 24	Classificação dos tipos de estratégias de enfrentamento de problemas, de acordo com índices clínicos (C) e não clínicos (N), na EMEP, na amostra total e nos grupos por faixa etária – Porcentagem (%)	136

Tabela 25	Porcentagem de índice de risco psicossocial de acordo com Rutter na amostra total e nos grupos por faixa etária das crianças – Porcentagem (%) e Incidência (i)	138
Tabela 26	Correlações significativas entre indicadores de desenvolvimento (classificação global no Denver-II) e variáveis da criança (dificuldade na fala, idade em que começou a andar, não ter controle do esfíncter anal), variáveis do ambiente (resultados do Inventário HOME, EEV e EMEP) e variável de caracterização dos cuidadores	140
Tabela 27	Correlações significativas entre indicador de linguagem expressiva (LAVE) e variáveis da criança (comportamento durante o sono, estado nutricional aos 6 meses, dificuldade na fala e atendimento médico especial ao nascimento)	141
Tabela 28	Correlações significativas entre indicador de linguagem expressiva (LAVE), variáveis do ambiente familiar (Inventário HOME) e dos cuidadores	142
Tabela 29	Correlações significativas entre indicadores de problemas de comportamento (classificação total de problemas no CBCL), as variáveis da criança (temperamento, dificuldade na fala e comportamento durante o sono) e as variáveis dos cuidadores (idade da mãe e do pai e maternidade/paternidade precoce)	143

Tabela 30	Correlações significativas entre indicador de linguagem expressiva (LAVE), indicador de risco no desenvolvimento (Denver-II - classificação global e nas áreas) e de problemas de comportamento (CBCL - subescalas)	144
Tabela 31	Correlações significativas entre as subescalas do CBCL .	145
Tabela 32	Modelo final da análise de regressão logística	146
Tabela 33	Características das crianças - Porcentagem (%), Mediana (Med), Valores mínimo (min) e máximo (max), nos momentos da avaliação e da reavaliação	148
Tabela 34	Desempenho no Teste de Denver-II, na avaliação e reavaliação – Frequência (f), Porcentagem (%)	149
Tabela 35	Comparação entre os desempenhos na área da linguagem avaliados pela LAVE na avaliação e reavaliação – Porcentagem (%), Mediana (Med) e Valores mínimo (min) e máximo (max)	150
Tabela 36	Indicadores de problemas de comportamento (escore) segundo CBCL 1½ - 5, na avaliação e reavaliação – Média e desvio-padrão (dp)	151
Tabela 37	Comparação dos indicadores de problemas de comportamento, segundo a classificação no CBCL 1½ - 5, normal, <i>borderline</i> e clínico, na avaliação e reavaliação – Porcentagem (%)	152
Tabela 38	Eventos vitais adversos em termos de escore e tipos de fonte estressora, na avaliação e reavaliação –	

	Porcentagem (%), Mediana (Med), Valores mínimo (min) e máximo (max)	153
Tabela 39	Tipos de problemas atuais relatados pelos cuidadores ao responderem a EMEP, na avaliação e reavaliação – Incidência (i)	154
Tabela 40	Tipos de estratégias de enfrentamento na EMEP, na avaliação e reavaliação – Média e desvio-padrão (dp)	155
Tabela 41	Classificação dos tipos de estratégias de enfrentamento de problemas, de acordo com índices clínicos (C) e não clínicos (N) na EMEP, na avaliação e na reavaliação – Porcentagem (%)	156

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A -	Termo de Consentimento Esclarecido	211
APÊNDICE B -	Roteiro de entrevista para identificação de riscos biopsicossociais na história de vida da criança	212
APÊNDICE C -	Características das crianças dos grupos de 6-7 meses, 11-14 meses e 17-23 meses, em termos de idade cronológica em meses, sexo e frequência à creche ou escola de educação infantil	217
APÊNDICE D -	Características das crianças dos grupos de 24-30 meses e 31-44 meses, em termos de idade cronológica em meses, sexo e frequência à creche ou escola de educação infantil	218
APÊNDICE E -	Características das famílias das crianças do grupo de 6-7 meses, em termos de estado civil, idade (anos), escolaridade e ocupação dos pais, classificação sócio- econômica ABIPME, chefe da família, renda familiar (R\$) e residência	219
APÊNDICE F -	Características das famílias das crianças do grupo de 11-14 meses, em termos de estado civil, idade (anos), escolaridade e ocupação dos pais, classificação sócio- econômica ABIPME, chefe da família, renda familiar (R\$) e residência.....	220

APÊNDICE G -	Características das famílias das crianças do grupo de 17-23 meses, em termos de estado civil, idade (anos), escolaridade e ocupação dos pais, classificação sócio-econômica ABIPEME, chefe da família, renda familiar (R\$) e residência.....	221
APÊNDICE H -	Características das famílias das crianças do grupo de 24-30 meses, em termos de estado civil, idade (anos), escolaridade e ocupação dos pais, classificação sócio-econômica ABIPEME, chefe da família, renda familiar (R\$) e residência.....	222
APÊNDICE I -	Características das famílias das crianças do grupo de 31-44 meses, em termos de estado civil, idade (anos), escolaridade e ocupação dos cuidadores, classificação sócio-econômica ABIPEME, chefe da família, renda familiar (R\$) e residência.....	223
APÊNDICE J -	Avaliação dos indicadores de risco do desenvolvimento das crianças do grupo de 6-7 meses, por meio do Teste de Denver-II: classificação em termos da presença de risco ou não e nas áreas (linguagem, motora fina e ampla e pessoal/social) a presença de cuidado, atraso ou normalidade	224

APÊNDICE K -	Avaliação dos indicadores de risco do desenvolvimento das crianças do grupo de 11-14 meses, por meio do Teste de Denver-II: classificação em termos da presença de risco ou não e nas áreas (linguagem, motora fina e ampla e pessoal/social) a presença de cuidado, atraso ou normalidade	225
APÊNDICE L -	Avaliação dos indicadores de risco do desenvolvimento das crianças do grupo de 17-23 meses, por meio do Teste de Denver-II: classificação em termos da presença de risco ou não e nas áreas (linguagem, motora fina e ampla e pessoal/social) a presença de cuidado, atraso ou normalidade	226
APÊNDICE M -	Avaliação dos indicadores de risco do desenvolvimento das crianças do grupo de 24-30 meses, por meio do Teste de Denver-II: classificação em termos da presença de risco ou não e nas áreas (linguagem, motora fina e ampla e pessoal/social) a presença de cuidado, atraso ou normalidade e LAVE: classificação em termos da presença de risco ou não e a pontuação-padrão	227

APÊNDICE N -	Avaliação dos indicadores de risco do desenvolvimento das crianças do grupo de 31-44 meses, por meio do Teste de Denver-II: classificação em termos da presença de risco ou não e nas áreas (linguagem, motora fina e ampla e pessoal/social) a presença de cuidado, atraso ou normalidade e LAVE: classificação em termos da presença de risco ou não e a pontuação-padrão	228
APÊNDICE O -	Avaliação dos indicadores de risco do comportamento das crianças, segundo a percepção dos cuidadores do grupo de 17-23 meses, por meio do CBCL: classificação em termos de índice de normalidade, <i>borderline</i> e clínico	229
APÊNDICE P -	Avaliação dos indicadores de risco do comportamento das crianças, segundo a percepção dos cuidadores do grupo de 24-30 meses, por meio do CBCL: classificação em termos de índice de normalidade, <i>borderline</i> e clínico	230
APÊNDICE Q -	Avaliação dos indicadores de risco do comportamento das crianças, segundo a percepção dos cuidadores do grupo de 31-44 meses, por meio do CBCL: classificação em termos de índice de normalidade, <i>borderline</i> e clínico	231
APÊNDICE R -	Indicadores de estimulação ambiental de acordo com	

	avaliação do Inventário HOME, no grupo de 6-7 meses, em termos do escore total, classificação segundo resultados do estudo de Bradley e Caldwell e da amostra do estudo, e o resultado em escore por subescala	232
APÊNDICE S -	Indicadores de estimulação ambiental de acordo com avaliação do Inventário HOME, no grupo de 11-14 meses, em termos do escore total, classificação segundo resultados do estudo de Bradley e Caldwell e da amostra do estudo, e o resultado em escore por subescala	233
APÊNDICE T -	Indicadores de estimulação ambiental de acordo com avaliação do Inventário HOME, no grupo de 17-23 meses, em termos do escore total, classificação segundo resultados do estudo de Bradley e Caldwell e da amostra do estudo, e o resultado em escore por subescala	234
APÊNDICE U -	Indicadores de estimulação ambiental de acordo com avaliação do Inventário HOME, no grupo de 24-30 meses, em termos do escore total, classificação segundo resultados do estudo de Bradley e Caldwell e da amostra do estudo, e o resultado em escore por subescala	235
APÊNDICE V -	Indicadores de estimulação ambiental de acordo com avaliação do Inventário HOME, no grupo de 31-44	

	meses, em termos do escore total, classificação segundo resultados do estudo de Bradley e Caldwell e da amostra do estudo, e o resultado em escore por subescala	236
APÊNDICE W -	Resultados dos eventos adversos relatados pelos cuidadores em termos do número de eventos, classificação em quartis e fonte estressora, no grupo de crianças de 6-7 meses	237
APÊNDICE X -	Resultados dos eventos adversos relatados pelos cuidadores em termos do número de eventos, classificação em quartis e fonte estressora, no grupo de crianças de 11-14 meses	238
APÊNDICE Y -	Resultados dos eventos adversos relatados pelos cuidadores em termos do número de eventos, classificação em quartis e fonte estressora, no grupo de crianças de 17-23 meses	239
APÊNDICE Z -	Resultados dos eventos adversos relatados pelos cuidadores em termos do número de eventos, classificação em quartis e fonte estressora, no grupo de crianças de 24-30 meses	240
APÊNDICE AA -	Resultados dos eventos adversos relatados pelos cuidadores em termos do número de eventos, classificação em quartis e fonte estressora, no grupo de crianças de 31-44 meses	241
APÊNDICE BB -	Resultados da avaliação segundo a EMEP, no grupo de 6-7 meses	242

APÊNDICE CC -	Resultados da avaliação dos cuidadores segundo a EMEP, no grupo de 11-14 meses	243
APÊNDICE DD -	Resultados da avaliação dos cuidadores segundo a EMEP, no grupo de 17-23 meses	244
APÊNDICE EE -	Resultados da avaliação dos cuidadores segundo a EMEP, no grupo de 24-30 meses	245
APÊNDICE FF -	Resultados da avaliação dos cuidadores segundo a EMEP, no grupo de 31 a 44 meses	246
APÊNDICE GG -	Número de itens de risco, segundo Rutter, presentes em cada família, na amostra total e nos grupos por faixa etária – Porcentagem (%)	247
APÊNDICE HH -	Avaliação do risco psicossocial de acordo com Rutter, Quinton (1977), no grupo de 6-7 meses	248
APÊNDICE II -	Avaliação do risco psicossocial de acordo com Rutter, Quinton (1977), no grupo de 11-14 meses	249
APÊNDICE JJ -	Avaliação do risco psicossocial de acordo com Rutter, Quinton (1977), no grupo de 17-23 meses	250
APÊNDICE KK -	Avaliação do risco psicossocial de acordo com Rutter, Quinton (1977), no grupo de 24-30 meses	251
APÊNDICE LL -	- Avaliação do risco psicossocial de acordo com Rutter, Quinton (1977), no grupo de 31-44 meses	252
APÊNDICE MM -	Indicadores de risco do desenvolvimento das crianças do grupo de 24-30 meses, por meio do Teste de Denver-II: classificação em termos da presença de risco ou não e nas áreas (linguagem, motora fina e	

	ampla e pessoal/social) a presença de cuidado, atraso ou normalidade e LAVE: classificação em termos da presença de risco ou não e a pontuação-padrão, na reavaliação	253
APÊNDICE NN -	Indicadores de risco do desenvolvimento das crianças do grupo de 31-44 meses, por meio do Teste de Denver-II: classificação em termos da presença de risco ou não e nas áreas (linguagem, motora fina e ampla e pessoal/social) a presença de cuidado, atraso ou normalidade e LAVE: classificação em termos da presença de risco ou não e a pontuação-padrão, na reavaliação.....	254
APÊNDICE OO -	Indicadores de risco do comportamento das crianças, segundo a percepção dos cuidadores do grupo de 24-30 meses, por meio do CBCL: classificação em termos de índice de normalidade, <i>borderline</i> e clínico, na reavaliação	255
APÊNDICE PP -	Indicadores de risco do comportamento das crianças, segundo a percepção dos cuidadores do grupo de 31-44 meses, por meio do CBCL: classificação em termos de índice de normalidade, <i>borderline</i> e clínico, na reavaliação	256
APÊNDICE QQ -	Resultados dos eventos adversos relatados pelos cuidadores em termos do número de eventos, classificação em quartis e fonte estressora, no grupo de crianças de 24-30 meses, na reavaliação	257

APÊNDICE RR -	Resultados dos eventos adversos relatados pelos cuidadores em termos do número de eventos, classificação em quartis e fonte estressora, no grupo de crianças de 31-44 meses, na reavaliação	258
APÊNDICE SS -	Resultados da avaliação dos cuidadores segundo a EMEP, no grupo de 24-30 meses, na reavaliação	259
APÊNDICE TT -	Resultados da avaliação dos cuidadores segundo a EMEP, no grupo de 31-44 meses, na reavaliação	260
APÊNDICE UU -	Dicionário do SPSS	261
APÊNDICE VV -	Artigo encaminhado para a Revista Cadernos de Saúde Pública	271

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A	Aprovação da Direção Acadêmica de Ensino e Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (09/2003).....	299
ANEXO B	Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (0059/CEP/CSE-FMRP-USP).....	300
ANEXO C	Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver – II	301
ANEXO D	Lista de Avaliação de Vocabulário Expressivo.....	305
ANEXO E	Inventário HOME para Observação e Medida do Ambiente.....	307
ANEXO F	Escala de Eventos Vitais.....	309
ANEXO G	Questionário da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado.....	310
ANEXO H	Escala Modos de Enfrentamento de Problemas.....	311

LISTA DE SIGLAS

ABIPEME	Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado
CBCL	Child Behavior Checklist for Ages 1½ - 5
CSE	Centro de Saúde Escola
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EEV	Escala de Eventos Vitais
EMEP	Escala Modos de Enfrentamento de Problemas
ESF	Equipe de Saúde da Família
FMRP-USP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HCFMRP-USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
LAVE	Lista de Avaliação de Vocabulário Expressivo
NSF IV	Núcleo de Saúde da Família IV
PSF	Programa de Saúde da Família
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	33
1.1. O Programa de Saúde da Família e a criança	34
1.2. Fatores de risco e mecanismo de proteção ao desenvolvimento da criança	44
1.3. Promoção do desenvolvimento e prevenção de problemas do desenvolvimento	54
1.4. Avaliação do desenvolvimento da criança para rastreamento de riscos	57
2. OBJETIVOS	63
3. MÉTODO	66
3.1. Participantes	67
3.2. Local e Contexto da Pesquisa	68
3.3. Aspectos Éticos	70
3.4. Instrumentos e Medidas	72
3.5. Procedimento	80
3.5.1. Coleta de dados	80
3.5.2. Análise de dados	86
3.5.3. Tratamento estatístico	89
4. RESULTADOS	92
4.1. Perfil da amostra do estudo.....	93
4.1.1. Características sócio-demográficas	93
4.1.2. Características de história pré-natal, perinatal e neonatal das crianças	102
4.1.3. História de saúde e desenvolvimento	109

4.2. Resultados da avaliação do desenvolvimento das crianças e do ambiente familiar para detecção das necessidades de cuidado.....	115
4.2.1. Desempenho das crianças quanto ao desenvolvimento pessoal-social, linguagem e motricidade ampla e fina	115
4.2.2. Linguagem expressiva	117
4.2.3. Comportamento.....	119
4.2.4. Indicadores de estimulação do ambiente familiar	123
4.2.5. Eventos vitais adversos	127
4.2.6. Enfrentamento de problemas atuais	131
4.2.7. Índice de risco psicossocial de Rutter	137
4.3. Correlação entre os resultados da avaliação do desenvolvimento entre si e com variáveis do ambiente familiar.....	139
4.4. Modelos de predição de risco no desenvolvimento e comportamento da criança	146
4.5. Seguimento longitudinal – comparação entre os indicadores de desenvolvimento e comportamento das crianças avaliados em dois momentos (Avaliação <i>versus</i> Reavaliação)	147
5. DISCUSSÃO	157
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	193
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	197
APÊNDICES	210
ANEXOS	298

A introdução do presente estudo está organizada em quatro tópicos. O primeiro tópico, intitulado *O Programa de Saúde da Família (PSF) e a criança*, apresentará o conceito, os objetivos e as diretrizes do PSF. O segundo tópico, denominado *Os fatores de risco e mecanismos de proteção ao desenvolvimento da criança*, discorrerá sobre os diversos tipos de fatores de risco para o desenvolvimento da criança, os mecanismos de proteção para o indivíduo frente a adversidades e o processo de resiliência. O terceiro tópico, intitulado *A promoção do desenvolvimento e prevenção de problemas do desenvolvimento*, definirá o conceito de vigilância do desenvolvimento e sua importância na prevenção de problemas no desenvolvimento futuro das crianças, assim como sobre pesquisas que mostram o valor do acompanhamento do desenvolvimento infantil nos primeiros anos de vida para o desenvolvimento cerebral. O quarto e último tópico, denominado *A avaliação do desenvolvimento da criança para rastreamento de riscos*, apresentará os tipos de instrumentos e medidas mais utilizados para a avaliação de crianças nos três primeiros anos de vida, fase em que o tecido nervoso mais cresce e amadurece no ciclo vital, e os principais resultados de estudos realizados nesta área.

1.1. O Programa de Saúde da Família e a Criança

Em 1994, a Organização das Nações Unidas (ONU) estabeleceu que este seria o “Ano Internacional da Família” e no Brasil oficializou-se a família como foco do cuidado da saúde em atenção primária, por meio do Programa de Saúde da Família (Ribeiro, 2004). O PSF foi criado inicialmente como programa, porém a partir de 1997 passou a ser definido e defendido como estratégia, de acordo com a publicação do Ministério da Saúde sobre conceitos, objetivos, diretrizes e implementação do PSF (Ribeiro, 2004).

O modelo de atenção direcionado para a Saúde da Família tem proporcionado mudanças positivas na relação entre os profissionais de saúde e a população, estruturando serviços de saúde e desenvolvendo um padrão de assistência oferecida à população pelo sistema público de saúde (Costa, 2000b). Nesse sentido, o Ministério da Saúde ampliou sua parceria com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde para o desenvolvimento de Saúde da Família, por meio dos Pólos de Capacitação, intensificando o processo de qualificação em serviço dos profissionais participantes das equipes.

A publicação da série Cadernos de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família (Costa, 2000a; 2000b) do Ministério da Saúde veio complementar este trabalho desenvolvido pelos Pólos de Capacitação, com o objetivo de reunir conteúdos e informações técnicas pertinentes aos protocolos e rotinas de trabalho das Equipes de Saúde da Família. Cumpre também a tarefa de mostrar os limites de responsabilidade dos níveis de atenção no sistema, delimitando o apoio diagnóstico e terapêutico necessário ao nível básico da atenção e às unidades de referência específica.

O sistema de saúde, atualmente, ainda segue o modelo biomédico tradicional, que acaba por descontextualizar o indivíduo de sua realidade familiar e comunitária, pois trata-o de forma fragmentada, voltando a atenção para as partes doentes do seu corpo. Sem que sejam observadas as diferentes dimensões, o indivíduo perde sua integralidade e acaba relacionando-se com os serviços de saúde também de forma fragmentada, uma vez que para cada problema de saúde precisa de um especialista. A pessoa fragilizada pela doença tem os seus aspectos pessoais, tais como os anseios, os desejos, os sonhos, as crenças, os valores, as relações com os demais membros da família e com o seu meio social, quase completamente

esquecidos, pois o objetivo do modelo médico tradicional é resolver aquele problema, eliminar a doença ou apenas os sintomas. Por outro lado, a família também é vista de forma fragmentada, quer seja no espaço físico em que está fixada, na sua composição nuclear, quer na relação com os demais subsistemas sociais. A família também precisa ser abordada de forma integral e articulada, sem que se perca de vista, no entanto, o estado de equilíbrio da saúde individual de seus membros.

Sob a perspectiva de uma nova visão da atuação da família e da comunidade no desenvolvimento de estratégias de políticas sociais, o papel do profissional de saúde é o de aliar-se à família no cumprimento de sua missão, fortalecendo-a e proporcionando o apoio necessário ao desempenho de suas responsabilidades, porém sem substituí-la. É preciso ajudá-la a descobrir e desenvolver suas potencialidades individuais e coletivas. Assim, esse novo modelo de atendimento amplia o conceito de atenção básica e avança na direção de um sistema de saúde integrado com foco na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente (Zoboli, Fortes, 2004). Nesse sentido, a Organização Mundial da Saúde propõe o conceito 'qualidade de vida' envolvendo cinco dimensões, a saber: (a) saúde física, (b) saúde psicológica, (c) nível de independência em aspectos de mobilidade, atividades diárias, dependência de medicamentos e cuidados médicos e capacidade de trabalho, (d) relações sociais e (e) meio ambiente. (Souza, Carvalho, 2003).

Considerando o desenvolvimento da criança em uma população de nível sócio-econômico baixo e carente de intervenções em vários níveis, faz-se necessário o uso de estratégias que objetivem a melhoria das condições de vida de suas famílias. Estas necessitam resgatar a dignidade com condições mínimas para sua existência, ou seja, tendo um trabalho e geração de renda, alimentação,

educação, habitação e saneamento básico, que as previnam de situações de risco (Souza, Carvalho, 2003). No entanto, oferecer tais condições depende de políticas públicas que nem sempre conseguem resolver tais questões de modo satisfatório e urgente, cabendo aos profissionais de saúde orientações educativas sobre como a população pode melhorar as condições de habitação, alimentação e dinâmica familiar de forma a amenizar as dificuldades vividas pelo contingente mais carente. Necessita-se de análises e reflexões para que na prática tenham ações efetivas de cuidado profissional de saúde em atenção básica em relação ao eixo central do núcleo familiar.

O Programa de Saúde da Família teve um novo impulso em sua expansão com a nova edição da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1996 (NOB-SUS 96) e desde então segue esta nova concepção de trabalho. Nessa concepção, o vínculo entre os membros da equipe do PSF permite maior diversidade de ações e busca constante de consenso, mudando de uma abordagem de multidisciplinaridade para uma relação baseada na interdisciplinaridade. Desta maneira, são necessárias mudanças profissionais significativas nas abordagens do indivíduo, da família e da comunidade, para que esse modelo de atenção à saúde seja implantado efetivamente.

O Programa de Saúde da Família deve estar implantado em Unidades de Saúde da Família (USF) e estas devem funcionar como porta de entrada do sistema triando, educando, promovendo a saúde, prevenindo doenças em geral e encaminhando para serviços especializados quando necessário. De acordo com o Ministério da Saúde, o encaminhamento para serviços mais especializados deve ocorrer em torno de 15% dos casos, porém a responsabilidade por todo o plano terapêutico é da USF, mesmo que seja realizado em parte por outros serviços. A

USF é a referência para toda a assistência da população residente na área próxima à Unidade. A USF deve realizar a assistência integral, contínua e de qualidade, desenvolvida por uma equipe multidisciplinar tanto na própria Unidade quanto nos domicílios e em locais comunitários, como escolas, creches, entre outros (Costa, 2000b).

A abordagem em equipe, segundo Sandall (1997), deve estabelecer padrões para avaliar práticas recomendadas em intervenção precoce. Assim, as práticas devem envolver os esforços de profissionais de várias áreas trabalhando em conjunto, mais do que individualmente. Segundo a autora, os modelos de atuação das equipes profissionais com a criança podem ser: equipe multidisciplinar, equipe interdisciplinar ou equipe transdisciplinar. As equipes *multidisciplinares* são grupos de profissionais que representam várias áreas diferentes que trabalham com diversificadas facetas da mesma situação familiar; os profissionais trabalham independentemente. Eles avaliam e fornecem serviços diretamente à criança ou família com pouca atividade ou coordenação planejada entre os membros da equipe. Por exemplo, quando a criança e a família visitam uma Clínica de Desenvolvimento da Criança para uma avaliação abrangente e são programados consecutivos encontros com vários especialistas separadamente, elas estão experimentando a abordagem de equipe multidisciplinar.

As equipes *interdisciplinares*, por sua vez, são aquelas em que ocorrem maior coordenação e comunicação. Nesse modelo, os profissionais membros da equipe podem conduzir avaliações e fornecer serviços separadamente, mas irão juntos revisar seus achados, compartilhar informação e planejar intervenção. Os encontros da equipe são marcados com tempo suficiente para compartilhar informações e os

membros da equipe possuem disposição para compartilhar e cooperar, além de um compromisso para tomar decisão em grupo.

Por fim, as equipes *transdisciplinares* são grupos de profissionais de várias áreas que trabalham juntos ativamente planejando, compartilhando, resolvendo problemas, ensinando e aprendendo com as diversas áreas. O grande diferencial consiste em as famílias serem consideradas como membros da equipe, com autoridade para tomar decisão. Cada membro da equipe deve ter o compromisso de ensinar e aprender com outros membros algumas habilidades de sua área e também compartilhar informação e conhecimento, assumindo que os papéis e responsabilidades são permutáveis. Esse modelo requer confiança, respeito pelos membros da equipe, comunicação aberta e aceitação de liberdade de papéis.

Considerando-se os objetivos dos Programas de Saúde da Família, o modelo transdisciplinar parece ser compatível com seus objetivos para atingir o mais alto nível de trocas entre profissionais, agentes de saúde e população alvo, que inclui indivíduo, família, comunidade e “aparelhos sociais” de promoção do desenvolvimento e saúde (Costa, 2000a). Algumas atribuições básicas são esperadas de uma Equipe de Saúde da Família, tais como conhecer a realidade das famílias pelas quais é responsável, com ênfase nas suas características sócio-econômicas, psicológicas, culturais, demográficas e epidemiológicas; identificar os problemas de saúde mais comuns e situações de risco aos quais a população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco a saúde; executar, de acordo com a qualificação de cada profissional, os procedimentos de vigilância à saúde e de vigilância epidemiológica, nas diversas etapas do ciclo da vida; promover, por meio

da educação continuada, a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente torne-se mais saudável.

Deve-se ressaltar que cada equipe trabalha com uma determinada área da comunidade, normalmente correspondendo a um total aproximado de 600 a 1.000 famílias e 2.400 a 4.500 pessoas, conforme proposta do Ministério da Saúde na elaboração do Projeto de Implantação do PSF. No entanto, a área deve ser subdividida em micro-áreas e cada qual tem um agente comunitário responsável pelas visitas domiciliares às famílias, assim como os outros profissionais da equipe. A visita domiciliar é um recurso útil na atenção primária à Saúde e tem alguns objetivos tais como: a internação domiciliar, a busca ativa de casos e de pacientes faltosos, o acompanhamento a pacientes crônicos e acamados e a observação do paciente ou família em sua residência.

Outro objetivo importante é a observação da residência, das condições de vida e de habitação, devendo ser registrada e usada como avaliação que contribua para o diagnóstico clínico e familiar e para o entendimento de aspectos culturais. Surge então um aspecto ético importante, a privacidade, pois os técnicos representam um órgão estatal ou uma figura não-pessoal. Segundo Duncan, Schmidt, Giugliani (1996), a confiança conquistada diariamente nos ambulatórios ultrapassa a barreira do portão e passa à intimidade das famílias, juntamente com a legitimidade do trabalho e a inserção na comunidade.

Para gerar práticas de saúde que possibilitem a integração das ações individuais e coletivas, o PSF utiliza a noção de risco, o que tem favorecido não só a sua identificação, mas também o aproveitamento ideal dos recursos e a adequação destes às necessidades apontadas pela população. Assim, é necessário um profissional com visão sistêmica e integral do indivíduo, da família e da comunidade

na qual estão inseridos. Como consequência, exigem-se também currículos e programas de capacitação orientados para as necessidades e realidades municipais.

Desse modo, as equipes devem buscar a integração do modelo transdisciplinar às suas atividades com o objetivo de ampliar a atual resolutividade da atenção primária, além de incorporar ações programáticas de uma forma mais abrangente para lidar com ações intersetoriais (educação, saneamento, etc.) e intervir nos fatores de risco (Brasil, 2000). Nas últimas décadas, o perfil de morbidade sofreu mudanças em consequência de resultados da pesquisa, aplicados em benefício do ser humano, tais como a profilaxia de doenças, por meio de vacinas, prevenção de doenças crônicas degenerativas e diminuição da mortalidade da população infantil (Brunacci, Carneiro, 1998).

Nesse sentido, as Unidades e Departamentos da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em parceria com a Escola de Enfermagem, Faculdades de Odontologia e Farmácia têm formado profissionais na área da saúde da família, visando não só ao desenvolvimento de habilidades, mas também às atitudes de compromisso social. O PSF trata-se, portanto, de um campo de saber e de atuação interdisciplinar, conforme o projeto acadêmico para o estágio integrado para alunos do curso de Medicina da FMRP-USP. Segundo Zoboli, Fortes (2004), é necessário que a equipe de profissionais na atenção básica tenha a aguçada sensibilidade e o compromisso ético, pois o PSF não é simplesmente uma nova configuração da equipe ou da unidade básica de saúde. Estes profissionais devem exercer “uma prática marcada pela humanização, pelo cuidado, pelo exercício da cidadania e alicerçada na compreensão de que as condições de vida definem o processo saúde-doença das famílias”.

A equipe do PSF pode desenvolver diversos programas de acordo com a idade e sexo da população alvo. Assim, destacam-se a promoção e a recuperação da saúde e do bem-estar da criança, como meta prioritária da Assistência à Saúde, destaca-se por - e tem por finalidade - assegurar seu crescimento e desenvolvimento pleno nos aspectos físico, emocional e social, assim como reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade ainda observadas em diversas populações. Nesse contexto, a Puericultura exerce importante papel visto que, seguindo os preceitos da Medicina Preventiva, da Pediatria Social e Pediatria Desenvolvimental, atua diretamente no complexo criança-família-sociedade com a finalidade de evitar que ocorram agravos com repercussões sobre a saúde das crianças¹.

A atuação no PSF no âmbito da criança necessita transcender à avaliação circunscrita ao crescimento físico e identificação de doenças, para um programa de vigilância da saúde e do desenvolvimento dela. O PSF deve manter ações preventivas orientadas para detecção do risco ou ameaças ao desenvolvimento e saúde da criança, assim como identificação de recursos para aliviar e neutralizar essas adversidades.

Para a compreensão da complexidade do ser humano, sob o ponto de vista do desenvolvimento, considerando o seu caráter biopsicossocial, o conhecimento advindo da teoria dos Sistemas Ecológicos de Bronfenbrenner traz grande contribuição. De acordo com Bronfenbrenner (1996) entende-se por ecologia do desenvolvimento humano o estudo científico da acomodação progressiva, mútua, entre um ser humano ativo e as mudanças dos ambientes imediatos em que a pessoa em desenvolvimento vive, conforme esse processo é afetado pelas relações

---

¹ Programa de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (PASCA). FMRP-USP. /Mimeografado

entre esses ambientes, e pelos contextos mais amplos em que os ambientes estão inseridos. Pode-se definir ambiente ecológico como um conjunto de estruturas concêntricas, onde cada uma abarca progressivamente a outra, como um sistema de encaixe em que uma está contida na seguinte. A Figura 1 apresenta uma configuração da Teoria dos Sistemas Ecológicos de Bronfenbrenner.

Figura 1
Teoria ecológica do desenvolvimento de Bronfenbrenner (Halpern; Figueiras, 2004)

Esses diferentes níveis que constituem o ambiente ecológico agrupam desde o ambiente imediato ou proximal (micro) circundante do indivíduo até o mais distante ou distal (macro), com predomínio da inter-relação e a influência bidirecional entre e intra-ambientes. Vale lembrar que o ambiente e suas inter-relações não se restringem somente ao seu aspecto físico ou às interações face-a-face entre os indivíduos, mas envolve também outros ambientes e contatos indiretos entre as pessoas.

Com base na Teoria Ecológica do Desenvolvimento, os autores Franco, Bastos (2002) e Dessen, Costa (2005) definem e exemplificam os sistemas propostos por Bronfenbrenner da seguinte maneira: **microssistema**, são as relações que caracterizam um padrão de atividades, papéis e relações interpessoais

que a pessoa estabelece ao nascer e ao longo da vida, no seu ambiente imediato (ex.: família). O **mesossistema**, que consiste nas relações vividas pelos membros da díade constituinte do microssistema no mesmo ambiente com outras pessoas (ex: relações díades e tríades no centro de saúde). O **exossistema**, em que um ou mais ambientes não envolvem a pessoa como participante ativo, mas ocorrem eventos que afetam ou são afetados por aquilo que acontece no ambiente no qual se encontra a pessoa em desenvolvimento (ex: sistema de marcação de consultas). O **macrossistema**, que engloba os sistemas de valores e crenças de uma cultura ou subcultura, submersos em um corpo de conhecimento, recursos materiais, costumes, estilo de vida, estrutura de oportunidades, obstáculos e opções no curso de vida (ex: normas de uma instituição, maternidades).

De acordo com Dessen, Costa (2005), no modelo de Bronfenbrenner processo-pessoa-contexto, revisado em 1999, podem ser destacadas duas propriedades relevantes. A primeira é que tal modelo possibilita avaliar não somente os resultados do desenvolvimento, assim como a efetividade dos processos que produzem esses resultados. A segunda é que o modelo permite revelar como os resultados do desenvolvimento e os processos variam como uma função conjunta das características da pessoa e do ambiente e permite também identificar a associação entre fatores que contribuem para o desenvolvimento.

1.2. Fatores de risco e mecanismo de proteção ao desenvolvimento da criança

Nos últimos anos o interesse pela prevenção de doenças e/ou comportamentos desviantes tem aumentado entre os pesquisadores da área de Saúde. Há uma busca pela qualidade de vida, no sentido de uma boa adaptação durante o processo de desenvolvimento da pessoa. Esta perspectiva pode ser verificada de forma marcante nos Programas de Saúde da Família inseridos na

comunidade, cujos princípios básicos incluem: o primeiro contato; o esquema longitudinal no atendimento; a integralidade no atendimento de acordo com as diferentes necessidades e complexidades, encaminhando-se para os níveis secundário e terciário quando necessário; o atendimento ao indivíduo e à coletividade; a coordenação do cuidado; a focalização da família e a orientação à comunidade (Starfield, 2002).

Para entender as possíveis ameaças ao processo de desenvolvimento típico e pleno deve-se levar em conta o enfoque de risco como uma forma de reconhecer e acompanhar precocemente alguns grupos mais vulneráveis a morbidades. Este reconhecimento é importante para que se ofereça atendimento de acordo com o nível de risco que a pessoa apresenta. Risco foi definido por Sarue, Bertoni, Diaz, Serrano (1984) como “a probabilidade que um indivíduo ou grupo de pessoas tem de sofrer no futuro um dano em sua saúde”. Puccini, Wechsler, Silva, Resegue (1997) definiram fatores de risco como “características ou circunstâncias pessoais, ambientais ou sociais dos indivíduos ou grupos associados com um aumento dessa possibilidade”.

O risco pode ser medido quanto a indicadores de saúde, assim como quanto a indicadores do ambiente social circundante dos indivíduos. Rutter, Quinton (1977; apud Laucht, Esser, Schmidt, 1997) propuseram um índice de risco medido pela presença de características desfavoráveis e adversidades familiares. Este índice avalia o risco psicossocial do ambiente familiar de crianças levando em conta 10 indicadores, a saber: baixo nível educacional dos pais, habitação superlotada, problemas conjugais, história de delinquência dos pais, doença psiquiátrica dos pais, falta de apoio e integração sociais, rejeição da gravidez, maternidade/paternidade precoce, dificuldades severas crônicas, falta de capacidade de lidar com problemas.

Um estudo longitudinal realizado por Laucht et al. (1997) examinou o efeito de complicações pré e perinatais (riscos biológicos) e de adversidades da família (riscos psicossociais) sobre o desenvolvimento da criança pequena. Avaliaram 350 crianças de 3, 24 e 54 meses em seu funcionamento motor, cognitivo e social-emocional por meio de instrumentos, tais como: as Escalas Bayley de Desenvolvimento Infantil, a Escala de Maturidade Mental Columbia, o Teste de Habilidades Psicolinguísticas, entre outros. Os autores consideraram como fator de risco psicossocial o baixo nível educacional dos pais, alta densidade habitacional, gravidez indesejada, desordens psiquiátricas dos pais, delinqüência dos pais, delinqüência ou instabilidades na história familiar, entre outros fatores. Os resultados indicaram um impacto diferencial de fatores de risco sobre resultados específicos. Os riscos psicossociais tornaram-se maiores com o aumento da idade e foram encontrados resultados inferiores em todas as áreas de desenvolvimento avaliadas; os riscos biológicos, por sua vez, diminuíram sua influência no desenvolvimento e predominantemente resultaram em problemas no desenvolvimento motor. Tanto os riscos biológicos quanto os psicossociais contribuíram para os resultados.

No clássico estudo longitudinal de Werner (1986), foi avaliada a influência de fatores de risco e da qualidade do ambiente cuidador sobre o desenvolvimento de uma coorte multirracial de crianças no Havaí, acompanhadas desde o período pré-natal até a fase adulta. Esse estudo permitiu examinar a vulnerabilidade da amostra estudada de crianças quanto aos fatores de risco biológicos e psicossociais e estudar o processo de resiliência dos indivíduos, isto é, sua capacidade de enfrentar efetivamente estresses internos e externos. Os resultados mostraram que houve uma relação entre severidade do estresse perinatal e desenvolvimento físico e cognitivo posterior, sendo esta tendência mais evidente entre crianças que

experimentaram estresse perinatal moderado, ou seja, peso ao nascimento entre 1.800 e 2.500g, e severo, peso menor do que 1.800g. Verificaram também que 29% das crianças com complicações perinatais severas estavam abaixo do esperado quanto ao nível intelectual e 29% foram classificadas como “questionáveis” no desenvolvimento intelectual. Entre as crianças com complicações perinatais moderadas, 22% estavam abaixo do esperado e 12% classificadas como “questionáveis”. Parece haver uma relação significativa entre o peso abaixo de 2.500g ao nascimento e dificuldades no desenvolvimento psicológico apenas quando combinados com situações de pobreza e/ou instabilidade familiar. O autor sugere que pesquisas futuras no estudo da vulnerabilidade e da resistência ao estresse necessitam considerar as conseqüências de tendências à mudança demográfica (tais como idade do casamento e do parto, famílias muito pequenas e pais solteiros) tanto quanto a mudança na expectativa do papel sexual que pode alterar substancialmente a natureza do ambiente de cuidados e a resistência ao estresse de crianças e jovens atuais em nossa sociedade.

O estudo de Puccini et al. (1997) teve por objetivo identificar fatores de risco associados à desnutrição e morbidade na população de crianças acompanhadas no Programa de Atenção à Saúde da Criança no Município do Embu (São Paulo), visando ao melhor direcionamento das ações de saúde. A amostra foi constituída por uma coorte de 1.094 crianças, correspondendo a 25% do total de crianças menores de 12 meses inscritas em seis unidades básicas de saúde do município. Os fatores de risco foram analisados segundo a presença ou ausência de internação e evolução ponderal, favorável ou desfavorável, até os dois anos de idade. Nesta amostra, 39% das crianças foram classificadas como “alto risco”, 60% como “baixo risco” e 1% foi excluído da análise por apresentar patologias na primeira consulta. A

prematuridade, as intercorrências neonatais graves e a morte de irmão menor de cinco anos constituíram-se em fatores de risco à internação nos primeiros dois anos de vida. O peso ao nascer, entre 2.500 e 2.750 gramas, a presença de irmão desnutrido e a idade materna menor ou igual a 18 anos constituíram-se em fatores de risco para evolução ponderal desfavorável.

Os autores utilizaram tais resultados, assim como o processo de condução do estudo, como base para a reformulação do programa de Atenção à Saúde da Criança no Embu, implantando-se cronogramas de atendimento específicos para alto e baixo risco. Esses resultados também apontaram para intervenções visando à redução da frequência de alguns fatores de risco, tais como aumento da cobertura da assistência pré-natal, educação continuada para os profissionais atuantes na saúde da mulher, reformulação do programa de atenção à gestante com base em critérios de risco e atividades educacionais sobre sexualidade e anticoncepção dirigidas a grupos de adolescentes.

Cabe ressaltar que diversos fatores de risco presentes na vida da mesma pessoa não são somados, mas sim multiplicados. Linhares (2003) afirma que eventos de risco biológico múltiplo são considerados mais adversos do que um evento simples, ou seja, há um efeito multiplicador, no qual um fator agrava o outro, formando uma rede de eventos negativos sujeita à retro-alimentação. Tanto a intensidade quanto a cronicidade dos fatores de risco são dimensões que devem ser consideradas na avaliação do seu impacto negativo no desenvolvimento.

Lewis, Dlugokinski, Caputo, Griffin (1988) enfatizam a necessidade de considerar múltiplos determinantes para risco e vulnerabilidade, ou seja, relatam que muitos modelos de riscos são baseados em um único fator determinando a vulnerabilidade da criança (por exemplo, doenças mentais dos pais, nascimento

premature e problemas médicos associados ou *status* social dos pais). Entretanto, tais modelos são muito simplistas e inadequados para explicar o desenvolvimento da criança em risco para desordem emocional. Sugerem a construção de modelos que tratem da complexidade dos processos de desenvolvimento, permitindo assim um aumento na compreensão do interjogo entre fatores de risco e mecanismos de proteção para o desenvolvimento das crianças.

Os mecanismos de proteção devem ser entendidos, por sua vez, como fatores que têm o poder de neutralizar os efeitos adversos do risco (Rutter, 1987). Nesse sentido, eles modificam o impacto negativo em potencial dos fatores de risco no desenvolvimento da criança.

A identificação eficaz de crianças em risco, usando uma abordagem compreensiva, começa com um exame dos fatores de risco que contribuem para as desordens da criança, tornando-a vulnerável para o enfrentamento das tarefas evolutivas. Seguindo a abordagem de Albee (1982; 1984, apud Lewis et. al., 1988), que separa as noções de riscos (para serem reduzidos) e recursos (para serem aumentados), propõe-se que a identificação das crianças em risco para desordem emocional inclua as seguintes dimensões: a) fatores de risco da própria criança (componentes biológicos, temperamento e a própria sintomatologia); b) fatores de risco da família (história parental e funcionamento familiar); c) fatores de risco do ambiente familiar e da comunidade (nível sócio-econômico da família, suporte social, escola e contexto cultural).

A definição de fatores de risco para problemas de desenvolvimento inclui uma série de condições biológicas ou ambientais que impedem o pleno desenvolvimento da criança (Horowitz, 1992; Cicchetti, Garmezy, 1993; Laucht, et al., 1997; Puccini et al., 1997). Os fatores de risco podem ser de natureza estabelecida, do tipo

desordens médicas bem definidas, especialmente as de origem genética; biológica, envolvendo eventos pré, peri e pós-natais, lesão no sistema nervoso ou condição biológica que no futuro impedirá o desenvolvimento normal do sistema nervoso; ambiental, incluindo experiências de vida ligadas às condições precárias de saúde, falta de recursos sociais e educacionais.

Na Psicopatologia do Desenvolvimento, abordagem que compreende as desordens mentais sob a perspectiva desenvolvimentista (Achenbach, 1992), destaca-se que falhas adaptativas na história de desenvolvimento do indivíduo têm mostrado ser melhores preditoras para desordens futuras em comparação a sintomas isolados. Essa perspectiva tem implicações na *prevenção*, ao identificar fatores favorecedores e mantenedores da Saúde Mental; no *diagnóstico*, ao realizar classificações contextualizadas do processo de desenvolvimento desencadeante de processos psicopatológicos e no *prognóstico*, ao infundir a noção não linear ou descontínua entre o desenvolvimento da criança e do adulto (Rutter, Sroufe, 2000; Sameroff, 2000).

Há um impacto dos fatores de risco no desenvolvimento de acordo com a natureza do risco e o momento do desenvolvimento. O estudo de Lima, Eickmann, Lima, Guerra, Lira, Huttly, Ashworth (2004) avaliou crianças de classes sócio-econômicas baixas de uma cidade do Nordeste brasileiro e verificou que os fatores ambientais exercem influência importante no desenvolvimento motor e mental de crianças aos 12 meses de idade. Entretanto, o impacto dos fatores de risco biológico e social podem apresentar-se com intensidade variada, em diferentes fases do desenvolvimento; por exemplo, fatores biológicos são relevantes no primeiro ano de vida e os fatores ambientais são mais influentes no segundo ano.

Estudos revelaram que esse impacto do risco pode variar de acordo com diferentes áreas do desenvolvimento infantil. O estudo de Levy-Shiff, Einat, Mogilner, Lerman, Krikler (1994 apud Mancini, Megale, Brandão, Melo, Sampaio, 2004) mostrou a interação entre fatores biológicos e sociais em áreas do desenvolvimento, tais como coordenação motora, cognição e comportamento, sendo que o fator biológico influenciou a memória visual enquanto o fator social teve influência sobre os aspectos cognitivos.

O estudo de Bradley, Whiteside, Mundfrom, Casey, Kelleher, Pope (1994) demonstrou que existe um ciclo de fracasso que muitas vezes leva ao aumento da morbidade em crianças que vivem em situação de risco biológico e/ou ambiental. Por outro lado, também mostrou que há um ciclo de sucesso que afasta algumas crianças do desfecho negativo em sua história de vida. Reveste-se, portanto, de suma importância compreender as características das crianças e do seu ambiente familiar que lhes permitem resistir aos eventos adversos e que fornecem proteção contra os efeitos negativos dos fatores de risco generalizado.

A essa resistência aos eventos adversos, Rutter (1987) denominou “resiliência” (*resilience*). Este constructo explica as diferenças individuais na resposta das pessoas ao estresse e à adversidade. A resiliência consiste em um processo pelo qual a pessoa adquire a habilidade de superar adversidades, por meio do poder de recuperação construído na sua trajetória de desenvolvimento. Do interjogo entre mecanismos de risco e proteção podem se estabelecer os processos de resiliência. Por exemplo, pessoas com percursos similares irão se diferenciar pelo fato de algumas conseguirem superar as crises e outras não. Porém, a resistência às crises é de caráter relativo e não absoluto, pois a pessoa pode se mostrar resiliente em

uma determinada situação e em outra não. Da mesma forma que as situações mudam também as respostas do indivíduo.

Garnezy (1985) destacou três grupos amplos de variáveis que funcionam como mecanismos protetores favorecedores dos processos de resiliência: a) características de personalidade, tais como auto-estima; b) união familiar e ausência de discórdia; c) a disponibilidade de sistemas de suporte externo que encorajam e reforçam altos esforços da criança. Assim, ao reduzir o impacto dos efeitos negativos do risco e permitir o estabelecimento e a manutenção da auto-estima e da auto-eficácia abrem-se oportunidades para o desenvolvimento. Segundo Rutter (1987), deve-se identificar e delimitar os mecanismos protetores que servirão como estratégias úteis de prevenção e intervenção remediativa frente aos eventos adversos.

Cabe ressaltar que, segundo Rutter (1987), a exposição a fatores de risco pode exacerbar o que a literatura apresenta como condição de vulnerabilidade, contribuindo para a compreensão do que ocorre ao indivíduo em situação de múltiplo risco. Portanto, é um conceito que pode definir sensibilidades psicológicas individuais que potencializam os efeitos do estresse e impedem a resposta satisfatória e adaptativa do indivíduo.

Estudos fazem referência ao contexto familiar como influenciando o processo de resiliência, contudo, o focalizam, predominantemente, no âmbito restrito do indivíduo, considerando traços e disposições pessoais. O conceito de resiliência deve ser entendido de forma abrangente e não apenas centrado em características permanentes do indivíduo, assim como alguns autores se referem a resiliência como uma característica de certas famílias ou mesmo de instituições e organizações.

A resiliência, como um fenômeno familiar, tem um referencial de orientação sistêmica, cujo objetivo são fatores específicos ligados à família, como por exemplo

a estabilidade e a coesão familiar. Os teóricos que desenvolvem esse conceito de família favorecedora da resiliência partilham da idéia de que tal característica é construída em uma rede de relações e de experiências vividas ao longo do ciclo vital e através das gerações, capacitando a família para reagir às situações potencialmente provocadoras de crises, superar essas dificuldades e promover a sua adaptação de forma positiva (Silva, 2003).

A resiliência, como um fenômeno coletivo, relacionada a grupos ou comunidades que enfrentam crises ou eventos adversos, pode contribuir para sua consolidação enquanto grupo, para o melhoramento de seus recursos e para uma atitude no sentido de se adaptar. A resiliência pressupõe o conhecimento sobre as características grupais e, também, o conhecimento dos fatores de risco e proteção em seu aspecto coletivo, tais como suporte social mútuo e nível de participação de seus membros. Em estudo de revisão da literatura, Pinheiro (2004) identifica e discute a resiliência no âmbito coletivo, mostrando estudos como o de Flach (1991) e Tavares (2001). De acordo com Flach (1991), ambientes facilitadores de resiliência têm as seguintes características: estruturas coerentes e flexíveis, respeito, reconhecimento, garantia de privacidade, tolerância às mudanças, limites de comportamento definidos e realistas, comunicação aberta, tolerância aos conflitos, busca de reconciliação, sentido de comunidade e empatia. Segundo Tavares (2001), a resiliência pode ser um atributo também presente em instituições ou organizações, - e não apenas no indivíduo - criando uma sociedade mais resiliente. Organização resiliente é aquela organização inteligente, reflexiva, na qual todas as pessoas são inteligentes, livres, responsáveis, competentes e funcionam em uma relação de confiança, empatia e solidariedade.

Ao se pensar nas equipes de saúde da família, o conceito de resiliência coletiva deve ser incluído. Segundo Chacra², quando se está tão perto das adversidades da vida das pessoas, de suas famílias e suas comunidades, espera-se que funcionem em uma relação de confiança, empatia e solidariedade entre seus membros, ou seja, profissionais e famílias/indivíduos da comunidade atendida. Para tanto, é necessária a compreensão da dinâmica familiar por meio de um vínculo entre os profissionais de saúde e a família, seguindo um caminho cuidadoso, positivo e complementar por parte dos membros da equipe. Todos os tipos de informação são importantes desde as fornecidas aos agentes comunitários, percepções obtidas em visitas domiciliares, registros dos demais profissionais de saúde, porém colhidas por meio da escuta afetiva dos diferentes membros da família. A partir daí a equipe se reunirá para identificar quais problemas são enfrentados, quais as prioridades e poderá planejar o projeto terapêutico familiar ou para cada um ou alguns de seus membros e terá elementos para compreender a dinâmica familiar de forma mais completa.

A compreensão dos processos de resiliência nas trajetórias do desenvolvimento precisa equacionar a dinâmica das interações entre os efeitos de adversidades do indivíduo, da família e da comunidade em que se inserem e os mecanismos protetores e recursos disponíveis para serem ativados.

1.3. Promoção do Desenvolvimento e Prevenção de Problemas do Desenvolvimento

Os mecanismos de proteção ao desenvolvimento da criança podem ser ativados por medidas de intervenções preventivas que devem constituir-se em meta para ações de saúde mental da criança no âmbito de atenção primária. A partir das

---

² Chacra, F. C. (s/d) *Uma clínica ampliada para atender famílias*. Manuscrito não publicado.

informações dos agentes promotores do desenvolvimento, dos profissionais de saúde, pais, professores e outros cuidadores, pode-se colocar em prática ações de promoção do desenvolvimento ou prevenção de problemas do desenvolvimento.

Segundo Huthsson, (1988; apud Figueiras, Pedromônico, Sales, Figueiras, 2000) a “Vigilância do Desenvolvimento” constitui-se em uma modalidade de intervenção preventiva que compreende atividades relacionadas à promoção do desenvolvimento normal e à detecção de problemas no desenvolvimento, durante a atenção primária à saúde da criança, caracterizando-se por processo contínuo e flexível. Portanto, a meta da vigilância do desenvolvimento consiste na identificação de sintomas e problemas a serem neutralizados e de recursos a serem ativados na criança e seu contexto desenvolvimental. A modalidade sugerida pressupõe seguimento longitudinal do desenvolvimento de crianças de comunidades, podendo ter especial atenção para as crianças em risco, ou seja, vulneráveis devido a adversidades biológicas e/ou psicossociais.

Os fundamentos do modelo de vigilância do desenvolvimento podem ser identificados em pesquisas sobre o cérebro humano, que trouxeram novos conceitos sobre a maneira de pensar, estudar e pesquisar o desenvolvimento da criança. A compilação de diversas pesquisas nessa linha pode ser encontrada no livro *Rethinking the Brain* (Shore, 1997). Os achados concluem que: a) as interações iniciais não só criam um contexto, mas afetam diretamente o modo como o cérebro estabelece as conexões neurais; b) o desenvolvimento do cérebro não é linear e sim depende de uma rede de relações que se amplia; c) o cérebro de uma criança de três anos é duas vezes mais ativo do que o cérebro de um adulto; d) o nível de atividade cerebral decresce a partir da adolescência. Nesse sentido, os três primeiros anos de vida da criança desempenham destacado papel para o

desenvolvimento do cérebro, que, por sua vez, depende de uma complexa inter-relação entre genes e experiências. As experiências iniciais, portanto, têm impacto decisivo na estruturação do cérebro e nas capacidades do adulto.

Assim, é de suma importância o acompanhamento do desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida, uma vez que é nessa fase que o tecido nervoso mais cresce e amadurece estando, portanto, mais sujeito aos agravos. A identificação precoce de sinais comprometedores do desenvolvimento da criança permite o diagnóstico e a intervenção, pois é nessa fase que a criança melhor responde a intervenções terapêuticas e aos estímulos que recebe do ambiente devido à grande plasticidade cerebral (Pedromônico, 2001). Além de reduzir a necessidade de serviços especiais, sejam da área educacional ou da saúde (Zupancic, Richardson, Lee, McCormick, 2000).

Segundo Glascoe, Sandler (1995), faz-se necessário, para os profissionais da área da Saúde, um método preciso de detecção precoce para identificar crianças com problemas de comportamento e de desenvolvimento. De acordo com Pedromônico (2001) e Andrade, Santos, Bastos, Pedromônico, Almeida, Barreto (2005), a investigação de diversas áreas do desenvolvimento da criança pequena realizada por meio da informação dos pais e de instrumentos de triagem são recursos úteis para programas de Vigilância do Desenvolvimento a serem implementados na população de crianças. Desse modo, é fundamental definir qual o problema a ser investigado e analisado e quais os fatores de risco que poderão estar associados a uma maior probabilidade de que esse problema se apresente, além de permitir maior racionalidade ao serem definidos os instrumentos e recursos disponíveis e não simplesmente estabelecer uma linha de causalidade (Ojeda, 1982; Backett, Davies, Barvazin, 1985; Puccini et al., 1997).

1.4. Avaliação do Desenvolvimento da Criança para Rastreamento de Riscos

Diversos trabalhos têm destacado os três primeiros anos de vida da criança por ser uma etapa do desenvolvimento caracterizada por aquisições importantes. Nessa fase, ocorre o auge do desenvolvimento motor (Halpern, Giugliani, Victora, Barros, Horta, 2000) e da aquisição e domínio da linguagem (Rescorla, Alley, 2001; Vazquez, 2002), que são requisitos importantes para o desenvolvimento psicomotor, cognitivo e social, e para a aprendizagem.

Os esforços realizados para padronizar a avaliação de problemas de desenvolvimento, comportamentais e emocionais em crianças jovens têm se concentrado principalmente sobre procedimentos compostos por listas de comportamentos (*checklists*) e testes de rastreamento (*screening*), os quais não contam com critérios diagnósticos (Laucht et al., 1997). A finalidade, portanto, consiste em triar riscos para seleção de crianças elegíveis para avaliação diagnóstica e possíveis intervenções terapêuticas.

Para atender ao objetivo de rastrear riscos para problemas de desenvolvimento em crianças, estudos foram desenvolvidos incluindo procedimentos de avaliação baseados em instrumentos de triagem. Destacam-se alguns instrumentos e estudos, mencionados a seguir:

- a. O Teste Denver de Triagem de Desenvolvimento (Denver-II), que avalia o desenvolvimento motor amplo e fino, linguagem e habilidade pessoal/social (Frankenburg, Dodds, Archer, Bresnick, et al. 1990; Halpern, Barros, Horta, Victora, 1996; Fisberg Pedromônico, Braga, Ferreira, Pini, Campos, Lemes et al., 1997; Figueiras et al., 2000; Halpern et al., 2000; Bruck Tahan, Cruz, Martins, Antoniuk, Rodrigues, Souza, Bruyn, 2001; Pedromônico, 2004);

- b. A Lista de Avaliação de Vocabulário Expressivo (LAVE) para avaliação do desenvolvimento da linguagem expressiva (Rescorla, 1989; Capovilla, Capovilla, 1997; Achenbach, Rescorla, 2000; Vazquez, 2002);
- c. O Inventário de Comportamentos de 1½ - 5 (CBCL) para avaliação de problemas de comportamentos (Bordin, Mari, Caeiro, 1995; Achenbach, Ruffle, 2000; Achenbach, Rescorla, 2000; Briggs-Gowan, Carter, Irwin, Wachtel, Cicchetti, 2004; Klasser, Lee, Raina, Chan, Mathew, Brabyn, 2004);
- d. O Inventário HOME, que avalia a quantidade e qualidade de estimulação e suporte disponível para a criança no ambiente familiar (Caldwell, 1979; Bradley, Casey, 1992; Bradley, Mundfrom, Whiteside, Casey, Barrett, 1994; Zamberlan, Biasoli-Alves, 1997; Gorman, Lourie, Choudhury, 2001; Kisida, Holditch-Davis, Miles, Carlson, 2001; Martins, Costa, Saforcada, Cunha, 2004; Andrade et al., 2005).

O Teste de Denver-II (Frankenburg et al., 1990) foi traduzido e adaptado por Figueiras et al. (2000), com o objetivo de treinar o profissional que atua na Atenção Primária à Saúde para em pouco tempo, durante qualquer consulta com a criança, avaliar e orientar a mãe sobre o desenvolvimento do seu filho. Para tanto, foi elaborado um Manual para a Vigilância do Desenvolvimento da Criança de zero a dois anos de idade, com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Belém do Pará (Figueiras, Souza, Rios, Benguigui, 2005).

Os estudos de Halpern et al. (1996) e Halpern et al. (2000) tiveram como objetivo verificar a prevalência de suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses e seus possíveis determinantes, em uma amostra de

20% (1.363 crianças) de uma coorte de crianças nascidas nos hospitais de Pelotas (RS) durante o ano de 1993. Além da avaliação perinatal, as crianças foram acompanhadas, por meio de visitas domiciliares, durante o primeiro ano de vida, nas quais era realizado o Teste de Denver-II para avaliação do desenvolvimento. Os resultados indicaram que o peso ao nascer e a situação sócio-econômica estavam fortemente associados a potenciais atrasos no desenvolvimento de crianças aos 12 meses de idade. Indicaram, também, a necessidade de triagem sistemática do desenvolvimento e programas de intervenção precoce em grupos de risco. Outro aspecto importante desse estudo consiste em reforçar a característica multifatorial do desenvolvimento e o conceito de efeito cumulativo de risco. Na amostra estudada, a parcela mais desfavorecida acumulava os fatores de risco sociais, econômicos e biológicos que determinaram maior chance de atraso no desenvolvimento das crianças.

Segundo Halpern et al. (2000), embora se reconheça a dificuldade de implementar intervenções precoces em populações desfavorecidas economicamente, há inúmeras alternativas para promoção de programas de baixo custo e de abordagem comunitária envolvendo crianças com riscos de atraso, tais como visita domiciliar (ocasião em que a mãe é orientada a estimular seu filho), treinamento de cuidadores de crianças em creches e escolas infantis, assim como de professores de escolas de primeiro grau, e envolvimento da mídia.

O estudo de Vazquez (2002) teve por objetivo comparar a linguagem expressiva de crianças nascidas pré-termo e a termo, no terceiro ano de vida, considerando as características sócio-demográficas e seqüelas neonatais. O estudo consistiu em avaliar dois grupos de crianças de ambos os sexos, entre 24 e 36 meses de idade, sendo o grupo de estudo constituído por 30 crianças nascidas

prematuras, que foram seguidas em programa de acompanhamento, e o grupo controle, constituído por 26 crianças nascidas a termo e inseridas em escola de educação infantil. A condição sócio-demográfica dos dois grupos de crianças foi identificada por meio do questionário proposto por Rescorla (1989) e traduzido por Capovilla, Capovilla (1997), parte integrante da Lista de Vocabulário Expressivo – LAVE. Os resultados evidenciaram diferença significativa no número de palavras produzidas pelas crianças nascidas prematuras em relação àquelas nascidas a termo, independentemente do sexo. A prematuridade e o peso inferior a 2.000g ao nascimento constituem-se risco para atraso de linguagem expressiva, independentemente da presença de fatores de risco ambientais.

O estudo de Shaw (2001) examinou fatores de risco relacionados à criança e ao ambiente social associados a diferentes tipos de desordens disruptivas de início precoce com base no DSM-IV, por meio do CBCL 1½ - 5 e outros instrumentos para diagnóstico psiquiátrico, em 310 meninos com idade entre 6 e 17 meses. Os meninos foram avaliados nas idades de: 1 ano e meio, 2 anos, 3 anos e meio, 5 anos e meio, 6 anos. De acordo com os relatos das mães sobre o diagnóstico psiquiátrico das crianças, o grupo ADHD-ODD/CD (Déficit de atenção e hiperatividade – Desordem oposicional desafiante/Desordem de conduta) foi o que demonstrou fatores de risco mais crônicos e invasivos na criança, família e vizinhança, especialmente em comparação com crianças normais e ADHD. As crianças CD também tiveram alta frequência de fatores de risco da criança, família e vizinhança em comparação com crianças controle (sem problemas). As crianças ODD foram caracterizadas principalmente por fatores de risco familiares (depressão materna, rejeição da paternagem). Para muitas crianças, as desordens externalizantes na infância precoce mostraram relação com o relacionamento pais-criança.

O estudo de Sommer, Whitman, Borkowski, Gondoli, Burke, Maxwell, Weed (2000) analisou as relações entre variáveis maternas na fase pré-natal (prontidão cognitiva para ser mãe, inteligência, ajustamento pessoal e suporte social) e desenvolvimento intelectual-lingüístico, funcionamento sócio-emocional e o comportamento adaptativo, por meio do CBCL, em crianças aos três anos de idade. Participaram do estudo 121 mães adolescentes de primigestas, que foram avaliadas durante o último trimestre da gravidez sobre as condições de nascimento da criança e avaliação da mesma. Os resultados sugeriram que aos três anos, grande parcela (72%) das crianças de mães adolescentes apresentou alto risco para desenvolvimento atípico e disfuncional. Menos de 30% da amostra total mostraram desenvolvimento cognitivo normal, funcionamento emocional e comportamento adaptativo aos três anos. Muitas crianças além de mostrarem atraso em um aspecto do desenvolvimento, também mostraram sinais de atraso cognitivo e ajustamento pobre. O QI da mãe foi o melhor preditor da inteligência das crianças e da linguagem receptiva. Enquanto o desajustamento materno, especialmente problemas internalizantes da mãe tais como sintomas somáticos, foi o melhor preditor de desajustamento sócio-emocional das crianças. A prontidão cognitiva da mãe e o estilo de ser mãe junto com suporte da avó da criança foram fatores preditores do comportamento adaptativo da criança.

Os instrumentos de rastreamento de risco utilizados nos diferentes estudos têm a vantagem de poderem ser aplicados em larga escala para detecção de problemas, o que se mostra consonante com as metas e estratégias de ação de Programas de Saúde da Família. O especialista em desenvolvimento infantil pode ser um agente multiplicador nesse contexto, na medida em que pode treinar outros profissionais e agentes de Saúde na identificação de sinais e sintomas de provável

risco ao desenvolvimento pleno, sadio e adaptativo das crianças da comunidade. O especialista como formador de recursos humanos para Vigilância do Desenvolvimento necessita conhecer como se comporta uma criança com desenvolvimento típico, assim como quais fatores podem contribuir para o desenvolvimento atípico, reconhecendo sinais subclínicos ou clínicos sugestivos de desordens ou problemas do desenvolvimento. Nesse sentido, a intervenção preventiva para detecção precoce de fatores de risco ao desenvolvimento físico e psicossocial da criança de zero a três anos torna-se fundamental para a elaboração de um procedimento de triagem capaz de identificá-los na criança, na família e na comunidade.

Embora no âmbito preventivo existam muitas possibilidades de pesquisa sobre geração de conhecimentos para definição e aplicação de procedimentos de triagem de risco no desenvolvimento, até onde se sabe, não há um modelo validado e aferido em sua sensibilidade e especificidade para a aplicação da vigilância do desenvolvimento de crianças de zero a três anos no contexto da atenção primária no PSF. O acompanhamento longitudinal das crianças e famílias permite aferir a validade preditiva dos instrumentos e com isso testar a sua aplicabilidade para identificação de riscos para problemas de desenvolvimento da criança. Em decorrência, podem ser implementadas medidas preventivas para assegurar melhores condições na qualidade de vida de populações vulneráveis.

---

2. OBJETIVOS

Considerando-se a relevância de programas orientados para a detecção o mais cedo possível de riscos para problemas de desenvolvimento e comportamento da criança e identificação de recursos pessoais e ambientais, propõe-se o presente estudo aos seguintes objetivos:

Objetivo geral

Sistematizar, aplicar e avaliar um procedimento de “Vigilância do Desenvolvimento”, que consiste na triagem para rastrear riscos para problemas de desenvolvimento e comportamento da criança e para identificar recursos protetores na criança e no ambiente familiar, em uma amostra não-clínica, na faixa etária de seis a 44 meses, provenientes de famílias cadastradas em um Programa de Saúde da Família.

Objetivos específicos

- a) Identificar os tipos de problemas de desenvolvimento e comportamento e verificar a sua incidência na amostra estudada;
- b) Identificar os tipos de problemas no ambiente familiar e verificar a sua incidência na amostra estudada;
- c) Identificar os recursos da criança e do ambiente familiar;
- d) Verificar as associações entre os indicadores globais de desenvolvimento, de linguagem expressiva e de comportamento das crianças e as variáveis da própria criança e do seu ambiente psicossocial, respectivamente;
- e) Identificar o melhor modelo explicativo de predição dos problemas de desenvolvimento e comportamento da criança, por meio da análise de variáveis preditoras da própria criança e do seu ambiente psicossocial;

- f) Avaliar a validade preditiva dos procedimentos de avaliação utilizados na “Vigilância do Desenvolvimento” para detecção de riscos para problemas de desenvolvimento e comportamento, a fim de verificar se os riscos se mantêm ou não após um ano de seguimento longitudinal das crianças.

3.1. Participantes

A amostra do presente estudo foi constituída por 120 crianças de seis a 44 meses, de ambos os sexos, procedentes de uma amostra não clínica, de famílias de uma comunidade atendida no Núcleo de Saúde da Família IV da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), distribuída em cinco grupos organizados por faixa etária, a saber: o Grupo 1 foi composto por 20 crianças de seis e sete meses, o Grupo 2 foi composto por 20 crianças de 11 a 14 meses, o Grupo 3 foi composto por 24 crianças de 17 a 23 meses, o Grupo 4 foi composto por 29 crianças de 24 a 30 meses e o Grupo 5 foi composto por 27 crianças de 31 a 44 meses. Os grupos foram planejados para atender aos relevantes marcos de desenvolvimento das crianças de 6, 12, 18, 24 e 36 meses. Porém, com base nas crianças em potencial para participar no estudo, foi preciso na prática a aceitação de uma margem de alguns meses para menos ou para mais em torno das idades planejadas a fim de poder compor a amostra de estudo.

A Unidade de Saúde da Família é composta por cinco núcleos, sendo o Núcleo IV o que reúne a maior população infantil (36%). A população cadastrada no Núcleo IV na época do início do estudo em abril de 2003 era de 311 crianças, sendo 76 de recém-nascidos a 12 meses e 235 com idade entre 12 e 48 meses.

A amostra potencial foi constituída por 199 crianças, porém desse total 79 (40%) não participaram do estudo devido aos seguintes motivos: mudança residencial da família da área de abrangência de atendimento do Núcleo IV ($n = 35$), mães não aceitaram participar do estudo ($n = 31$), mães não foram localizadas em casa pela pesquisadora por trabalharem fora ($n = 12$) e óbito da criança ($n = 1$). A amostra final, portanto, foi composta por 120 crianças pertencentes a 107 famílias (devido a presença de irmãos), representando 60% da amostra em potencial.

3.2. Local e Contexto da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Ribeirão Preto, situada no Nordeste do Estado de São Paulo, a 313 km da capital. Ribeirão Preto tem 551.312 habitantes, de acordo com os dados do IBGE (01/07/2005) e uma área geográfica de 650 Km². Trata-se de uma cidade central no interior paulista cuja principal fonte de atividades é agro-pecuária e serviços. O valor médio e mediano dos rendimentos das pessoas responsáveis pelos domicílios em Ribeirão Preto no ano de 2000, segundo dados do IBGE, foi de R\$ 1.283,29 e R\$ 700,00, respectivamente. A renda per capita de Ribeirão Preto foi de R\$ 8.124,00, de acordo com dados do IBGE (2005). O PIB a preço de mercado corrente em 2002 foi de R\$ 4.062.181,00.

Localizam-se na cidade três Faculdades de Medicina, sendo que a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP é a única pública estadual e conta com Hospital Universitário, conveniado ao SUS. O Hospital das Clínicas da FMRP-USP é referência nacional para atendimento de alta complexidade em nível terciário, contendo a unidade do campus e a da cidade (Unidade de Emergência). Em 1999, o HCFMRP-USP iniciou o programa de residência médica em Medicina Geral e Comunitária, com ênfase em Saúde da Família. Atualmente o programa é denominado de Medicina de Família e Comunidade em parceria com outros cinco departamentos clínicos da FMRP-USP. Em outubro de 2001, o município foi qualificado para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família e implantaram-se oficialmente cinco Núcleos de Saúde da Família ligados à FMRP-USP, credenciando junto ao Ministério da Saúde cinco equipes de Saúde da Família. Esta implantação ocorreu por meio de convênio entre Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas (FAEPA) da FMRPUSP, Secretaria

Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (Lunardelo, 2004).

O presente estudo foi desenvolvido no Núcleo de Saúde da Família IV (NSF IV), que inclui famílias residentes no bairro Monte Alegre e encontra-se na área de abrangência do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP no bairro Sumarezinho. O Núcleo IV está em funcionamento desde abril de 2001 quando teve início a divulgação do serviço e o cadastramento das famílias pelos agentes comunitários, de casa em casa na referida área. Atualmente o cadastramento é feito à medida que as famílias solicitam ou quando os agentes identificam novos moradores na área.

As famílias têm atendimento de uma equipe fixa de profissionais composta por um médico generalista contratado, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem, cinco agentes comunitários de saúde e os docentes da área de Medicina Social da FMRP-USP e da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, que participam da Coordenação de algumas unidades. Como apoio há profissionais das áreas de Psiquiatria e Ginecologia, residentes e alunos de graduação em Medicina, Odontologia e Enfermagem, uma dentista e uma auxiliar de limpeza. O psiquiatra, o ginecologista e a dentista são profissionais que atuam no CSE, além da pediatria e clínica médica, sendo que os médicos supervisionam os cinco residentes do Programa em Medicina de Família e Comunidade e alunos de graduação discutindo os casos que estes selecionam. A dentista faz o acolhimento do paciente, faz prevenção e promoção da saúde bucal por meio de informações e orientações, agenda o atendimento no CSE e encaminha para outras unidades conveniadas da rede de saúde do município quando necessário. O atendimento é oferecido tanto para o acompanhamento regular da saúde quanto de atendimento eventual, ou seja, quando surge determinado problema de saúde.

Nesse sentido, o NSF IV-FMRP-USP, orientado para atenção à saúde da criança, reúne como objetivos gerais: avaliar o crescimento físico e o desenvolvimento neuropsicomotor; ampliar a cobertura vacinal, educação alimentar, prevenção de acidentes e da violência doméstica; estimular a promoção da saúde e a prevenção de doenças mais comuns na comunidade, além da socialização e adaptação da criança na sociedade; tratar em nível local as doenças mais comuns e direcionar aos níveis secundário e terciário os casos de maior complexidade; promover a integração de todos os recursos existentes na comunidade, em favor do bem estar da população (creches, Escolas Municipais de Educação Infantil, etc.) e conhecer a incidência e prevalência das doenças mais comuns na comunidade³. Destaca-se, em caráter embrionário, o objetivo de focalizar o desenvolvimento no sentido mais amplo, quando menciona socialização e adaptação da criança na sociedade. A meta adaptativa reveste-se de compromisso não só com a vigilância da saúde com conotação biomédica, mas também com a vigilância do desenvolvimento da criança, que inclui a complexidade e a integração entre os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do indivíduo nos seus contextos de desenvolvimento proximais.

3.3. Aspectos Éticos

O presente estudo incluiu o consentimento livre e informado dos cuidadores para participação e contou com a aprovação da Direção Acadêmica de Ensino e Pesquisa do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP (ANEXO A) e do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP (ANEXO B), constante no Processo nº 0059/CEP/CSE-FMRP-USP.

---

³ Programa de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (PASCA). Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP (Manuscrito não publicado).

Para o desenvolvimento do projeto foram atendidas rigorosamente as diretrizes éticas propostas por Hossne, Vieira (1999), que recomendam: a) garantir a competência do pesquisador, especialmente no que se refere ao atendimento de crianças e familiares; b) ponderar riscos e benefícios do estudo e garantir o ressarcimento de gastos para o paciente, a fim de que o custo com a participação no estudo não represente prejuízo para o paciente; c) executar o delineamento do estudo com metodologia adequada e planejada, garantindo análise e interpretação de resultados que possam contribuir com menor margem de erro à investigação; d) estabelecer consentimento esclarecido do participante que permita a obtenção e a compreensão de informações sobre o objetivo do estudo, das condições do sigilo de sua identidade e da aceitação imediata de desligamento a qualquer momento, respeitando-se a tomada de decisão livre e espontânea do participante ou do representante legal.

Dessa forma, atendendo aos critérios citados acima, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido redigido em linguagem acessível aos participantes (APÊNDICE A). Assim, todos os pais ou responsáveis legais pelas crianças foram consultados sobre o interesse em participar do estudo e incluídos mediante a assinatura do consentimento. Foram informados sobre o objetivo do estudo, o sigilo das informações e o direito de desistir de participar do estudo a qualquer momento sem perder o direito ao atendimento do PSF. As famílias participaram de entrevista devolutiva acerca da avaliação e receberam orientações e encaminhamentos especializados quando necessário. Das crianças avaliadas, três foram encaminhadas ao médico da família para receberem encaminhamento para avaliação fonoaudiológica, devido à detecção de problemas de linguagem.

Na seqüência do presente estudo, a fim de atender a um compromisso ético com as famílias e a equipe do PSF, foi proposto e aprovado um Projeto de Extensão sobre Vigilância do Desenvolvimento com ações de intervenção preventiva no PSF-FMRP-USP, subvencionado pela Pró-reitoria de Cultura e Extensão da USP, a ser desenvolvido em 2007. O objetivo central é oferecer treinamento à equipe e orientações à família sobre promoção do desenvolvimento da criança de zero a seis anos.

3.4. Instrumentos e Medidas

Para a elaboração do procedimento de Vigilância do Desenvolvimento por meio de triagem para rastrear riscos para problemas de desenvolvimento em crianças de seis a 44 meses, foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação:

a) Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver-II / *Denver Developmental Screening Test - DDST- II* - (Frankenburg et al., 1990; traduzido e adaptado por Figueiras et al., 2000)

O teste tem como objetivo ajudar aos profissionais da saúde a detectar problemas potenciais ao desenvolvimento de crianças pequenas. Consiste de um *kit* de materiais de baixo custo (um pompom vermelho de lã com aproximadamente 10 cm de diâmetro, uvas passas, um chocalho com um cabo estreito, 10 blocos de madeira quadrados e coloridos com 2,5 cm de lado, um frasco de vidro transparente com a abertura estreita, um sino pequeno, uma bola de tênis, um lápis vermelho, uma pequena boneca de plástico com uma mamadeira, uma caneca plástica com asa, papel branco), uma folha de avaliação e o manual de aplicação. Pode ser utilizado com crianças do nascimento até seis anos de idade e é aplicado pedindo-se à criança para realizar várias tarefas próprias para sua idade. O teste é valioso

por três razões básicas: a) para identificar crianças assintomáticas a possíveis problemas, b) para confirmar suspeitas intuitivas com uma medida objetiva e c) para controlar crianças de alto risco, tais como aquelas que tiveram dificuldades perinatais. Entretanto, cabe salientar que é um teste de *screening* e não um teste de QI ou um preditor definitivo de habilidades adaptativas ou intelectuais atuais ou futuras. Deve ser aplicado de maneira padronizada com os materiais exatos do teste para ser válido.

O protocolo do teste é composto de 125 tarefas na extensão de idade do nascimento até seis anos e apresenta itens divididos em quatro áreas: a) *Pessoal – Social* (25 itens): aspectos da socialização da criança dentro e fora do ambiente familiar; b) *Motricidade fina* (29 itens): coordenação olho-mão, manipulação de pequenos objetos; c) *Linguagem* (39 itens): produção de som, capacidade de reconhecer, entender e usar linguagem; d) *Motricidade ampla* (32 itens): controle motor corporal, sentar, caminhar, pular e todos os demais movimentos realizados pela musculatura ampla.

A marcação dos itens é realizada por meio de cinco possibilidades, ou seja, “P” (passou) se a criança conseguir realizar a tarefa ou o cuidador relatar que ela a faz (desde que o item permita), “F” (falhou) se a criança não conseguir realizar a tarefa ou se o cuidador relatar que ela não é capaz de a fazer (desde que o item permita), “NO” (não houve oportunidade) se a criança não teve a oportunidade de realizar a tarefa devido a restrições dos cuidadores ou por outras razões. Esta marcação só pode ser usada nos itens que permitem pontuar pelo relato do cuidador, “RE” (recusa-se) se a criança recusa-se a cumprir a tarefa. A recusa pode ser minimizada contando à criança o que ela deve fazer ao invés de pedir que faça. Desde que devidamente orientados, os cuidadores podem tentar administrar o item.

Itens que aceitem o relato dos cuidadores como resposta não podem ser marcados como *recusa* e “An” (anamnese) se a realização ou não da tarefa for relatada pelo cuidador.

Na folha de aplicação, faz-se inicialmente uma linha vertical sobre a idade da criança e 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 e estes são divididos ao meio, sendo uma metade branca (25 a 75% não executam ainda) e outra sombreada (75 a 90% já deveriam executar tais itens).

Os itens são interpretados como *itens avançados* se a linha da idade estiver à esquerda do retângulo (< 25%) e a criança passou no item; *itens normais* se a linha da idade estiver à esquerda do retângulo e a criança falhou ou recusou, ou se a linha da idade estiver cortando o retângulo branco (25 a 75%) e a criança passou, falhou ou recusou. *Itens “cuidado”* são aqueles em que a linha da idade corta em algum ponto a área sombreada (75 a 90%) e a criança falhou ou recusou e *itens “atraso”* são aqueles em que a linha da idade está à direita da área sombreada (após os 90%) e a criança falhou ou recusou, pois são itens que a criança já deveria executar. *Itens “não houve oportunidade”* são aqueles em que a linha da idade está na área sombreada ou após os 90% e a criança não teve acesso àquela atividade ainda.

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

b) Lista de Avaliação de Vocabulário Expressivo – LAVE / *Language Development Survey* – LDS - (Rescorla, 1989; traduzido e adaptado por Capovilla, Capovilla, 1997; Achenbach, Rescorla, 2000).

A lista de avaliação de vocabulário expressivo pode ser aplicada em crianças com e sem risco para atraso de linguagem a partir de dois anos de idade. Consta de duas partes: um questionário em que são pedidas informações sobre a criança e sua família, e uma lista com 308 palavras arranjadas em 14 categorias semânticas: comidas (32 palavras), brinquedos (11 palavras), ambiente (10 palavras), animais (21 palavras), partes do corpo (21 palavras), lugares (9 palavras), ações (50 palavras), casa (32 palavras), objetos (14 palavras), pessoas (15 palavras), roupas (18 palavras), veículo (10 palavras), modificadores (33 palavras) e outros (32 palavras). Seu objetivo é identificar atraso de linguagem em crianças de dois até seis anos de idade. Os resultados determinam a categoria clínica para as pontuações-padrão abaixo de 45 e não clínica para as pontuações acima desse escore, de acordo com Capovilla, Capovilla (ANEXO D).

c) Inventário de Comportamentos para as idades 1½ - 5 anos /Child Behavior Checklist for Ages 1½ - 5 - CBCL (Achenbach, Rescorla, 2000; Tradução de Santa Maria-Mengel, Linhares, 2003, com autorização do autor Dr. Thomas Achenbach e da representante da Distribuidora da ASEBA no Brasil, Profª. Drª. Edwiges Silvas).

O CBCL consiste em um questionário que avalia problemas de comportamento em crianças de um ano e meio a cinco anos a partir de informações fornecidas pelos pais. O CBCL é composto de 100 itens relativos à avaliação de problemas de comportamento, constituídos por descrições de comportamentos que podem estar presentes ou ausentes na vida da criança. O informante deve classificar tais comportamentos de acordo com três variáveis: item falso ou comportamento ausente;

item parcialmente verdadeiro ou comportamento às vezes presente; e item bastante verdadeiro ou comportamento freqüentemente presente. Os escores para problemas de comportamento fornecem o perfil comportamental da criança. O inventário é constituído de sete escalas de síndromes: Reação emocional, Ansiedade/Depressão, Queixas somáticas, Retraimento, Problemas de sono, Problemas de atenção, Comportamento agressivo. Também oferece um perfil, segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), por meio de cinco escalas: Problemas afetivos, Problemas de ansiedade, Problemas desenvolvimentais invasivos, Déficit de atenção/Problemas de hiperatividade e Problemas oposicionais desafiantes.

Quando os resultados são elevados em múltiplas escalas, devem-se considerar múltiplos diagnósticos ou “comorbidade”, isto é, a co-ocorrência de múltiplas desordens. Os nomes dados às síndromes comportamentais procuram espelhar o conteúdo dos itens do CBCL que as compõem. Porém, estas síndromes não permitem conferir diagnósticos psiquiátricos aos indivíduos avaliados, pois não representam entidades nosológicas (Achenbach, Rescorla, 2000).

Os resultados são obtidos em termos de **T score**, que é um escore padrão. Estes escores determinam as categorias: Não clínica (abaixo do T score 65), *Borderline* (entre linhas pontilhadas, ou seja, T score entre 65-70) e Clínica (acima do T score 70), para as escalas comportamentais do CBCL, e os resultados são dados de acordo com o sexo da criança, segundo padronização americana.

Para rastrear risco psicossocial e recursos do ambiente familiar foram utilizados os seguintes instrumentos de avaliação:

d) Inventário HOME para Observação e Medida do Ambiente / Home Observation for Measurement of the Environment - (Caldwell, Bradley, 1984; tradução e adaptação de Matos, 1983).

O inventário é aplicado por uma pessoa que deve visitar a casa quando a criança está acordada, a fim de observá-la em sua rotina normal naquele momento do dia. O procedimento pode ser realizado em uma hora. É importante completar as anotações do Inventário antes de deixar a casa do entrevistado para que não se percam as informações daquele momento. O Inventário é constituído por 45 itens e seis subescalas: I. *Responsividade*: respostas emocionais e verbais da mãe (11 itens); II. *Fuga por punição e restrição*: ausência de repressão e castigo (6 itens); III. *Organização*: organização do ambiente físico e temporal (8 itens); IV. *Materiais que possibilitem aprendizagem*: provisão de materiais adequados e jogos (9 itens); V. *Envolvimento*: relação maternal com a criança (6 itens); VI. *Variedade*: oportunidades variadas de estimulação (5 itens). Em cada subescala há itens de observação, itens de entrevista e itens que podem ser observados ou perguntados à mãe. Desse modo, dos 45 itens 18 são obtidos por observação, três por observação ou entrevista e 24 por entrevista.

Para cada item é dado zero ou um ponto, de acordo respectivamente com a ausência ou a presença do comportamento durante a observação. A soma dos itens presentes corresponde ao escore bruto de cada subescala, cuja soma corresponde ao escore total, fornecendo um perfil da família sobre o nível de estimulação ambiental: de zero a 25 itens presentes é considerado inferior à 4ª parte; de 26 a 36 é nível médio e de 37 a 45 o nível é superior à 4ª parte (elaborados por Caldwell, Bradley (1984)). Foi realizada análise de quartis da amostra do estudo para comparar com a amostra dos autores citada acima: de zero a 27 itens presentes é considerado inferior à 4ª parte; de 28 a 33 é nível médio e de 33 a 42 o nível é superior à 4ª parte.

Foi também estabelecido um critério para avaliar as porcentagens de risco ambiental relacionado a faixas etárias específicas por meio de médias e desvios-padrão

de escores para as idades de seis, 12, 24, 36 a 42 e 48 a 56 meses, respectivamente, das crianças da amostra estudada por Bradley, Caldwell (1976) (ANEXO E).

e) Roteiro de Entrevista para Identificação de Riscos Biopsicossociais na História de Vida da Criança (Santa Maria-Mengel, Linhares, 2003).

O objetivo do roteiro de entrevista é avaliar a história de vida da criança por meio de questões que permitam identificar possíveis fatores de risco e proteção que possam interferir no seu desenvolvimento (APÊNDICE B). O roteiro foi elaborado a partir da compilação de roteiros utilizados em outros estudos. O procedimento de elaboração encontra-se descrito no item Elaboração do Roteiro de Entrevista para Risco Biopsicossocial na parte de Procedimento de Coleta de Dados da seção de Método

f) Escala de Eventos Vitais / *Social Readjustment Rating Scale* – (Holmes, Rahe, 1967; traduzido por Lipp, 1984 e adaptado por Savoia, 1995, 2000).

A Escala informa sobre o ambiente psicossocial em que a criança vive. Foram construídas seis categorias, considerando-se a fonte de estresse, a saber: trabalho, perda de suporte social, família, mudanças no ambiente, dificuldades pessoais e finanças. O objetivo desta escala é de verificar a ocorrência ou não desses eventos e a descrição dos mesmos, sem atribuir-lhes algum valor de julgamento clínico. Trata-se de uma medida descritiva. Porém, realizou-se uma análise em termos de quartis para classificar-se a amostra em inferior à 4ª parte (0-4 eventos relatados), médio (5-7) e superior à 4ª parte (8-15) (ANEXO F).

g) Questionário da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado - ABIPEME (Mattar, 1995).

O questionário foi desenvolvido por meio de pesquisas em cidades brasileiras e informa sobre a classificação sócio-econômica das famílias por intermédio da atribuição de pesos a um conjunto de itens de conforto doméstico e do nível de

escolaridade do chefe de família. Divide a população em cinco classes segundo padrões ou potenciais de consumo, denominadas A (89 ou mais), B (59-88), C (35-58), D (20-34) e E (0-19), correspondendo às pontuações determinadas (ANEXO G).

h) Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (Seidl, Tróccoli, 2000; Seidl, Tróccoli, Zannon, 2001).

Esta escala é composta por 45 itens e a pessoa deve escolher a alternativa que corresponda melhor ao que ela faz, pensa ou sente para enfrentar a situação de dificuldade atual, respondendo em uma escala tipo Likert de cinco pontos (1 = Eu nunca faço isso; 2 = Eu faço isso um pouco; 3 = Eu faço isso às vezes; 4 = Eu faço isso muito; 5 = Eu faço isso sempre). No presente estudo, considerou-se a dificuldade vivida pela mãe como estressor geral, pois é possível adequar as instruções visando ao tipo de problema em foco, dependendo do objetivo em relação a problemas de saúde ou a estressor geral. O resultado da escala informa sobre como a pessoa enfrenta problemas de acordo com quatro tipos de estratégias de enfrentamento. O primeiro tipo de estratégia de enfrentamento consiste na **focalização no problema** e pensamento positivo, que agrupa itens que representam condutas de aproximação em relação ao estressor, desempenhadas pelo indivíduo no sentido de solucionar o problema, lidar com ou manejar a situação estressora. Estas condutas envolvem esforços ativos eminentemente cognitivos voltados para a reavaliação do problema, percebendo-o de modo positivo e apresentando receptividade ao apoio social disponibilizado por terceiros, diferente da busca por suporte social.

O segundo tipo é a estratégia de enfrentamento focalização na emoção, que agrupa itens de esquiva, pensamentos fantasiosos e irrealistas voltados para a solução mágica do problema, autculpa e culpabilização de outros. Inclui também itens de reações emocionais negativas como raiva ou tensão. A terceira estratégia de

enfrentamento focaliza as práticas religiosas ou pensamento fantasioso, inclui itens que representam pensamentos e comportamentos religiosos permeados por sentimentos de esperança e fé que possam auxiliar no enfrentamento do problema. A quarta estratégia de enfrentamento consiste na busca de suporte social, que representa itens que têm como significado a procura de apoio instrumental, emocional ou de informação como estratégias de enfrentamento da situação causadora do estresse.

Esta escala permite comparar os resultados com escores-padrão, para verificar os níveis clínicos dos resultados individuais. Deve-se considerar como padrão aqueles escores obtidos nas amostras de validação de Seidl, Tróccoli, Zannon (2001). Verifica-se se cada escore individual obtido é um valor dentro do intervalo de tendência central ou se está um desvio-padrão acima ou abaixo da média. Escores maiores do que um desvio-padrão acima da média para a estratégia focalizada na emoção, ou menores que um desvio-padrão abaixo da média para as demais estratégias seriam considerados valores em nível clínico, a merecer uma avaliação detalhada para estabelecer metas de intervenção, considerando-se ações de enfrentamento como comportamentos-alvo. A avaliação permite a análise item a item, para definir comportamentos-alvo (ANEXO H).

3.5. Procedimento

3.5.1. Coleta de dados

Seleção de Participantes

Primeiramente, foi realizada uma consulta às fichas de cadastramento das famílias dos agentes comunitários para identificar aquelas crianças que fazem parte do atendimento do Núcleo IV do Programa de Saúde da Família da FMRP-USP e que atendiam ao critério da idade, ou seja, estarem próximo de completar os meses

propostos nas faixas etárias do estudo: seis e sete meses, 11 a 14 meses, 17 a 23 meses, 24 a 30 meses e 31 a 44 meses. Após a identificação das crianças elegíveis para o estudo, foi estabelecido o contato com a família e o convite para participar da pesquisa. Caso houvesse concordância de participação, era feita a assinatura do termo de consentimento.

Elaboração do Roteiro de Entrevista para Risco Biopsicossocial

O roteiro foi elaborado considerando-se dados da literatura sobre a determinação de risco de atraso no desenvolvimento nos aspectos biológico, psicológico e social. Baseou-se no modelo teórico de determinação de risco de atraso no desenvolvimento aos 12 meses de Halpern et al. (2000) que inclui os fatores: nutrição (estado nutricional aos seis meses); morbidade (internação hospitalar no primeiro ano de vida) e história de saúde (hospitalização). Além disso, foram incluídos itens do Roteiro de Entrevista Inicial da História de Bebês (Linhares, Carvalho, Motta) tais como: situação conjugal, concepção da criança, gestação, aceitação da criança pelos pais, amamentação. Foram também incluídos os itens do Índice de Risco Psicossocial de Rutter, Quinton (1977).

Do Protocolo de Identificação de Riscos Biológicos e de Comportamento, utilizaram-se os itens sobre riscos pré-natais, riscos perinatais e antecedentes mórbidos.

O roteiro inicial de entrevista foi aplicado sem problemas e atingiu o objetivo proposto. Foi avaliado por três psicólogas experientes em técnica de entrevista e Psicologia do Desenvolvimento e Psicologia Clínica Infantil, que sugeriram a inclusão de mais quatro questões ao roteiro inicial.

1. Quem fica com a criança durante o período de trabalho da mãe?
2. A criança freqüenta creche ou berçário? Sim ( ) Não ( ) Desde que idade?
3. Tempo de permanência no dia: Relacionamento:

4. Contato com a mãe (número de horas por dia):

As questões foram incluídas e obteve-se assim a forma final do roteiro de entrevista que se encontra no APÊNDICE B.

Treino para utilização dos instrumentos Teste de Denver-II e CBCL

Foi realizado um treinamento para a aplicação e análise do CBCL no Instituto de Psicologia da USP de São Paulo, sob a coordenação da Prof^a. Dr^a. Edwiges Silveiras. A pesquisadora passou também por treinamento para a aplicação e análise do Teste de Denver-II no Setor de Psicologia Pediátrica do HCFMRP-USP, sob a coordenação da Prof^a. Dr^a. Maria Beatriz Martins Linhares.

Aferição do procedimento de coleta de dados

Antes do início da coleta de dados, foi realizado um “estudo piloto” a fim de testar a Entrevista para Risco Biopsicossocial e treinar a pesquisadora na aplicação dos demais instrumentos de avaliação, respectivamente, com duas famílias cadastradas no Núcleo III do PSF. Estas famílias não integraram a amostra de estudo.

Coleta de Dados

A avaliação da criança e do ambiente familiar foi agendada previamente por meio de visita domiciliar ou em contato com a mãe enquanto esta aguardava consulta no Núcleo de Saúde da Família IV. Os primeiros agendamentos realizados na visita domiciliar foram feitos na companhia dos agentes comunitários, para que a pesquisadora fosse apresentada e após um mês a mesma passou a fazê-los sozinha. A pesquisadora fez uso de avental da Instituição como forma de identificação e por motivo de segurança.

Na região do Núcleo IV existem duas favelas que têm crianças na faixa etária definida na presente investigação. Porém houve dificuldade para a realização da coleta

de dados em uma das favelas, devido ao fato de seus moradores não serem receptivos à visita e o seu espaço estar fechado por um portão. Portanto, apesar de ter várias famílias com crianças elegíveis para o presente estudo, por medida de segurança não foi realizada a coleta de dados nesta favela específica. A outra favela fez parte do estudo representando grande porcentagem dos participantes da amostra (68%).

As avaliações foram realizadas pela pesquisadora, psicóloga especialista em Psicologia Clínica e treinada em avaliação psicológica, em uma única visita domiciliar e com raras exceções foi necessário agendar um outro dia para o término da entrevista. Isto aconteceu quando as crianças dos grupos de 24 a 30 e 31 a 44 meses se recusavam a realizar o Teste de Denver-II ($n = 11$) ou quando os cuidadores que demonstraram necessidade de conversar sobre o cuidado físico e educacional de suas crianças e suas próprias questões pessoais, em todas as faixas etárias, tiveram a atenção da pesquisadora sobre essas demandas levando a uma duração maior da entrevista nestes casos. A avaliação das crianças de seis a 14 meses teve a duração média de uma hora (aplicação de seis instrumentos); das crianças de 17 a 23 meses, teve a duração de uma hora e meia (aplicação de sete instrumentos) e das de 24 a 44 meses teve a duração de duas horas (aplicação de oito instrumentos).

Na sessão, em primeiro lugar, as crianças de seis a 44 meses foram avaliadas individualmente quanto aos aspectos do desenvolvimento motor fino e amplo, linguagem e adaptação pessoal/social, por meio do Teste de Denver-II, de acordo com a idade. Em segundo lugar, os cuidadores responderam ao Roteiro de Entrevista para Risco Biopsicossocial, a lista LAVE (somente para crianças de 24 a 44 meses) para avaliar a linguagem expressiva, a Escala de Eventos Vitais, o Questionário da ABIPEME para a classificação sócio-econômica, a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas e o CBCL 1½ - 5 (somente para crianças de 18 a 44

meses) para avaliar o comportamento. Em terceiro lugar, foi preenchido pela pesquisadora o Inventário HOME para observação e medida do ambiente familiar durante a visita domiciliar após a aplicação de todos os outros instrumentos. Durante o período da avaliação era possível realizar a observação do ambiente e como eram estabelecidas as interações entre a mãe e a criança. Os cuidadores ficaram no ambiente em que a examinadora estava e só saíram quando alguém os chamava ou se a criança solicitasse algum cuidado especial e imediato.

Em um segundo momento, apenas as crianças de 24 a 30 (n = 29) e de 31 a 44 meses (n = 27) foram submetidas a uma segunda avaliação (reavaliação) no mínimo nove meses após a primeira. Porém, apenas 31 crianças foram reavaliadas, uma vez que 13 mães não aceitaram participar dessa segunda etapa do estudo (23%), cinco famílias haviam se mudado da área (9%), cinco mães trabalhavam em tempo integral (9%) e duas crianças estudavam em período integral (4%). Portanto, houve uma perda amostral de 45%.

O Teste de Denver-II foi utilizado para avaliação da criança e o CBCL 1½ - 5, a LAVE, a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas e a Escala de Eventos Vitais foram aplicados em situação de entrevista com a mãe. Nessa etapa foram atualizadas as informações sobre a história da criança em entrevista com a mãe. Objetivou-se verificar se houve modificações quanto aos itens identificados como risco ou recurso biopsicossocial na primeira avaliação em relação ao momento atual da segunda avaliação da criança.

O esquema completo da coleta de dados do presente estudo encontra-se resumido no Quadro 1.

Quadro 1 - Variáveis, instrumentos de avaliação, faixa etária da criança e fonte de informação ou observação envolvidos no procedimento de avaliação das crianças e do ambiente familiar

	Variáveis	Instrumento	Faixa etária da criança	Fonte de informação/ observação
Avaliação da Criança	Desenvolvimento motor fino e amplo, linguagem e pessoal/social	DENVER-II ^{4*}	6 a 44 meses	Criança
	Desenvolvimento da linguagem expressiva	Lista LAVE*	24 a 44 meses	Cuidador responsável
	Problemas de comportamento	Escala CBCL 1 ½ - 5*	18 a 44 meses	Cuidador responsável
	Fatores socioeconômicos, reprodutivos, ambientais / sociais, condições ao nascer, atenção à criança, nutrição, morbidade, história de saúde, índice de risco psicossocial e recursos materiais existentes na casa	Roteiro de Entrevista para Risco Biopsicossocial na história de vida da criança	6 a 44 meses	Cuidador responsável
Avaliação do Ambiente Familiar	Comportamento do mediador nas áreas: Responsividade; Aceitação; Organização do ambiente físico e temporal; Materiais que possibilitem aprendizagem; Envolvimento; Variedade	Inventário HOME	6 a 44 meses	Cuidador responsável / Contexto do ambiente familiar
	Eventos vitais que ocorreram no último ano: mudanças e adversidades	Escala de Eventos Vitais*	6 a 44 meses	Cuidador responsável
	Estratégias de enfrentamento: focalização no problema, focalização na emoção, práticas religiosas /pensamento fantasioso, busca de suporte social	Escala Modos de Enfrentamento de Problemas*	6 a 44 meses	Cuidador responsável
	Nível sócio-econômico	Escala ABIPEME	6 a 44 meses	Cuidador responsável

⁴ Foram aplicados na 1ª e 2ª avaliação das crianças.

3.5.2. 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 de Denver-II foi avaliado de acordo com as normas descritas obtendo-se a classificação de risco ou não para o desenvolvimento da criança e analisando-se em termos de porcentagem de crianças que apresentaram os indicadores de risco no desenvolvimento (Risco/Normal).

Com relação à LAVE os dados foram quantificados e foi obtida a pontuação-padrão segundo a validação e padronização brasileira (Capovilla, Capovilla, 1997). Deste escore da pontuação-padrão e o número de palavras que a criança pronuncia corretamente foi verificada a mediana e os valores mínimo e máximo, além de verificar a porcentagem de crianças que apresentaram risco ou não. Realizou-se também a análise de percentil e índice clínico para atraso do desenvolvimento da linguagem, tanto para a amostra total quanto para a amostra de acordo com o sexo, segundo as normas de Achenbach, Rescorla (2000).

Os dados do Inventário de Comportamentos para as idades 1½ - 5 foram digitados no programa ADM, obtendo-se o perfil de cada criança. Com relação à classificação Normal, *Borderline* ou Clínico, foi verificada a porcentagem de crianças que apresentaram tais classificações. Vale lembrar que o *n* da amostra para o CBCL 1½-5 foi de 80 devido a sua aplicação estar indicada a partir de 18 meses. Considerando o *T score*, foram analisadas as médias e os desvios-padrão obtidos pelas crianças em cada escala de síndrome.

Os dados relativos à média e ao desvio-padrão do Inventário HOME para Observação e Medida do Ambiente da amostra do estudo foram comparados à amostra de Bradley, Caldwell (1976). De acordo com a classificação do nível de

risco quanto à estimulação ambiental em superior à 4ª parte, médio e inferior à 4ª parte, também foi realizada a comparação dos resultados da amostra do estudo com a classificação dos autores Caldwell, Bradley (1984) em porcentagens de crianças que obtiveram tais classificações. Para o escore total e nas subescalas, foram analisados as medianas e os valores mínimos e máximos.

Com relação à Escala de Eventos Vitais, os dados foram quantificados, considerando porcentagem na classificação em superior à 4ª parte, médio e inferior à 4ª parte, mediana e valores mínimo e máximo para o escore total e a incidência dos tipos de fontes estressoras e seus respectivos eventos adversos.

Em relação à Escala Modos de Enfrentamento de Problemas, os protocolos foram transcritos e analisados a fim de obter os perfis dos cuidadores quanto às estratégias de enfrentamento. Verificou-se a porcentagem de participantes que relataram de um a cinco problemas ao responderem a escala, também se verificou a incidência dos tipos de problemas relatados. A média e desvio-padrão dos tipos de estratégias de enfrentamento de problemas da amostra de estudo foram comparados aos valores-padrão da amostra de padronização. Por fim, analisou-se a classificação dos tipos de estratégias de enfrentamento de problemas de acordo com índices clínicos e não clínicos, verificando a porcentagem de cuidadores que apresentaram risco ou não para os quatro tipos de estratégias.

O Roteiro de Entrevista para Identificação de Riscos Biopsicossociais na História de Vida da Criança era composto por questões abertas ou fechadas. Após a coleta de dados, foi realizada uma categorização das respostas referentes às questões abertas. O Quadro 2 apresenta as perguntas e a classificação das respostas dadas pelos cuidadores.

Quadro 2 - Perguntas e classificação das respostas dadas pelos cuidadores nas questões abertas do Roteiro de Entrevista para Identificação de Riscos Biopsicossociais na História de Vida da Criança

Perguntas	Classificação de respostas dos cuidadores
Quem são os cuidadores?	1 = pais 2 = avós
Quem é o chefe da família?	1 = pai 2 = mãe 3 = avós 4 = pai e mãe
Fez o pré-natal?	0 = fez o pré-natal 1 = não sabia da gravidez 2 = não quis fazer o pré-natal 3 = empecilhos no serviço de saúde da cidade 4 = era solteira e não havia contado para família 5 = trabalhava
Como era o estado nutricional da criança aos 6 meses?	0 = abaixo do normal 1 = normal 2 = acima do normal
Onde a criança dorme?	0 = cama com pais 1 = cama com irmãos 2 = sozinha no berço ou cama
Como é o comportamento da criança durante o sono?	0 = tranquilo 1 = agitado
Qual o problema de alimentação que a criança apresenta?	0 = não tem problema 1 = fica enrolando para comer 2 = não come o suficiente
Como é o temperamento da criança?	1 = percepção negativa (brava, nervosa, agitada, ruim) 2 = percepção positiva (calma, tranqüila, boa)

Para analisar a ocupação dos cuidadores, utilizou-se um modelo de estratificação baseado na ocupação dos indivíduos, que divide a população economicamente ativa em seis estratos: profissionais, intermediários, qualificados não-manuais, qualificados manuais, semiqualificados e não-qualificados (Towsend, Davidson, 1982 apud Rocha, Simões, Guedes, 1997) e para a definição desses estratos foi utilizada a Classificação Brasileira de Ocupações para o Substema de Informações sobre Mortalidade (Ministério da Saúde, 1987).

A densidade habitacional do lar foi calculada dividindo-se o número de pessoas residentes na casa pelo número total de cômodos.

Os dados do Questionário ABIPEME foram quantificados e definiram-se as classes sócio-econômicas às quais as famílias pertenciam, A, B, C, D e E, de acordo com a pontuação descrita na seção de instrumentos e medidas.

3.5.3. Tratamento estatístico

Primeiramente, foi realizada análise descritiva dos dados baseada no cálculo de frequência, porcentagem, incidência ou mediana de acordo com a natureza dos dados. Em segundo lugar, utilizou-se o teste de correlação de postos de Spearman para analisar as associações entre os resultados das avaliações do desempenho das crianças no Teste de Denver-II, na LAVE, no CBCL 1½ - 5 e do Roteiro de Entrevista (sobre dificuldade na fala, controle de esfíncter, início do andar, comportamento da criança durante o sono, história do estado nutricional aos seis meses de idade, temperamento da criança) e as variáveis do ambiente social, a saber: resultado no Inventário HOME, na Escala de Eventos Vitais, na EMEP e algumas respostas do Roteiro de Entrevista (sobre quem cuida da criança, maternidade/paternidade precoce, escolaridade do pai, idade dos pais). Procedeu-se também a análise da correlação dos resultados entre si das avaliações do desenvolvimento das crianças.

Em terceiro lugar, realizou-se a análise do modelo de regressão logística, em que foram consideradas as seguintes variáveis preditas, respectivamente: a) Desempenho global no Denver-II (Risco X Normal); b) Classificação na LAVE (Clínica X Não clínica); c) Classificação no CBCL (*Borderline*/Clínica X Normal); d) Inserção escolar (Sim X Não). Foi analisado o seguinte conjunto de variáveis preditoras da criança: sexo, frequência à escola, idade gestacional, presença de risco pré-natal, atendimento médico especial ao nascimento, presença de risco perinatal, história do estado nutricional aos seis meses de idade, presença de

antecedentes mórbidos, temperamento da criança, tempo de amamentação; do ambiente familiar: idade da mãe e do pai, escolaridade da mãe e do pai, mãe possuir renda, pai possuir renda, classificação sócio-econômica, morar ou não na favela, renda familiar, número de pessoas morando na casa, número de filhos, maternidade/paternidade precoce (tempo de relacionamento do casal), aceitação da gravidez, gravidez planejada, classificação no HOME, escore total no HOME, número de eventos vitais adversos, classificação na EEV, número de itens de risco psicossocial de Rutter, resultado da estratégia de focalização no problema (média e classificação clínica), resultado da estratégia de focalização na emoção (média e classificação clínica), resultado da estratégia de focalização em práticas religiosas ou pensamento fantasioso (média e classificação clínica), resultado da estratégia de focalização na busca de suporte social (média e classificação clínica).

Para a análise do modelo, procedeu-se inicialmente a uma análise estatística por meio das provas do qui-quadrado (para variáveis discretas ou categóricas) e de Mann-Whitney (para variáveis numéricas contínuas) com o objetivo de identificar as variáveis significativas que poderiam entrar nos modelos de regressão logística binária. Cabe salientar que as variáveis com mais de duas categorias foram modificadas de forma a se trabalhar com variáveis dicotômicas, tais como: escolaridade dos cuidadores (analfabeto/nível fundamental incompleto e nível fundamental completo/médio/superior), estado civil (ter ou não companheiro), ocupação dos cuidadores (possuir ou não renda), classificação sócio-econômica (classes A/B e C/D/E), história do estado nutricional aos seis meses de idade (abaixo do normal e normal/acima do normal), classificação no HOME (inferior e médio/superior), classificação na EEV (inferior e médio/superior), classificação no CBCL 1½-5 (normal e *borderline*/clínico).

Após esta etapa, as variáveis preditoras selecionadas para a análise do modelo de predição foram as seguintes: a) para a predição do desempenho no Denver-II, a classificação no HOME e a escolaridade do pai; b) para a predição do desempenho na LAVE, o risco perinatal, o atendimento médico especial ao nascimento, a maternidade/paternidade precoce, a história do estado nutricional da criança aos seis meses de idade e o número de itens do índice de risco psicossocial de Rutter; c) para a predição dos resultados do CBCL 1½-5, a mãe possuir renda, a frequência da criança à escola, a história do estado nutricional da criança aos seis meses de idade, o temperamento da criança, a idade da mãe e do pai, a maternidade/paternidade precoce, o número de eventos vitais adversos e o número de itens do índice de risco psicossocial de Rutter; d) para a inserção escolar, a mãe possuir renda, a presença de antecedentes mórbidos na criança, o temperamento da criança, a renda familiar e a média da estratégia de focalização na busca de suporte social da EMEP.

Finalmente, em quarto lugar, foi realizada uma análise de comparação intragrupo, utilizando-se os testes Wilcoxon (para variáveis numéricas contínuas) e o teste McNemar (para variáveis discretas ou categóricas), para comparação do desempenho da criança e do contexto familiar na avaliação e reavaliação, de acordo com o Denver-II, a LAVE, o CBCL 1½ - 5, a Escala de Eventos Vitais e a EMEP, respectivamente.

Utilizou-se o programa *Statistical Package for Social Science for Windows* versão 12.0 (SPSS) para o tratamento estatístico dos dados do presente estudo. O dicionário do banco de dados do SPSS encontra-se no APÊNDICE UU e foi utilizado para auxiliar a compreensão da direção dos resultados encontrados. O nível de significância adotado no presente estudo foi de 5% ($p \leq 0,05$).

Os resultados serão apresentados em quatro tópicos, a saber: a) perfil da amostra do estudo; b) caracterização do desenvolvimento das crianças e do ambiente familiar; c) correlação entre os resultados da avaliação do desenvolvimento e do comportamento entre si e com as variáveis do ambiente familiar; d) modelos de predição de riscos no desenvolvimento e comportamento da criança e na sua inserção na educação infantil; e) seguimento longitudinal comparando os resultados entre a avaliação e a reavaliação da criança e do ambiente familiar após um período mínimo de nove meses.

Os tópicos a e b estão organizados considerando-se a amostra total de 120 crianças e sua distribuição em cinco grupos de acordo com a faixa etária, a saber: 6 e 7 meses, 11 a 14 meses, 17 a 23 meses, 24 a 30 meses e 31 a 44 meses. Os tópicos c e d, por sua vez, consistem em resultados da amostra total ($n = 120$), com exceção da análise da LAVE ($n = 56$), do CBCL 1½-5 ($n = 80$) e da EMEP ($n = 114$).

4.1 - Perfil da amostra do estudo

4.1.1 – Características sócio-demográficas

Na Tabela 1 encontra-se o perfil da amostra de estudo, focalizando as características das crianças de acordo com idade, sexo e frequência à creche ou escola de educação infantil. Os dados individuais referentes à caracterização das crianças encontram-se nos APÊNDICES C e D.

Tabela 1

Características das crianças - amostra total e grupos diferenciados por faixa etária – Frequência (f), Porcentagem (%), Mediana (Med), Valores mínimo (min) e máximo (max)

Características da criança	Amostra total (n = 120)	Grupos por faixa etária				
		6-7	11-14	17-23	24-30	31-44
		meses (n = 20)	meses (n = 20)	meses (n = 24)	meses (n = 29)	meses (n = 27)
Idade (meses)						
Med	22	6	12	18	25	37
(min-max)	(6-44)	(6-7)	(11-14)	(17-23)	(24-30)	(31-44)
Sexo f						
(% meninos)	70 (58)	13 (65)	13 (65)	11 (46)	17 (59)	16 (59)
Frequência creche ou escola						
f (%)	32 (27)	0	3 (15)	6 (25)	9 (31)	14 (52)

A amostra foi constituída por 120 crianças de seis a 44 meses, com mediana de 22 meses, sendo 58% do sexo masculino e 27% que freqüentavam creche ou escola de educação infantil. Verifica-se que em todas as faixas etárias houve predomínio de meninos, com exceção da faixa de 17 a 23 meses. Com relação à freqüência a creche ou escola de educação infantil, nota-se que esta foi aumentando gradativamente em função do aumento da idade das crianças.

A Tabela 2 apresenta a caracterização das famílias das crianças considerando-se a amostra total e cada grupo por faixa etária, em termos de quem são os cuidadores da criança, estado civil, idade e escolaridade dos pais. Os dados individuais referentes à caracterização das famílias encontram-se nos APÊNDICES E, F, G, H e I.

Tabela 2

Características das famílias - amostra total e por grupos diferenciados por faixa etária das crianças – Frequência (f), Porcentagem (%), Mediana (Med), Valores mínimo (min) e máximo (max)

Variáveis de caracterização da família	Amostra total (n = 120)	Grupos por faixa etária				
		6-7 meses (n = 20)	11-14 meses (n = 20)	17-23 meses (n =24)	24-30 meses (n = 29)	31-44 meses (n = 27)
Cuidadores f (%)						
Pais biológicos	117 (98)	20 (100)	20 (100)	24 (100)	29 (100)	24 (89)
Avós	3 (2)	0	0	0	0	3 (11)
Estado Civil f (%)						
União estável	92 (77)	14 (70)	14 (70)	20 (83)	25 (86)	19 (71)
Solteira	22 (18)	6 (30)	3 (15)	3 (13)	4 (14)	6 (22)
Separada	5 (4)	0	2 (10)	1 (4)	0	2 (7)
Viúva	1 (1)	0	1 (5)	0	0	0
Idade da cuidadora Med (min-max)						
Mãe	25 (14-49)	24 (14-38)	25 (15-36)	25 (18-34)	25 (17-45)	25 (15-49)
Avó	70 (68-70)	0	0	0	0	70 (68-70)
Idade do cuidador Med (min-max)						
Pai	29 (20-58)	25 (20-56)	27 (20-58)	30 (20-56)	29 (20-54)	30 (23-52)
Avô	72 (72-78)	0	0	0	0	72 (72-78)
Escolaridade da cuidadora f (%)						
Analfabeto	3 (2)	0	1 (5)	0	0	2 (7)
Primário incompleto	20 (17)	3 (15)	3 (15)	6 (25)	6 (21)	2 (7)
Primário completo/ ginásial incompleto	56 (47)	9 (45)	7 (35)	8 (34)	14 (48)	18 (68)
Ginásial completo/ colegial incompleto	17 (14)	5 (25)	3 (15)	2 (8)	4 (14)	3 (11)
Colegial completo/ superior incompleto	22 (18)	3 (15)	6 (30)	6 (25)	5 (17)	2 (7)
Superior completo	2 (2)	0	0	2 (8)	0	0
Escolaridade do cuidador f (%)						
Analfabeto	6 (5)	0	2 (10)	1 (4)	2 (7)	1 (4)
Primário incompleto	17 (15)	4 (21)	0	5 (22)	4 (15)	4 (16)
Primário completo/ ginásial incompleto	49 (43)	6 (32)	9 (45)	7 (31)	11 (41)	16 (64)
Ginásial completo/ colegial incompleto	26 (23)	7 (37)	5 (25)	4 (17)	7 (26)	3 (12)
Colegial completo/ superior incompleto	13 (11)	2 (10)	4 (20)	5 (22)	1 (4)	1 (4)
Superior completo	3 (3)	0	0	1 (4)	2 (7)	0

Na Tabela 2, verifica-se que, na amostra total, os cuidadores responsáveis pelas crianças são predominantemente os pais. Quanto ao estado civil, predominou a união estável das famílias, sendo que uma minoria das famílias foi composta por mães solteiras. Com relação à idade das mães e dos pais, verifica-se que esses são adultos jovens e os avós, idosos. O nível escolar predominante foi primário completo ou ginásial incompleto.

No que diz respeito aos grupos por faixa etária, observa-se que em todos os grupos os cuidadores responsáveis pelas crianças eram os pais, sendo exceção o grupo de faixa etária de 31 a 44 meses em que 11% dos cuidadores responsáveis eram os avós. Os demais dados seguem a tendência da amostra total, sendo estado civil predominante união estável seguido por mães solteiras. Com relação à idade dos pais, observa-se que há em todos os grupos pais com mais de 50 anos.

Para as cuidadoras, o nível de escolaridade primário completo ou ginásial incompleto foi predominante nas faixas etárias de seis a sete, 24 a 30 e 31 a 44 meses, sendo que nas faixas de 11 a 14 e 17 a 23 meses este nível predominou juntamente com o nível colegial completo ou superior incompleto. Quanto ao nível de escolaridade dos cuidadores, a predominância também foi do nível primário completo ou ginásial incompleto em todas as faixas etárias, exceto na faixa de 6 e 7 meses, em que houve a mesma porcentagem com nível ginásial completo ou colegial incompleto.

Na Tabela 3, encontra-se a caracterização das famílias das crianças em termos da ocupação profissional dos cuidadores, da classificação sócio-econômica segundo o critério da ABIPEME, de quem é o chefe da família e da renda familiar. Os dados individuais encontram-se nos APÊNDICES E, F, G, H e I.

Tabela 3

Características das famílias - amostra total e grupos diferenciados por faixa etária das crianças – Frequência (f), Porcentagem (%), Mediana (Med), Valores mínimo (min) e máximo (max)

Variáveis de caracterização da família	Amostra total (n = 120)	Grupos por faixa etária				
		6-7 meses (n = 20)	11-14 meses (n = 20)	17-23 meses (n =24)	24-30 meses (n = 29)	31-44 meses (n = 27)
Ocupação da cuidadora ⁽¹⁾ f (%)						
Do lar	63 (52)	10 (50)	8 (40)	14 (59)	18 (63)	13 (48)
Desempregada	29 (24)	6 (30)	7 (35)	4 (17)	6 (21)	6 (22)
Não qualificado	17 (15)	3 (15)	3 (15)	2 (8)	3 (10)	7 (26)
Qualificado manual	4 (3)	1 (5)	0	1 (4)	1 (3)	1 (4)
Semiquualificado	2 (2)	0	1 (5)	1 (4)	0	0
Qualificado não manual	3 (3)	0	0	2 (8)	1 (3)	0
Intermediário	1 (1)	0	1 (5)	0	0	0
Ocupação do cuidador f (%)						
Não qualificado	51 (43)	10 (50)	6 (30)	11 (46)	11 (38)	12 (46)
Semiquualificado	28 (23)	6 (30)	4 (20)	5 (21)	8 (28)	5 (19)
Qualificado manual	13 (11)	1 (5)	4 (20)	4 (17)	2 (7)	2 (8)
Desempregado	12 (10)	2 (10)	3 (15)	1 (4)	4 (14)	2 (8)
Intermediário	6 (5)	0	2 (10)	1 (4)	2 (7)	1 (4)
Aposentado	6 (5)	1 (5)	1 (5)	1 (4)	1 (3)	3 (11)
Qualificado não manual	3 (3)	0	0	1 (4)	1 (3)	1 (4)
ABIPEME f (%)						
A	1 (1)	0	1 (5)	0	0	0
B	7 (6)	1 (5)	1 (5)	3 (12)	2 (7)	0
C	26 (22)	5 (25)	4 (20)	6 (25)	4 (14)	7 (26)
D	65 (54)	10 (50)	12 (60)	10 (42)	17 (59)	16 (59)
E	21 (17)	4 (20)	2 (10)	5 (21)	6 (20)	4 (15)
Chefe da família f (%)						
Pai	85 (71)	14 (70)	14 (70)	19 (80)	22 (76)	16 (59)
Avós	27 (22)	6 (30)	4 (20)	2 (8)	5 (17)	10 (37)
Mãe	6 (5)	0	2 (10)	1 (4)	2 (7)	1 (4)
Pai e mãe	2 (2)	0	0	2 (8)	0	0
Renda familiar (R\$) ⁵						
Med	500,00	500,00	570,00	600,00	470,00	480,00
min	0	190,00	0	0	150,00	200,00
max	2.300,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.000,00	2.300,00

(1) Classificação dos níveis ocupacionais: **a) cuidadora** - 0 = desempregada; 1 = do lar; 2 = aposentado; 3 = não qualificado (pedreiros, lixeiros, serventes); 4 = semiquualificado (encanadores, ferreiros, marceneiros); 5 = qualificado manual (operadores de máquinas, cabeleireiros, artesãos); 6 = qualificado não manual (professores secundários, vendedores, agentes financeiros); 7 = intermediário (técnicos, gerentes, administradores); **b) cuidador** - 0 = desempregado; 1 = aposentado; 2 = não qualificado; 3 = semiquualificado; 4 = qualificado manual; 5 = qualificado não manual; 6 = intermediário

Verifica-se na Tabela 3 que, com relação à amostra total, 52% das cuidadoras não tinham atividade profissional fora do lar e 24% estavam desempregadas. Os cuidadores, por sua vez, tinham atividade ocupacional não qualificada e

⁵ Salário mínimo vigente = R\$ 350,00

semiquificada. Quanto à classe sócio-econômica, a maioria das famílias era do nível D, enquanto o restante era predominantemente do nível C e E. A maior parte dos pais são considerados os chefes da família seguidos pelos avós, e a renda familiar variou de zero a dois mil e trezentos reais, com mediana de quinhentos reais.

Em todas as faixas etárias houve predominância de mães do lar, desempregadas e com ocupação não qualificada, somente na faixa de 31 a 44 meses a porcentagem de cuidadoras com ocupação não qualificada foi maior do que a de desempregadas. Ao observar-se a ocupação dos cuidadores nos grupos por faixas etárias, nota-se que houve a mesma tendência da amostra total, com predomínio de ocupações não qualificadas e semiquificadas, exceto na faixa de 11 a 14 meses em que houve uma distribuição maior entre os níveis de ocupação.

A classificação sócio-econômica seguiu a mesma tendência da amostra total em todas as faixas etárias, ou seja, o predomínio das classes D, C e E. Com relação ao chefe da família, houve predomínio dos pais e os avós nos grupos por faixa etária, assim como na amostra total.

Com relação à renda familiar nota-se que nas faixas etárias de 11 a 14 e 17 a 23 meses há famílias sem renda fixa, com trabalho informal e esporádico sem previsão dos ganhos. Nas outras faixas de idade, a renda mínima variou de R\$ 150,00 a R\$ 200,00 e a renda máxima de R\$ 2.000,00 a R\$ 2.300,00.

Na Tabela 4 estão dados de caracterização das famílias quanto a participação em grupos comunitários, se possuem plano de saúde ou não, se são migrantes e há quanto tempo estão em Ribeirão Preto, se freqüentam alguma religião e qual sua crença.

Tabela 4

Características das famílias - amostra total e grupos diferenciados por faixa etária das crianças – Frequência (f), Porcentagem (%), Mediana (Med), Valores mínimo (min) e máximo (max)

Variáveis de caracterização da família	Amostra total (n = 120)	Grupos por faixa etária				
		6-7 meses (n = 20)	11-14 meses (n = 20)	17-23 meses (n =24)	24-30 meses (n = 29)	31-44 meses (n = 27)
Participação em grupo comunitário f (%)						
Nenhum	85 (74)	17 (90)	12 (63)	20 (84)	21 (75)	15 (63)
Grupo religioso	25 (22)	2 (10)	7 (37)	2 (8)	5 (17)	9 (37)
Associações	2 (2)	0	0	1 (4)	1 (4)	0
Cooperativa	2 (2)	0	0	1 (4)	1 (4)	0
Tem plano de saúde f (%)						
Não	107 (90)	19 (95)	16 (84)	21 (88)	27 (93)	24 (92)
Sim	11 (10)	1 (5)	3 (16)	3 (12)	2 (7)	2 (8)
É migrante f (%)						
Mãe	55 (61)	7 (44)	8 (73)	13 (68)	18 (69)	9 (50)
Pai	51 (60)	3 (21)	8 (73)	12 (63)	17 (71)	11 (65)
Há quanto tempo em Ribeirão Preto (anos) – Med (min-max)						
Mãe	2 (0-32)	0 (0-18)	3 (0-9)	4 (0-32)	2 (0-20)	0 (0-30)
Pai	2 (0-30)	0 (0-7)	4 (0-14)	2 (0-21)	3 (0-18)	4 (0-30)
Freqüentam religião f(%)						
	60 (74)	3 (25)	12 (92)	15 (79)	16 (76)	14 (88)
Religião na qual crê f (%)						
Evangélica	36 (44)	3 (25)	9 (69)	8 (42)	8 (37)	8 (51)
Católica	29 (36)	5 (42)	3 (23)	7 (37)	10 (48)	4 (25)
Nenhuma	13 (16)	4 (33)	1 (8)	4 (21)	2 (10)	2 (12)
Espírita	3 (4)	0	0	0	1 (5)	2 (12)

Observa-se na Tabela 4 que a maioria das famílias não participava de grupos comunitários, mas uma pequena parcela freqüentava grupos religiosos. Houve predomínio de famílias sem plano de saúde e poucos usuários do atendimento no Núcleo IV com plano de saúde privado. Os pais eram predominantemente migrantes (61% das mães e 60% dos pais) e estavam na cidade num período que variou de poucos meses a 32 anos para as mães e 30 anos para os pais.

A Tabela 5 apresenta as características das condições de moradia das famílias, considerando o local da residência, o tipo de locação, as condições de saneamento e as condições de moradia com número de cômodos, número de pessoas e a densidade habitacional no lar. Nos APÊNDICES E, F, G, H e I encontram-se as informações sobre o local de residência de cada participante.

Tabela 5

Características das condições de moradia das famílias - amostra total e grupos diferenciados por faixa etária das crianças – Frequência (f), Porcentagem (%), Mediana (Med), Valores mínimo (min) e máximo (max)

Variáveis de caracterização das condições de moradia	Amostra total (n = 120)	Grupos por faixa etária				
		6-7 meses (n = 20)	11-14 meses (n = 20)	17-23 meses (n = 24)	24-30 meses (n = 29)	31-44 meses (n = 27)
Residência f (%)						
Favela	82 (68)	14 (70)	13 (65)	15 (63)	23 (79)	17 (63)
Não favela	38 (32)	6 (30)	7 (35)	9 (37)	6 (21)	10 (37)
Tipo de locação f (%)						
Própria	90 (75)	14 (70)	17 (85)	16 (67)	19 (68)	23 (85)
Alugada	17 (14)	4 (20)	1 (5)	5 (21)	6 (21)	1 (4)
Emprestada	12 (11)	2 (10)	2 (10)	3 (12)	3 (11)	3 (11)
Condições de saneamento f (%)						
Água encanada	120 (100)	20 (100)	20 (100)	24 (100)	29 (100)	27 (100)
Rede de esgoto	86 (72)	11 (55)	15 (75)	19 (79)	19 (66)	22 (82)
Asfalto	69 (58)	11 (55)	13 (65)	16 (67)	12 (41)	17 (63)
Energia	120 (100)	20 (100)	20 (100)	24 (100)	29 (100)	27 (100)
Condições de moradia Med (min-max)						
Nº de cômodos	4 ((1-7)	4 (1-7)	4 (2-7)	4 (1-6)	3 (1-7)	4 (2-7)
Nº de pessoas	4 (2-12)	5 (3-12)	5 (2-9)	4 (3-6)	4 (3-8)	5 (2-12)
Densidade habitacional(*)	1 (1-4)	1 (1-4)	1(1-4)	1 (1-4)	1 (1-4)	1 (1-3)

^(*) número de pessoas dividido por número de cômodos da casa

Na Tabela 5, nota-se que a maior parte das famílias residia na favela, ao considerar-se tanto a amostra total quanto os grupos por faixa etária. Com relação ao tipo de locação, a predominância é de casa própria, com número de cômodos variando de um a sete e mediana de quatro. O número de pessoas na casa variou de duas a 12, com mediana de quatro pessoas, e a densidade habitacional variou de um a quatro com mediana de um. Nos grupos por faixa etária ocorreu a mesma tendência da amostra total.

Quanto às condições de saneamento básico, verifica-se que todas as casas dispunham de água encanada e energia, sendo que em algumas residências da favela havia energia disponibilizada pela prefeitura e em outras o uso da energia foi implementado por iniciativa do morador. A rede de esgoto existe em 72% das residências e o asfalto em 58%, considerando-se a amostra total. Na faixa dos seis e sete meses há menos casas com rede de esgoto e asfalto (55%) e na faixa de 24 a 30 meses somente 41% têm asfalto em sua rua.

4.1.2. Características de história pré-natal, perinatal e neonatal das crianças

Na Tabela 6 encontram-se os dados sobre as condições da história reprodutiva da mãe, da concepção e da fase pré-natal.

Tabela 6

História reprodutiva da mãe, da concepção e gestação das crianças – Frequência (f), Porcentagem (%), Incidência (i), Mediana (Med), Valores mínimo (min) e máximo (max)

Variáveis de caracterização da história reprodutiva da mãe	Amostra total (n = 120)	Grupos por faixa etária				
		6-7 meses (n = 20)	11-14 meses (n = 20)	17-23 meses (n = 24)	24-30 meses (n = 29)	31-44 meses (n = 27)
História reprodutiva da mãe						
Med (min-max)						
Tempo de relacionamento dos pais (meses)	36 (0-228)	36 (0-156)	60 (2-120)	24 (2-228)	36 (0-120)	60 (6-192)
Nº de gestações	2 (1-9)	2 (1-7)	2 (1-9)	2 (1-5)	2 (1-7)	3 (1-7)
Nº de filhos	2 (1-8)	2 (1-5)	2 (1-8)	1 (1-5)	2 (1-7)	2 (1-8)
Concepção f (%)						
Gravidez planejada	44 (37)	5 (25)	5 (25)	8 (33)	17 (59)	9 (33)
Aceitação da mãe	98 (82)	17 (85)	17 (85)	22 (92)	20 (69)	21 (78)
Aceitação do pai	104 (87)	19 (95)	20 (100)	23 (96)	24 (83)	18 (67)
Fase Pré-natal f (%)						
Fez pré-natal	78 (67)	13 (65)	13 (76)	14 (59)	19 (66)	19 (71)
Não sabia da gravidez	12 (10)	4 (20)	2 (12)	4 (17)	1 (3)	1 (4)
Não quis fazer o pré-natal	12 (10)	3 (15)	2 (12)	2 (8)	2 (7)	3 (11)
Empecilhos no serviço de saúde da cidade	7 (6)	0	0	2 (8)	3 (10)	2 (7)
Solteira e não contou para família	5 (4)	0	0	2 (8)	3 (10)	0
Trabalhava	3 (3)	0	0	0	1 (3)	2 (7)

Na história reprodutiva da mãe, foram considerados três aspectos, o tempo de relacionamento dos pais em meses, o número de gestações e o número de filhos vivos. Quanto ao tempo de relacionamento, a mediana foi de 36 meses com amplitude de variação de menos de um mês a 19 anos. Deve-se observar que nos casos com menos de um mês houve apenas um contato entre pai e mãe. Estes casos ocorreram nos grupos de faixa etária de seis e sete meses e de 24 a 30 meses.

O número de gestações foi em torno de duas gestações na amostra total e verifica-se que em todos os grupos a amplitude máxima de variação foi alta com cinco, sete ou nove gestações. O número de filhos vivos teve ampla variação de um a oito, verificando-se a mesma tendência nos grupos quanto ao número de gestações.

Com relação à concepção, foram considerados dois aspectos: a gravidez planejada e a aceitação da mãe e do pai em relação à criança. Verifica-se na amostra total uma incidência de apenas 37% de gestações planejadas, com maior aceitação por parte dos pais do que das mães. Somente no grupo de 31 a 44 meses houve maior aceitação por parte das mães do que dos pais.

Na amostra total, verifica-se a incidência de 67% de mães que fizeram o pré-natal. Das 33% que não fizeram o pré-natal, chama atenção a incidência de mães que não sabiam que estavam grávidas e as que mencionaram não ter querido fazer o pré-natal pois não desejavam o filho. Especificamente no grupo de 24 a 30 meses, houve incidência de 10% de mães que não fizeram o pré-natal porque eram solteiras e não haviam contado sobre a gravidez para a família.

A Tabela 7 apresenta a presença e os tipos de fatores de risco maternos na fase pré-natal.

Tabela 7

Fatores de risco maternos na fase pré-natal - amostra total e grupos diferenciados por faixa etária das crianças – Frequência (f), Porcentagem (%) e Incidência (i)

Fatores de risco maternos na fase pré-natal	Amostra total (n = 120)	Grupos por faixa etária				
		6-7 meses (n = 20)	11-14 meses (n = 20)	17-23 meses (n = 24)	24-30 meses (n = 29)	31-44 meses (n = 27)
Presença de fatores de risco f (%)	60 (50)	12 (60)	8 (40)	11 (46)	17 (59)	13 (48)
Tipos de fatores de risco f (i)						
Infecção urinária	20 (17)	4 (20)	3 (15)	1 (4)	9 (31)	3 (11)
Hospitalização	18 (15)	1 (5)	4 (20)	2 (8)	6 (21)	5 (19)
Tabagismo	17 (14)	4 (20)	3 (15)	2 (8)	4 (14)	4 (15)
Sangramentos	14 (12)	3 (15)	2 (10)	2 (8)	4 (14)	3 (11)
Hipertensão	11 (9)	2 (10)	1 (5)	5 (21)	1 (3)	3 (11)
Uso de álcool	10 (8)	2 (10)	2 (10)	1 (4)	4 (14)	1 (4)
Sintomas de depressão	10 (8)	1 (5)	3 (15)	2 (8)	4 (14)	0
Infecção materna	6 (5)	1 (5)	0	0	3 (10)	2 (7)
Diabetes	3 (3)	1 (5)	0	0	1 (3)	1 (4)
Soropositivo (AIDS)	3 (3)	1 (5)	1 (5)	1 (4)	2 (7)	0
Toxoplasmose	2 (2)	2 (10)	0	0	0	0
Tombos	2 (2)	0	1 (5)	0	0	0
Contração	2 (2)	0	1 (5)	1 (4)	0	0
Anemia	2 (2)	0	0	1 (4)	1 (3)	0
Uso de drogas	1 (1)	1 (5)	0	0	0	0
Perda do líquido amniótico	1 (1)	0	0	0	1 (3)	0
Hepatite C	1 (1)	0	0	0	1 (3)	0
Violência doméstica	1 (1)	0	0	0	1 (3)	0
Início de acidente vascular cerebral	1 (1)	0	0	1 (4)	0	0

Na Tabela 7, observa-se que houve 50% de fatores de risco presentes na fase pré-natal das mães avaliadas, com uma variação nos grupos de crianças distribuídos por idade de 40 a 60%. Considerando os tipos de fatores de risco na amostra total, as incidências maiores (acima de 10%) foram de infecção urinária, seguida por hospitalização, tabagismo e sangramentos.

No grupo de 17 a 23 meses, a maior incidência foi de hipertensão. Cabe salientar que os fatores de risco de infecção urinária, hospitalização, tabagismo, sangramentos, hipertensão e uso de bebida alcoólica durante a gravidez estiveram presentes em todos os grupos. A depressão materna teve maior incidência nos grupos de 11 a 14 meses e de 24 a 30 meses.

A Tabela 8 apresenta as características das condições de nascimento das crianças, com relação a prematuridade, ao peso e estatura, ao tipo de parto, à necessidade de atendimento médico especializado, à presença e aos tipos de risco perinatal, ao total e tipos de antecedentes mórbidos apresentados.

Tabela 8
Condições de nascimento das crianças – amostra total e grupos diferenciados por faixa etária – Frequência (f), Porcentagem (%), Incidência (i), Mediana (Med), Valores mínimo (min) e máximo (max)

Variáveis de caracterização das condições de nascimento	Amostra total (n = 120)	Grupos por Faixa Etária				
		6-7 meses (n = 20)	11-14 meses (n = 20)	17-23 meses (n = 24)	24-30 meses (n = 29)	31-44 meses (n = 27)
História de Prematuridade f (%)						
Nascimento a termo	97 (81)	18 (90)	15 (75)	19 (79)	24 (83)	21 (78)
Nascimento pré-termo	23 (19)	2 (10)	5 (25)	5 (21)	5 (17)	6 (22)
Peso ao nascimento (gramas)	3.165	3.200	3.075	3.200	3.215	3.185
Med (min-max)	(1.270-4.060)	(2.365-4.060)	(2.095-3.620)	(2.200-3.975)	(1.700-4.000)	(1.270-4.030)
Estatura ao nascimento (cm)	48	50	46	47	48	48
Med (min-max)	(38-59)	(42-52)	(43-52)	(38-52)	(41-59)	(39-53)
Tipo de parto f (%)						
Normal	72 (60)	10 (50)	11 (55)	13 (55)	18 (62)	20 (75)
Cesárea não eletiva	27 (23)	6 (30)	5 (25)	8 (33)	6 (21)	2 (7)
Cesárea eletiva	15 (12)	2 (10)	4 (20)	2 (8)	4 (14)	3 (11)
Fórcps	6 (5)	2 (10)	0	1 (4)	1 (3)	2 (7)
Necessidade de atendimento especializado						
Sim f (%)	21 (18)	2 (10)	2 (10)	4 (17)	9 (31)	4 (15)
Risco perinatal						
Presença de risco f (%)	58 (48)	9 (45)	11 (55)	14 (58)	13 (45)	10 (37)
Tipos de fatores de risco f (i)						
Icterícia	35 (29)	7 (35)	4 (20)	10 (42)	8 (28)	6 (22)
Prematuridade	23 (19)	2 (10)	5 (25)	5 (21)	5 (17)	6 (22)
Peso < 2500g	16 (13)	1 (5)	5 (25)	3 (13)	5 (17)	4 (15)
Alterações respiratórias	11 (9)	0	2 (10)	3 (13)	3 (10)	2 (7)
Anóxia	3 (3)	1 (5)	0	0	0	2 (7)
Infecção	4 (3)	0	1 (5)	0	3 (10)	0
Antecedentes mórbitos						
Total de antecedentes f (%)	49 (41)	2 (10)	12 (60)	9 (38)	11 (38)	15 (56)
Tipos de antecedentes f (i)						
Internação hospitalar	32 (27)	1 (5)	9 (45)	7 (29)	5 (17)	10 (37)
Doenças infecciosas	20 (17)	1 (5)	8 (40)	3 (13)	2 (7)	7 (26)
Otitis de repetição	19 (16)	1 (5)	2 (10)	3 (13)	5 (17)	8 (30)
Problema visual	2 (2)	1 (5)	0	0	0	1 (4)

A maioria das crianças da amostra estudada nasceu a termo, porém 19% dos partos foram prematuros; no grupo de 11 a 14 meses esse índice chegou a 25%.

Com relação ao peso das crianças ao nascimento, verifica-se uma mediana de 3.165 gramas, variando de 1.270 a 4.060 gramas, para a amostra total. Nos grupos, a mediana ficou em torno de 3.000 gramas, porém a amplitude mínima de variação em todos eles ficou abaixo de 2.500 gramas, chamando a atenção principalmente no grupo de 31 a 44 meses com o muito baixo peso de 1.270 gramas.

As crianças nasceram com estatura entre 38 e 59 centímetros com mediana de 48, na amostra total. As crianças menores ao nascimento estão nos grupos de 17 a 23 meses e 31 a 44 meses.

Quanto ao tipo de parto observa-se na amostra total um predomínio de partos normais, e as cesáreas em 35%. Nos grupos por idade, verifica-se a mesma tendência; somente no grupo de 31 a 44 meses a frequência de cesáreas foi menor (18%). Houve necessidade de atendimento médico especializado para 18% das crianças na amostra total, mas cabe salientar que no grupo de 24 a 30 meses, 31% das crianças necessitaram de atendimento médico especial.

A presença de risco perinatal foi de 48% na amostra total e o grupo com menos fatores de risco presente foi o de 31 a 44 meses. Os fatores com maior incidência foram icterícia, prematuridade, peso inferior a 2.500g (baixo peso) e alterações de vias respiratórias. Essa tendência permaneceu nos grupos por faixa etária.

A frequência de antecedentes mórbidos foi de 41% para a amostra total e foi acima desse valor nos grupos de 11 a 14 meses (60%) e 31 a 44 meses (56%). Os tipos mais freqüentes foram internação hospitalar, doenças infecciosas e otites de

repetição. O grupo de seis e sete meses foi o que apresentou menos problemas, seguido pelo grupo de 24 a 30 meses.

4.1.3. História de Saúde e Desenvolvimento

Na Tabela 9, encontram-se as variáveis de condições gerais de saúde, considerando dados sobre amamentação, vacinação atualizada, história do estado nutricional aos seis meses de idade, sono e alimentação.

Tabela 9

Caracterização das condições de saúde da amostra e dos grupos por faixa etária das crianças –
Frequência (f), Porcentagem (%), Mediana (Med), Valores mínimo (min) e máximo (max)

Condições gerais de saúde	Amostra total (n = 120)	Grupos por Faixa Etária				
		6-7 meses (n = 20)	11-14 meses (n = 20)	17-23 meses (n = 24)	24-30 meses (n = 29)	31-44 meses (n = 27)
Amamentação						
Sim f (%)	105 (88)	18 (90)	16 (80)	22 (92)	26 (90)	23 (85)
Duração (meses)						
Med (min-max)	6 (0-37)	6 (0-7)	6 (0-14)	5 (0-19)	12 (0-27)	4 (0-37)
Vacinação atualizada f (%)	109 (91)	18 (90)	14 (70)	22 (92)	28 (97)	27 (100)
Estado nutricional aos 6 meses f (%)						
Abaixo	16 (14)	0	3 (15)	4 (17)	2 (8)	7 (26)
Normal	92 (79)	18 (90)	17 (85)	16 (67)	21 (81)	20 (74)
Acima	9 (7)	2 (10)	0	4 (16)	3 (11)	0
Sono						
Onde dorme f (%)						
Cama/berço sozinha	68 (57)	13 (65)	13 (65)	14 (58)	15 (52)	13 (48)
Cama com os pais	42 (35)	6 (30)	6 (30)	8 (34)	12 (41)	10 (37)
Cama com irmãos	10 (8)	1 (5)	1 (5)	2 (8)	2 (7)	4 (15)
Qualidade do sono f (%)						
Tranquilo	103 (86)	19 (95)	18 (90)	20 (83)	23 (79)	23 (85)
Agitado	17 (14)	1 (5)	2 (10)	4 (17)	6 (21)	4 (15)
Alimentação f (%)						
Sem problemas	96 (80)	15 (75)	13 (65)	20 (83)	26 (90)	22 (82)
Não come o suficiente	21 (17)	5 (25)	6 (30)	4 (17)	3 (10)	3 (11)
Fica enrolando para comer	3 (3)	0	1 (5)	0	0	2 (7)

Verifica-se na Tabela 9 que a maior parte das crianças foi amamentada em torno de seis meses, com amplitude de variação máxima até 37 meses. É importante notar que nos grupos muitas crianças estavam sendo amamentadas até o momento da avaliação, segundo informação dos cuidadores.

A vacinação estava em atraso para algumas crianças, como pode ser verificado na amostra total, embora a grande maioria encontrava-se com as vacinas em dia. No grupo de 11 a 14 meses, 30% faltavam completar as vacinas e apenas no grupo de 31 a 44 meses estavam 100% atualizadas, segundo informação dos cuidadores.

Com relação à história do estado nutricional das crianças aos seis meses, observa-se que a maioria apresentou peso e altura normais para a idade, tanto na amostra total quanto nos grupos. Nos grupos observa-se que havia crianças que ficaram abaixo e acima da média para a idade aos seis meses, segundo informação dos cuidadores.

Quanto ao sono da criança, segundo informação dos cuidadores, verifica-se que a maioria das crianças dormia em sua própria cama ou berço, porém havia em torno de 30 a 40% de crianças que dormiam na cama com os pais, principalmente nos grupos de 24 a 30 e 31 a 44 meses. Quanto à qualidade do sono, a predominância era de sono tranquilo, tanto na amostra total quanto nos grupos. A frequência de sono agitado aumentava de acordo com o aumento da idade da criança.

A alimentação não se apresentou como dificuldade, pois a maior parte não tinha problemas nessa área, segundo informações dos cuidadores. No entanto, estes percebiam que suas crianças não comiam o suficiente, principalmente nos

grupos entre seis e 23 meses, e que ficavam demorando a comer, nos grupos de 11 a 14 meses e 31 a 44 meses.

A Tabela 10 apresenta as características do desenvolvimento das crianças, segundo o relato dos cuidadores, em termos de desenvolvimento neuropsicomotor, dificuldade na fala, temperamento e controle de esfíncteres.

Tabela 10

Características do desenvolvimento das crianças, segundo relato dos cuidadores - amostra total e grupos diferenciados por faixa etária – Frequência (f), Porcentagem (%), Incidência (i) Mediana (Med), Valores mínimo (min) e máximo (max)

Características de Desenvolvimento (percepção dos cuidadores)	Amostra total (n = 120)	Grupos por Faixa Etária				
		6-7 meses (n = 20)	11-14 meses (n = 20)	17-23 meses (n = 24)	24-30 meses (n = 29)	31-44 meses (n = 27)
Desenvolvimento neuropsicomotor (meses)						
Med (min-max)						
Sustentou a cabeça	3 (0-9)	3 (2-5)	4 (2-9)	3 (2-8)	3 (1-9)	3 (0-5)
Sentou sem apoio	6 (0-20)	5 (0-6)	6 (4-11)	7 (4-9)	6 (4-12)	5 (0-20)
Engatinhou	7 (0-12)	0	7 (0-11)	7 (0-12)	7 (0-12)	6 (0-10)
Andou	12 (0-24)	0	11 (0-13)	12 (8-16)	12 (9-16)	12 (0-24)
Falou	10 (0-21)	0 (0-5)	10 (7-12)	12 (0-20)	10 (5-21)	9 (0-18)
Dificuldade na fala f (%)	17 (14)	0	1 (5)	4 (17)	4 (14)	8 (30)
Temperamento f (%)						
Negativo	62 (52)	4 (20)	5 (25)	16 (67)	19 (66)	18 (67)
Positivo	58 (48)	16 (80)	15 (75)	8 (33)	10 (34)	9 (33)
Controle de Esfíncteres f (i)						
Micção	NA ^(*)	NA	NA	1 (4)	15 (52)	19 (70)
Evacuação	NA	NA	NA	2 (8)	14 (48)	22 (82)
É ensinada?	NA	NA	NA	11 (46)	26 (90)	26 (96)

^(*)NA = não se aplica; o controle dos esfíncteres foram avaliados em idades específicas apropriadas

Na Tabela 10 encontram-se os indicadores de desenvolvimento neuropsicomotor, segundo a percepção dos cuidadores, relativos à idade na qual a criança sustentou a cabeça, sentou sem apoio, engatinhou, andou e falou. Com relação à idade na qual as crianças adquiriram tais habilidades de desenvolvimento, observa-se que foi a esperada para a maioria delas, porém houve algumas que ainda não haviam adquirido a habilidade (valor zero).

Com relação à dificuldade na fala, a porcentagem de crianças na amostra total foi de 14%, significando que a maioria não tem problemas na área da linguagem. Ao se verificar os grupos por faixa etária, nota-se que no momento mais adiante no desenvolvimento os cuidadores relataram mais dificuldades de linguagem da criança em relação às fases iniciais.

Do mesmo modo, com relação ao temperamento, observa-se que na amostra total houve 52% de crianças com temperamento negativo, ou seja, “agitado”, “bravo”, “nervoso”, “ruim”, segundo percepção dos cuidadores. Nos grupos de 11 a 14, 17 a 23 e 31 a 44 meses houve aumento na frequência de relatos negativos sobre o temperamento. No restante, observa-se o relato sobre o temperamento positivo do tipo “calmo”, “tranquilo” e “bom”, segundo a percepção dos cuidadores.

Quanto ao controle dos esfíncteres, foram considerados para análise somente os grupos a partir da idade de 17 meses, devido ao limite do desenvolvimento. Verifica-se que no grupo de 17 a 23 meses houve pouca incidência de crianças com controle da micção e evacuação que já estavam sendo ensinadas por 46% dos cuidadores. Nos outros dois grupos houve aumento progressivo do controle dos esfíncteres e do treino de acordo com o aumento da idade.

Na Tabela 11, encontram-se a incidência de familiares que promoviam os cuidados às crianças, considerando a mãe, o pai, as avós materna e paterna e irmãos, de acordo com o relato dos cuidadores.

Tabela 11

Familiares que promovem os cuidados às crianças - amostra total e grupos por faixa etária –Frequência (f), Incidência (i)

Familiares que cuidam da criança	Amostra total (n = 120) f (i)	Grupos por Faixa Etária				
		6-7 meses (n = 20) f (i)	11-14 meses (n = 20) f (i)	17-23 meses (n = 24) f (i)	24-30 meses (n = 29) f (i)	31-44 meses (n = 27) f (i)
Mãe	116 (97)	20 (100)	20 (100)	23 (96)	29 (100)	24 (89)
Avós materna e/ou paterna	40 (33)	7 (35)	7 (35)	7 (29)	9 (31)	11 (41)
Pai	10 (8)	3 (15)	3 (15)	2 (8)	2 (7)	0
Irmãos	7 (6)	1 (5)	4 (20)	1 (4)	0	1 (4)

Na Tabela 11, verifica-se que a maior parte das crianças foi cuidada pelas mães e avós, tanto na amostra total quanto nos grupos por idade. Cabe salientar que ao observar os grupos houve um decréscimo de cuidado do pai com relação às crianças, chegando ao grupo de 31 a 44 meses sem ter o cuidado promovido pelo genitor.

4.2 – Resultados da avaliação do desenvolvimento das crianças e do ambiente familiar para detecção das necessidades de cuidado

4.2.1. Desempenho das crianças quanto ao Desenvolvimento Pessoal-Social, Linguagem e Motricidade Ampla e Fina

Na Tabela 12, encontra-se o desempenho no Teste de Denver-II, considerando-se a classificação global de Risco ou Normalidade no teste e os indicadores de Cuidado, Atraso ou Normalidade nas áreas específicas (Pessoal-social, Linguagem e Motricidade Ampla e Fina), em termos de porcentagem de crianças. Os dados individuais referentes ao desempenho das crianças encontram-se nos APÊNDICES J, K, L, M e N.

Tabela 12

Risco no desenvolvimento das crianças, avaliado por meio do Teste de Denver-II, na amostra total e nos grupos por faixa etária – Porcentagem (%)

Desempenho no Teste de Denver-II	Amostra total (n = 120)	Grupos por Faixa Etária				
		6-7 meses (n = 20)	11-14 meses (n = 20)	17-23 meses (n = 24)	24-30 meses (n = 29)	31-44 meses (n = 27)
Classificação global	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Normal	67	80	95	67	66	37
Risco	33	20	5	33	34	63
Áreas						
Linguagem						
Normal	61	50	85	67	59	48
Cuidado	35	50	10	29	38	45
Atraso	4	0	5	4	3	7
Motora Ampla						
Normal	77	80	95	88	72	59
Cuidado	21	20	5	8	28	37
Atraso	2	0	0	4	0	4
Motora Fina						
Normal	80	95	100	79	76	59
Cuidado	19	5	0	21	24	37
Atraso	1	0	0	0	0	4
Pessoal-Social						
Normal	82	100	85	75	83	70
Cuidado	17	0	15	25	17	26
Atraso	1	0	0	0	0	4

A Tabela 12 mostra que 33% de crianças na faixa etária de seis a 44 meses apresentaram risco para problemas de desenvolvimento. É importante notar que nas áreas de linguagem, motricidade fina e ampla há a presença de 35%, 21% e 19% de cuidados, respectivamente, e 4% de atraso na área da linguagem. Deve-se salientar que na área de linguagem expressiva e receptiva, avaliada pelo referido teste de triagem, houve 39% das crianças com cuidado ou atraso, na amostra total; esta área do desenvolvimento, portanto, mostrou estar mais em risco do que as demais áreas avaliadas.

Com relação aos grupos por faixa etária, cabe salientar que no grupo de seis e sete meses 20% das crianças apresentaram risco para problemas de desenvolvimento. Nos grupos de 17 a 23 meses e 24 a 30 meses, o índice de risco ficou em torno de 30% e no grupo de 31 a 44 meses a porcentagem de risco (63%) foi maior em relação às outras faixas etárias. Portanto, houve um aumento progressivo de risco até esta faixa etária, que dobrou em relação às fases anteriores.

Ao se considerar as áreas, verifica-se que no grupo de seis e sete meses 50% das crianças apresentaram indicadores de “cuidado” em itens na área da linguagem e 20% na área motora ampla. Nos grupos de 17 a 23, 24 a 30 e 31 a 44 meses, observa-se um aumento na frequência de crianças com itens de “cuidado” e no grupo de 31 a 44 meses 7% de atraso na área da linguagem. Estes três grupos apresentaram essa mesma tendência com relação às áreas motora ampla e fina e pessoal-social.

4.2.2. Linguagem Expressiva

Na Tabela 13, encontra-se o desempenho na área de linguagem expressiva, de acordo com a LAVE, que mede o vocabulário, segundo informações do cuidador, na amostra total e nos grupos por faixa etária previstas no instrumento. Os dados

individuais referentes ao desempenho das crianças de acordo com as normas de Capovilla, Capovilla (1997) encontram-se nos APÊNDICES M e N.

Tabela 13

Desempenho na área de linguagem expressiva, avaliado pela LAVE, na amostra total e nos grupos por faixa etária, segundo normas de índice clínico de Capovilla e Rescorla – Porcentagem (%), Mediana (Med), Valores mínimo (min) e máximo (max)

Desempenho de linguagem expressiva (LAVE)	Amostra total (n = 56)	Grupos por Faixa Etária	
		24-30 meses (n = 29)	31-44 meses (n = 27)
Pontuação-padrão – Capovilla			
Med	90,95	89,50	93,90
min	0	32,40	0
max	110,30	109,70	110,30
Número de palavras			
Med	224,00	219,00	236
min	0	2	0
max	298	296	298
Percentil – Rescorla			
Med	47,00	60	35
min	0	15	0
max	85	85	80
Índice clínico - Capovilla (%)			
Não risco	93	93	93
Risco (abaixo do escore 45)	7	7	7
Índice clínico - Rescorla (%)			
Normal	88	89	85
Atraso (abaixo de 50 palavras)	12	10	15

A Tabela 13 mostra que as crianças na amostra total revelaram um escore mediano de 90,95, um número mediano de palavras de 224 e um percentil de 47. Segundo as normas brasileiras de Capovilla, houve predomínio de classificação normal (93%), com uma pequena porcentagem de risco (7%) para problemas de desenvolvimento da linguagem expressiva das crianças, diferindo pouco do resultado de acordo com as normas de Rescorla (88%). Nos grupos, os resultados foram semelhantes ao da amostra total. De acordo com as normas americanas adotadas por Rescorla, o índice clínico apresenta-se pouco mais elevado do que o

índice de acordo com as normas de Capovilla, passando de 7% para 12%.

A Tabela 14 apresenta os resultados do desempenho na área de linguagem expressiva na LAVE, de acordo com o sexo das crianças.

Tabela 14

Desempenho na área de linguagem expressiva, na LAVE, de acordo com o sexo das crianças – Porcentagem (%), Mediana (Med), Valores mínimo (min) e máximo (max)

Desempenho de linguagem expressiva (LAVE)	Meninos (n = 33)	Meninas (n = 23)	Valor de p
Pontuação-padrão – Capovilla ¹			
Med	89,50	94,50	0,0001*
min	0	32,40	
max	110,30	108,70	
Número de palavras ¹			
Med	219	238	0,0001*
(min – max)	(0 – 298)	(2 – 292)	
Percentil – Rescorla ¹			
Med	50	45	0,0001*
(min – max)	(0 – 85)	(15 – 75)	
Índice clínico - Capovilla (%) ²			
Não risco	91	96	ns
Risco	9	4	
Índice clínico - Rescorla (%) ²			
Normal	88	87	ns
Atraso	12	13	

¹ Teste de Wilcoxon; ² Teste de Mc Nemar; * p ≤ 0,05

Considerando o sexo das crianças e o desempenho na LAVE, verifica-se na Tabela 14 que, segundo as normas de Capovilla e de Rescorla, não houve diferença significativa no desempenho entre meninos e meninas. No entanto, a análise do escore-padrão, do número de palavras que as crianças já pronunciavam corretamente e do percentil mostra diferença altamente significativa entre meninos e meninas.

4.2.3. Comportamento

Na Tabela 15, encontram-se as médias e desvios-padrão do *T score* dos indicadores de problemas de comportamento no CBCL 1½ - 5.

Tabela 15

Indicadores de problemas de comportamento no CBCL 1½ - 5 - Média e desvio-padrão do *T score*, na amostra total e nos grupos por faixa etária.

CBCL 1½ - 5	Amostra total (n = 80)	Grupos por Faixa Etária		
		17-23 meses (n = 24)	24-30 meses (n = 29)	31-44 meses (n = 27)
	Média (dp)	Média (dp)	Média (dp)	Média (dp)
Amplios grupos de síndromes				
Total de problemas	58,86 (± 9,12)	59,38 (± 9,58)	61,00 (± 8,07)	56,11 (± 9,39)
Problemas de internalização	57,89 (± 10,07)	58,58 (± 10,34)	59,24 (± 9,63)	55,81 (± 10,34)
Problemas de externalização	57,38 (± 8,32)	58,25 (± 8,44)	58,66 (± 7,62)	55,22 (± 9,98)
Escala de síndromes				
Reação emocional	58,13 (± 7,74)	58,21 (± 6,93)	60,38 (± 8,17)	55,63 (± 7,46)
Ansiedade/Depressão	61,21 (± 9,55)	62,58 (± 9,10)	61,41 (± 9,51)	59,78 (± 10,13)
Queixas somáticas	56,94 (± 6,97)	57,13 (± 7,51)	57,03 (± 6,86)	56,67 (± 6,84)
Retraimento	56,19 (± 7,13)	55,58 (± 7,30)	56,97 (± 6,38)	55,89 (± 7,89)
Problemas de sono	55,23 (± 7,23)	56,46 (± 7,56)	55,76 (± 8,33)	53,56 (± 5,37)
Problemas de atenção	58,41 (± 7,05)	59,92 (± 7,14)	58,72 (± 7,11)	54,56 (± 4,62)
Comportamento agressivo	58,61 (± 7,14)	58,71 (± 7,10)	59,24 (± 9,63)	58,41 (± 7,46)
Escala segundo DSM IV				
Problemas afetivos	56,76 (± 7,17)	57,21 (± 6,52)	57,07 (± 7,88)	56,04 (± 7,14)
Problemas de ansiedade	60,40 (± 9,23)	61,29 (± 9,17)	61,31 (± 9,10)	58,63 (± 9,50)
Problemas desenvolvimentais invasivos	57,23 (± 8,32)	57,79 (± 8,44)	58,38 (± 8,55)	55,48 (± 7,97)
Problemas de déficit de atenção e hiperatividade	57,91 (± 6,88)	59,00 (± 7,89)	59,79 (± 7,20)	54,93 (± 4,30)
Problemas oposicionais desafiantes	57,31 (± 7,29)	56,25 (± 6,40)	57,10 (± 7,44)	58,48 (± 7,94)

* Normal (*T score* < 65); *borderline* (*T score* entre 65 e 70); clínico (*T score* > 70)

Na Tabela 15, verifica-se que as médias estão no intervalo de *T* *escore* menor do que 65 e nas escalas de Ansiedade/Depressão e Problemas de ansiedade estão mais elevadas. No entanto, os desvios-padrão foram muito altos atingindo *T* *escores* entre 65 e mais de 70.

A Tabela 16 apresenta os indicadores de problemas de comportamento com a classificação das crianças no CBCL 1½ - 5 em termos de índice clínico ou não, segundo informações do cuidador, na amostra de 80 crianças e nos grupos por faixa etária. Os dados individuais referentes ao comportamento das crianças encontram-se nos APÊNDICES O, P e Q.

Tabela 16

Indicadores de problemas de comportamento segundo a classificação no CBCL 1½ - 5, normal, *borderline* e clínico – Porcentagem (%), na amostra total e nos grupos por faixa etária.

CBCL 1½ - 5	Amostra total (n = 80)			Grupos por Faixa Etária								
				17-23 meses (n = 24)			24-30 meses (n = 29)			31-44 meses (n = 27)		
Índice clínico	N	B	C	N	B	C	N	B	C	N	B	C
Ampos grupos de síndromes (%)												
Total de problemas	52	19	29	46	17	37	48	21	31	64	18	18
Problemas de internalização	50	20	30	54	17	29	38	24	38	59	19	22
Problemas de externalização	61	19	20	54	21	25	59	21	20	70	15	15
Escala de síndromes (%)												
Reação emocional	74	19	7	75	21	4	59	31	10	89	4	7
Ansiedade/Depressão	61	19	20	54	25	21	59	24	17	71	7	22
Queixas somáticas	80	14	6	79	8	13	80	17	3	81	15	4
Retraimento	89	4	7	92	4	4	90	3	7	85	4	11
Problemas de sono	90	3	7	83	4	13	90	3	7	96	0	4
Problemas de atenção	76	14	10	71	17	12	62	21	17	96	4	0
Comportamento agressivo	78	16	6	75	17	8	79	14	7	78	18	4
Escala segundo DSM IV (%)												
Problemas afetivos	83	7	10	83	13	4	79	7	14	85	4	11
Problemas de ansiedade	68	10	22	67	8	25	62	17	21	74	4	22
Problemas desenvolvimentais invasivos	76	14	10	71	21	8	72	14	14	86	7	7
Problemas de déficit de atenção e hiperatividade	85	6	9	75	13	12	79	7	14	100	0	0
Problemas oposicionais desafiantes	81	9	10	84	8	8	83	3	14	78	15	7

N = normal (*T score* < 65); B = *borderline* (*T score* entre 65 e 70); C = clínico (*T score* > 70)

Na Tabela 16, verifica-se que no amplo grupo de síndrome Total de Problemas 19% da amostra total de crianças foram classificadas como *borderline* e 29% como clínica, com leve tendência a apresentar problemas internalizantes. Isto pode ser observado nos três grupos de diferentes faixas etárias. Quanto às escalas de síndromes, verificou-se que a Escala de Ansiedade/Depressão teve alta porcentagem de crianças classificadas como *borderline* ou clínica (39%). Especificamente no grupo de 24 a 30 meses, houve 38% de crianças com Problemas de Atenção. Considerando as Escalas, segundo o DSM-IV, destaca-se a de Problemas de Ansiedade, apresentando 32% de crianças classificadas como *borderline* ou clínicas. Esse indicador de problema reflete-se em todos os grupos de faixa etária, principalmente na de 17 aos 30 meses.

4.2.4. Indicadores de Estimulação do Ambiente Familiar

Na Tabela 17, encontram-se os indicadores de estimulação do ambiente familiar revelados pelo escore total no Inventário HOME, em termos de média e desvio-padrão da amostra de estudo e dos diferentes grupos, comparados aos resultados do estudo de Bradley, Caldwell (1976).

Tabela 17

Estimulação no ambiente familiar medida por meio do Inventário HOME, na amostra total e por grupos de faixa etária – Média e desvio-padrão (dp)

Estimulação ambiental - Inventário HOME	Amostra Total (n = 120)	Grupos por Faixa Etária				
		6-7 meses (n = 20)	11-14 meses (n = 20)	17-23 meses (n = 24)	24-30 meses (n = 29)	31-44 meses (n = 27)
Amostra do estudo						
Média	30,48	31,10	29,40	31,58	30,79	29,48
(dp)	(± 5,07)	(± 4,71)	(± 4,58)	(± 5,58)	(± 4,92)	(± 5,41)
Amostra de Bradley, Caldwell						
Média	NA ^(*)	28,49	30,85	NA	31,69	37,54
(dp)		(± 6,59)	(± 7,59)		(± 7,45)	(± 10,41)

^(*) Não se aplica devido aos autores não terem analisado seus dados considerando a amostra total e a faixa etária de 17 a 23 meses

Na Tabela 17, pode-se verificar que as médias e desvios-padrão no Inventário HOME da amostra deste estudo foram semelhantes às encontradas no estudo americano de Bradley, Caldwell. Nota-se leve tendência de os valores nestas medidas serem menores na amostra de estudo em relação ao dos autores citados, nos grupos de crianças da faixa etária de 11 a 14 e 31 a 44 meses.

Na Tabela 18, encontram-se os indicadores de medidas de estimulação no ambiente familiar da criança, considerando-se a classificação e os escores Total e subescalas do Inventário HOME. Os dados individuais encontram-se nos APÊNDICES R, S, T, U e V.

Tabela 18

Estimulação no ambiente familiar medida por meio do Inventário HOME, na amostra total e por grupos de faixa etária, comparando-se com a classificação dos autores Caldwell, Bradley - Porcentagem (%), Mediana (Med) e Valores mínimo (min) e máximo (max)

Estimulação ambiental – Inventário HOME	Amostra Total (n = 120)	Grupos por Faixa Etária				
		6-7 meses (n = 20)	11-14 meses (n = 20)	17-23 meses (n = 24)	24-30 meses (n = 29)	31-44 meses (n = 27)
Classificação no HOME – Caldwell, Bradley	(%)					
Superior à 4ª parte	13	15	10	17	10	11
Médio	74	75	70	71	86	67
Inferior à 4ª parte	13	10	20	12	4	22
Classificação no HOME amostra do estudo	(%)					
Superior à 4ª parte	27	25	15	37	24	33
Médio	45	45	55	38	55	34
Inferior à 4ª parte	28	30	30	25	21	33
Escore total HOME						
Med (min-max)	30 (16-42)	31 (24-40)	28 (21-40)	32 (21-41)	30 (16-42)	29 (17-38)
Escore nas Subescalas						
Med (min-max)						
Responsividade	9/11 ^(*) (4-11)	9 (4-11)	8 (5-11)	9 (6-11)	9 (5-11)	9 (5-11)
Fuga por punição e restrição	5/6 (0-6)	6 (4-6)	5 (2-6)	5 (2-6)	4 (1-6)	4 (0-6)
Organização do ambiente físico em geral	6/8 (2-8)	6 (4-8)	6 (5-7)	6 (2-7)	6 (3-8)	6 (4-7)
Provisão de materiais apropriados	5/9 (0-9)	3 (0-7)	3 (0-8)	5 (0-9)	5 (0-9)	5 (0-9)
Envolvimento maternal com a criança	4/6 (0-6)	5 (1-6)	3 (1-6)	3 (1-6)	4 (1-6)	4 (0-6)
Oportunidades para variar o estímulo do cotidiano	3/5 (1-5)	3 (1-5)	3 (1-5)	3 (1-5)	3 (1-5)	3 (1-5)

^(*) Os denominadores referem-se ao número total de itens em cada subescala

Na Tabela 18, pode-se verificar que a amostra do estudo apresentou bons índices de estimulação ambiental, na medida em que 72% desta classificou-se na média ou acima dela. Houve, portanto, indicador de risco na ordem de 28%, que reflete os índices específicos de risco nos diferentes grupos distribuídos por faixa etária, os quais giram em torno de 30%.

Considerando-se os escores nas subescalas, observa-se que as medianas foram muito próximas ao valor total, refletindo aspectos positivos de estimulação ambiental. Porém, destaca-se a subescala de provisão de materiais apropriados para a idade da criança que teve uma amplitude de variação mínima de zero, ou seja, incluiu famílias em que não havia brinquedos para a criança, em todos os grupos por faixa etária. No grupo de 31 a 44 meses, houve pontuação zero na subescala de fuga por punição ou restrição e envolvimento maternal com a criança, indicando alto índice de risco relativo a estes aspectos da relação mãe-criança.

4.2.5. Eventos Vitais Adversos

A Tabela 19 apresenta os resultados dos eventos adversos relatados pelos cuidadores em termos de porcentagem, mediana e incidência dos itens avaliados pela Escala de Eventos Vitais, de acordo com as fontes dos eventos estressores. Os dados individuais encontram-se nos APÊNDICES W, X, Y, Z e AA.

Tabela 19

Eventos vitais adversos em termos de escore e tipos de fonte estressora – amostra total e grupos por faixa etária – Mediana (Med), Valores mínimo (min) e máximo (max), Porcentagem (%) e Incidência (i)

Eventos Vitais	Amostra total (n = 120)	Grupos por Faixa Etária				
		6-7 meses (n = 20)	11-14 meses (n = 20)	17-23 meses (n = 24)	24-30 meses (n = 29)	31-44 meses (n = 27)
Escore						
Mediana	6/26 ^(*)	6	6	7	7	6
min	0	0	2	2	2	1
max	15	13	14	15	12	11
Classificação na EEV (%)						
Superior à 4ª parte	35	40	32	42	34	30
Médio	33	35	32	29	38	29
Inferior à 4ª parte	32	25	36	29	28	41
Tipos de evento vital (i)						
Família	76	75	84	71	76	74
Dificuldades pessoais	75	65	74	92	83	59
Finanças	66	45	79	67	69	67
Trabalho	62	70	47	63	62	67
Mudanças no ambiente	52	50	79	42	48	48
Perda de suporte social	44	40	37	46	38	56

(*) O denominador refere-se ao total de itens da escala

Verifica-se na Tabela 19 que a mediana de eventos vitais estressores vivenciados no último ano pelas famílias foi de seis eventos, em um total de 26, com variação de nenhum evento até 15, relatados pelos cuidadores. Ao serem consideradas as fontes estressoras em que estes eventos ocorreram, nota-se que a frequência maior foi nas áreas de família e de dificuldades pessoais, em relação às demais áreas.

Considerando a classificação dos dados, observa-se uma distribuição equitativa entre o valor médio e os quadrantes inferiores ou superiores. Houve pequenas variações entre os grupos, podendo-se destacar que no grupo de crianças de seis e sete meses 25% das crianças apresentaram classificação inferior, ao passo que aos 31 a 44 meses 41% foram incluídos nesta classificação.

Com relação aos grupos por faixa etária, observa-se que em cada um a fonte estressora de maior incidência variou, no entanto a área da família foi a que esteve presente em todos os grupos; por outro lado, a área de perda de suporte social foi a fonte menos estressora.

A Tabela 20 mostra os tipos de eventos vitais adversos por fontes estressoras da Escala de Eventos Vitais e sua incidência na amostra total e nas subamostras por faixa etária.

Tabela 20

Tipos de eventos vitais adversos por fontes estressoras – amostra total e grupos diferenciados por faixa etária – Incidência (i)

Tipos de eventos adversos por fontes estressoras f (i)	Amostra total (n = 120)	Grupos por Faixa Etária				
		6-7 meses (n = 20)	11-14 meses (n = 20)	17-23 meses (n = 24)	24-30 meses (n = 29)	31-44 meses (n = 27)
Trabalho						
Perda do emprego (pai ou mãe)	43	50	37	38	45	44
Mudança de trabalho	22	20	21	25	21	22
Dificuldades com a chefia	8	10	0	13	10	7
Reconhecimento profissional	7	10	0	8	7	7
Perda de suporte social						
Morte de alguém da família	37	30	26	38	31	56
Morte de um amigo	13	15	16	17	10	11
Morte do cônjuge	0	0	0	0	0	0
Família						
Nascimento na família	45	60	37	38	41	52
Doença na família	38	30	42	42	38	37
Separação	21	35	32	25	10	11
Reconciliação matrimonial	17	25	16	21	14	11
Gravidez	17	15	0	17	14	33
Casamento	3	0	5	0	0	7
Mudanças no ambiente						
Mudança do nº pessoas morando na casa	40	45	68	17	38	37
Mudança de casa	24	20	32	38	28	7
Mudança de escola	5	0	0	0	3	19
Dificuldades pessoais						
Mudanças de atividades recreativas	41	40	32	63	41	30
Mudanças de hábitos pessoais	36	50	37	46	38	15
Problemas de saúde	29	15	26	25	48	22
Mudanças de atividades religiosas	24	10	37	29	31	15
Dificuldades sexuais	23	30	11	38	28	7
Mudanças de atividades sociais	20	20	26	29	17	11
Acidentes	15	15	5	17	14	22
Aposentadoria	2	5	0	0	3	0
Finanças						
Dívidas	54	30	68	58	59	52
Perdas financeiras	44	35	58	46	48	33

Na Tabela 20 verifica-se que, de acordo com a fonte estressora “trabalho”, a maior incidência foi perda de emprego (43%), tanto na amostra total quanto nos grupos por faixa etária. Considerando-se a fonte “perda de suporte social”, verifica-se que apresentou maior incidência de “morte de alguém da família”, e não houve nenhuma incidência de “morte do cônjuge”. Os eventos “nascimento na família” e “doença na família” foram os mais incidentes considerando-se a fonte estressora “família”, na amostra total. No grupo de 31 a 44 meses houve também alta incidência de “gravidez”. Eventos relativos a mudanças no ambiente tiveram predominância de “mudança do número de pessoas morando na casa” e “mudança de casa”. Nos grupos de 24 a 44 meses houve pequena incidência do evento “mudanças de escola”. Com relação às “dificuldades pessoais” os eventos com maior incidência foram “mudanças de atividades recreativas”, “mudanças de hábitos pessoais” e “problemas de saúde”, na amostra total. Nos grupos de seis e sete meses e de 17 a 23 meses, as “mudanças de atividades recreativas” e “de hábitos pessoais” foram as mais incidentes seguidas por dificuldades sexuais.

4.2.6. Enfrentamento de Problemas Atuais

Dos 107 cuidadores que responderam à Escala Modos de Enfrentamento de Problemas, duas mudaram do bairro, não sendo possível aplicar a escala e quatro disseram não estar passando por nenhum problema. Entretanto, na amostra constam 114 escalas respondidas devido ao fato de haver avaliação de irmãos e de em alguns casos o cuidador ter respondido em momentos diferentes para cada filho.

Na Tabela 21, encontram-se os números de problemas atuais relatados pelos cuidadores ao responderem a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas.

Tabela 21

Número de problemas atuais relatados pelos cuidadores ao responderem a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas, na amostra total e nos grupos por faixa etária – Porcentagem de participantes (%)

Número de problemas (%)	Amostra total (n = 114)	Grupos por Faixa Etária				
		6-7 meses (n = 19)	11-14 meses (n = 17)	17-23 meses (n = 24)	24-30 meses (n = 29)	31-44 meses (n = 25)
1	59	47	47	67	59	68
2	25	37	18	25	31	12
3	10	5	35	0	7	12
4	4	11	0	4	3	4
5	2	0	0	4	0	4

Na Tabela 21 verifica-se que, a maioria da amostra total relatou apenas um tipo de problema, seguido por relatos de dois e três tipos de problemas. Nos grupos por faixa etária, segue-se o mesmo padrão, predominando um e dois tipos de problemas referidos ao responder a Escala.

A Tabela 22 apresenta os tipos de problemas atuais relatados pelos cuidadores ao responderem a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas. Os dados individuais encontram-se nos APÊNDICES BB, CC, DD, EE e FF.

Tabela 22

Tipos de problemas atuais relatados pelos cuidadores ao responder a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas, na amostra total e nos grupos por faixa etária – Incidência (i)

Tipos de problemas relatados	Amostra total (n = 114)	Grupos por Faixa Etária				
		6-7 meses (n = 19)	11-14 meses (n = 17)	17-23 meses (n = 24)	24-30 meses (n = 29)	31-44 meses (n = 25)
	i	i	i	i	i	i
Financeiro	46	53	41	50	45	40
Familiar	33	37	47	25	35	28
Conjugal	33	21	41	38	35	32
Pessoal	27	37	47	21	14	28
Saúde	12	10	6	13	17	12
Desemprego	9	10	6	8	10	8
Gravidez						
solteira	3	10	0	0	0	4
Alcoolismo	3	0	0	0	0	12

O problema mais referido pelos cuidadores foi o financeiro (46%), assim como em quatro das cinco faixas etárias estudadas. Os problemas familiares, conjugais e pessoais também foram os mais freqüentes na amostra total, porém nas faixas etárias houve variação quanto ao relato do problema que estava preocupando o cuidador no momento. Nota-se que aos seis e sete, 17 a 23 e 24 a 30 meses ocorreu o financeiro como principal preocupação dos cuidadores.

Na Tabela 23, constam a média e o desvio-padrão dos escores nos quatro tipos de enfrentamento encontrados na Escala Modos de Enfrentamento de Problemas, considerando a amostra total e as faixas etárias, comparados aos valores-padrão da amostra de padronização brasileira do instrumento.

Tabela 23

Tipos de estratégias de enfrentamento da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas e comparação com a amostra de padronização brasileira¹ (escores) – Média e desvio-padrão (dp)

Estratégias de enfrentamento – Média (dp)	Valores-padrão (amostra de padronização)	Amostra total (n = 114)	Grupos por Faixa Etária				
			6-7 meses (n = 19)	11-14 meses (n = 17)	17-23 meses (n = 24)	24-30 meses (n = 29)	31-44 meses (n = 25)
Focalização no problema	3,52 (± 0,58)	3,73 (± 0,60)	3,87 (± 0,54)	3,69 (± 0,53)	3,52 (± 0,76)	3,82 (± 0,48)	3,76 (± 0,60)
Focalização na emoção	2,61 (± 0,59)	2,46 (± 0,67)	2,47 (± 0,64)	2,64 (± 0,55)	2,56 (± 0,72)	2,53 (± 0,66)	2,15 (± 0,69)
Práticas religiosas/ pensamento fantasioso	3,20 (± 0,79)	3,61 (± 0,68)	3,60 (± 0,70)	3,92 (± 0,54)	3,28 (± 0,74)	3,64 (± 0,56)	3,72 (± 0,74)
Busca de suporte social	3,33 (± 0,79)	2,89 (± 0,90)	2,89 (± 0,70)	2,89 (± 0,90)	2,98 (± 0,96)	3,14 (± 0,97)	2,51 (± 0,84)

¹ Seidl E.M.F., Tróccoli B.T., Zannon C.M.I.C. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. Psic.: Teor. e Pesq. (Brasília) 2001; 17 (3): 225-234.

Verifica-se na Tabela 23 que as médias e os desvios-padrão da amostra do presente estudo são muito semelhantes aos valores-padrão da amostra de validação e padronização brasileira da escala. Nota-se uma tendência de os escores de busca de suporte social serem menores na amostra do presente estudo em relação aos escores da amostra de padronização.

Na Tabela 24, encontra-se a classificação do índice clínico para os cuidadores avaliados para os quatro tipos de estratégias de enfrentamento da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas. Os dados individuais encontram-se nos APÊNDICES BB, CC, DD, EE e FF.

Tabela 24

Classificação dos tipos de estratégias de enfrentamento de problemas, de acordo com índices clínicos (C) e não clínicos (N), na Escala Modos de Enfrentamento de Problemas, na amostra total e nos grupos por faixa etária – Porcentagem (%)

Classificação do índice clínico dos tipos de estratégias de enfrentamento de problemas (%)	Amostra total (n = 114)		Grupos por Faixa Etária									
			6-7 meses (n = 19)		11-14 meses (n = 17)		17-23 meses (n = 24)		24-30 meses (n = 29)		31-44 meses (n = 25)	
	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C	N	C
Focalização no problema	96	4	100	0	94	6	88	12	100	0	96	4
Focalização na emoção	90	10	90	10	89	11	88	12	86	14	96	4
Práticas religiosas/ pensamento fantasioso	95	5	90	10	100	0	88	12	100	0	96	4
Busca de suporte social	63	37	68	32	70	30	67	33	69	31	44	56

Na Tabela 24, nota-se que o índice não clínico foi predominante na amostra total e em todas as faixas de idade nos três tipos de estratégia de enfrentamento: focalização no problema, na emoção e práticas religiosas ou pensamento fantasioso. A estratégia “busca de suporte social” apresentou a mais alta porcentagem de cuidadores com índice clínico em relação aos demais tipos de estratégias, 37% na amostra total com variação de 30% a 56% nos grupos por faixa etária.

4.2.7. Índice de Risco Psicossocial de Rutter

A Tabela 25 apresenta o índice de risco psicossocial da amostra de acordo com o formulado por Rutter, Quinton (1977), e a incidência de cada item que compõe este indicador. Os dados individuais encontram-se nos APÊNDICES HH, II, JJ, KK e LL. O APÊNDICE GG apresenta o número de itens de risco psicossocial presentes em cada família, na amostra total e nos grupos por faixa etária.

Tabela 25

Porcentagem de índice de risco psicossocial de acordo com o índice de Rutter, Quinton (1977), na amostra total e nos grupos por faixa etária das crianças – Porcentagem (%) e Incidência (i)

Risco psicossocial	Amostra Total (n = 120)	Grupos por Faixa Etária				
		6-7 meses (n = 20)	11-14 meses (n = 20)	17-23 meses (n = 24)	24-30 meses (n = 29)	31-44 meses (n = 27)
Índice de risco psicossocial, segundo classificação de Rutter (%)						
Baixo (0)	6	10	5	13	3	0
Moderado (1 ou 2)	42	40	45	37	45	41
Severo (> 2)	52	50	50	50	52	59
Índice de risco psicossocial, segundo quartis da amostra do estudo (%)						
Quartil 1 (0-2)	47	50	50	50	48	37
Quartil 2 (3)	16	15	10	17	21	19
Quartil 3 (4 ou >)	37	35	40	33	31	44
Itens (i)						
Baixo nível educacional dos pais (analfabeto, ensino fundamental incompleto)	76	70	75	58	79	93
Problemas conjugais (conflitos freqüentes, separação, distância emocional)	45	45	45	46	31	59
Habitação superlotada (densidade habitacional)	43	55	35	17	52	52
Falta de capacidade de lidar com problemas (lidar inadequado com eventos estressores do problema, retraimento, resignação, dramatização exagerada)	34	30	30	46	35	30
Dificuldades severas crônicas (desemprego/doença por mais de um ano)	31	30	25	33	28	37
Maternidade/paternidade precoce (< 18 anos ou relacionamento < 6 meses)	23	10	25	21	31	26
Rejeição da gravidez	14	20	25	8	17	4
História de delinquência dos pais	13	20	25	4	10	11
Doença psiquiátrica dos pais	9	5	5	12	3	18
Falta de apoio e integração sociais (falta de amigos e de ajuda no cuidado da criança)	8	0	15	17	10	0

Observa-se que houve predominância do nível severo de risco psicossocial nesta amostra, seguido do nível moderado, considerando-se os dados de acordo com a classificação de Rutter. No entanto, ao se comparar os dados da distribuição da amostra em quartis com o modelo de Rutter, verifica-se uma porcentagem maior do nível baixo seguido do nível severo de risco psicossocial, tanto na amostra total quanto nos grupos. Fez exceção o grupo de 31 a 44 meses em que predominou o nível severo.

Com relação aos itens, nota-se que o baixo nível educacional dos pais obteve maior incidência, seguido por problemas conjugais e habitação superlotada. Nos grupos por faixa etária verifica-se a mesma tendência, com exceção do grupo de 17 a 23 meses em que houve 46% de incidência de falta de capacidade de lidar com problemas (lidar inadequado com eventos estressores do problema, retraimento, resignação, dramatização exagerada).

4.3. Correlação entre os resultados da avaliação do desenvolvimento entre si e com variáveis do ambiente familiar

Os resultados das correlações serão apresentados de acordo com duas formas de análise de dados. Na primeira, foram analisadas as relações entre os resultados no Teste de Denver-II, na LAVE e no CBCL 1½ - 5 e as variáveis da criança e do ambiente, respectivamente, e na segunda foram analisadas as correlações dos resultados dos três instrumentos entre si.

A Tabela 26 apresenta as correlações significativas entre os indicadores de desenvolvimento, avaliados de acordo com o Teste de Denver-II; as variáveis da criança, obtidas por meio do Roteiro de Entrevista; as variáveis do ambiente, avaliadas pelas subescalas do Inventário HOME, fonte estressora da Escala de Eventos Vitais, tipo de problema relatado na EMEP e a variável “escolaridade do pai”.

Tabela 26

Correlações significativas entre indicadores de desenvolvimento (classificação global no Denver-II) e variáveis da criança (dificuldade na fala, idade em que começou a andar, não ter controle do esfíncter anal), variáveis do ambiente (resultados do Inventário HOME, EEV e EMEP) e variável de caracterização dos cuidadores

Desenvolvimento	Variáveis da criança e do ambiente	r
Classificação global no Denver-II	Dificuldade na fala	0,32**
	Idade em que começou a andar	0,39**
	Não tem controle esfíncter anal	-0,20*
	Organização do ambiente físico geral (HOME)	-0,20*
	Oportunidade para variar o estímulo do cotidiano (HOME)	0,32**
	Adversidade na família (EEV)	-0,22*
	Alcoolismo do pai (EMEP)	0,23*
	Escolaridade do pai	-0,18*

*p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01

Verifica-se na Tabela 26 que o indicador de desenvolvimento da criança avaliado pelo teste de Denver-II correlacionou-se com variáveis da história de desenvolvimento inicial da criança, segundo a percepção dos cuidadores, e variáveis do ambiente familiar.

Os resultados da classificação global no Teste de Denver-II apresentaram correlação significativa positiva com os indicadores de dificuldade na fala, idade em que as crianças começaram a andar, oportunidade para variar o estímulo do cotidiano e o relato de alcoolismo do pai. Esse resultado indica que o fato de as crianças apresentarem desempenho em risco no Denver-II esteve associado a dificuldade na fala e não andar no período esperado, segundo a percepção dos cuidadores. Além disso, indica que quanto mais oportunidade de estímulos diferentes no dia-a-dia e presença de alcoolismo do pai nas famílias mais risco de problemas de desenvolvimento da criança.

Houve correlação significativa negativa entre a classificação global no Denver-II e a questão sobre a criança não ter controle do esfíncter anal, adversidade

na família e escolaridade do pai e menos organização no ambiente. Quanto menos os pais eram escolarizados e menos o ambiente familiar era organizado, mais as crianças apresentaram risco no desenvolvimento. No entanto, duas relações foram no sentido inesperado, quanto mais havia controle esfinteriano e menos adversidade no ambiente familiar, mais se verificou risco no desenvolvimento.

Na Tabela 27 encontram-se as correlações significativas entre indicador de linguagem expressiva (classificação na LAVE) e as variáveis da criança (comportamento durante o sono, história do estado nutricional aos 6 meses de idade, dificuldade na fala e atendimento médico especial ao nascimento).

Tabela 27

Correlações significativas entre indicador de linguagem expressiva (LAVE) e variáveis da criança (comportamento durante o sono, estado nutricional aos 6 meses, dificuldade na fala e atendimento médico especial ao nascimento)

Indicador de linguagem expressiva	Variáveis da criança	r
Classificação na LAVE	Comportamento durante o sono	0,41**
	Estado nutricional aos 6 meses	-0,40**
	História de dificuldade com a fala	0,53**
	Atendimento médico especial ao nascimento	0,34*

*p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01

A Tabela 27 mostra que a classificação na LAVE apresentou correlação significativa positiva com o comportamento durante o sono, a história de fala e o fato de a criança ter atendimento médico especial ao nascimento. Isso indica que as dificuldades na linguagem expressiva associaram-se a dificuldades de sono, história de dificuldade de linguagem e necessidade de atendimento médico especial no período neonatal. Com relação ao indicador de linguagem expressiva e a história do estado nutricional da criança aos seis meses de vida, a correlação foi negativa; quanto mais problemas nutricionais nesta fase, mais dificuldade na linguagem expressiva.

A Tabela 28 mostra as correlações significativas entre indicador de linguagem expressiva (classificação na LAVE), variáveis do ambiente familiar (Inventário HOME) e caracterização dos cuidadores.

Tabela 28

Correlações significativas entre indicador de linguagem expressiva (classificação na LAVE), variáveis do ambiente familiar (Inventário HOME) e dos cuidadores.

Indicador de linguagem expressiva	Variáveis do ambiente familiar e dos cuidadores	r
Classificação na LAVE	Responsividade (HOME)	-0,28*
	Organização do ambiente físico geral (HOME)	-0,27*
	Escolaridade do pai	-0,43**
	Cuidado pela mãe	-0,55**
	Maternidade/paternidade precoce	0,32*

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Encontram-se na Tabela 28 as correlações significativas negativas entre a classificação na LAVE e o escore de responsividade, organização do ambiente físico geral do lar, escolaridade do pai e a questão sobre a criança ser cuidada pela mãe. Este resultado mostra que quanto maior a responsividade materna em relação à criança, maior a organização do ambiente físico geral da casa, maior nível de escolaridade do pai e o fato de as crianças serem cuidadas pelas mães, melhor o desempenho na linguagem expressiva. A correlação entre a classificação na LAVE e os pais terem assumido a maternidade e/ou paternidade precocemente foi significativamente positiva; quanto menos risco de linguagem na LAVE, mais as crianças eram filhos de pais maiores de 18 anos e com relacionamento superior a seis meses.

A Tabela 29 mostra as correlações significativas entre indicadores de problemas de comportamento (classificação total de problemas no CBCL), as variáveis da criança (temperamento, dificuldade na fala e comportamento durante o

sono) e as variáveis de caracterização dos cuidadores (idade da mãe, idade do pai e maternidade e/ou paternidade precoce).

Tabela 29

Correlações significativas entre indicadores de problemas de comportamento (classificação total de problemas no CBCL) e as variáveis da criança (temperamento, dificuldade na fala e comportamento durante o sono) e as variáveis dos cuidadores (idade da mãe, idade do pai e maternidade/paternidade precoce)

Indicador de problema de comportamento	Variáveis da criança e dos cuidadores	r
Total de Problemas	Temperamento	-0,23*
	História de dificuldade na fala	0,27*
	Comportamento durante o sono	0,30**
	Idade da mãe	-0,30**
	Idade do pai	-0,26**
	Maternidade/paternidade precoce	-0,28*

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Na Tabela 29, verifica-se que houve correlação significativa negativa entre a classificação Total de Problemas no CBCL e temperamento da criança, idade da mãe, idade do pai e maternidade e/ou paternidade precoce. Isso indica que as crianças com escores dentro da faixa da normalidade no CBCL apresentaram temperamento positivo do tipo bom, tranquilo ou calmo, segundo a percepção dos cuidadores, e tinham pais e mães com idades acima de 18 anos e pais com tempo de relacionamento com duração superior a seis meses.

Com relação à classificação no Total de Problemas no CBCL e as questões sobre fala e sono, as correlações foram significativamente positivas. As crianças com escores dentro da faixa da normalidade no CBCL não apresentaram dificuldades na fala e apresentaram comportamento tranquilo durante o sono, segundo a percepção dos cuidadores.

Na Tabela 30, encontram-se as correlações significativas entre indicador de linguagem expressiva (classificação na LAVE), indicador de risco no

desenvolvimento (Denver-II - classificação global e nas áreas) e de problemas de comportamento (CBCL - subescalas).

Tabela 30

Correlações significativas entre indicador de linguagem expressiva (classificação na LAVE), indicador de risco no desenvolvimento (Denver-II - classificação global e nas áreas) e de problemas de comportamento (CBCL - subescalas).

Indicador de linguagem expressiva	Desenvolvimento e comportamento	r
Classificação na LAVE	Denver-II - Classificação global	0,29*
	Denver-II – Área Linguagem	0,45**
	Denver-II – Área Motora fina	0,29*
	CBCL – Retraimento	0,33*
	CBCL – Problemas	
	desenvolvimentais invasivos	0,38**

*p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01

Verifica-se na Tabela 30 que houve correlação positiva entre a classificação na LAVE e a classificação global e nas áreas de linguagem e motricidade fina, avaliadas pelo Denver-II. Esse resultado indica que as crianças que apresentaram menos risco para problemas de desenvolvimento, especificamente na linguagem expressiva, também apresentaram menos risco para o desenvolvimento global, assim como nas áreas da linguagem e motricidade fina.

Com relação às correlações entre a classificação na LAVE e as subescalas do CBCL, verifica-se que houve correlação significativamente positiva somente com as subescalas de retraimento e de problemas desenvolvimentais invasivos. Esse resultado mostra que as crianças com melhor desempenho em linguagem expressiva apresentavam, do ponto de vista do comportamento, menos retraimento e problemas desenvolvimentais invasivos, segundo a percepção dos cuidadores.

A Tabela 31 apresenta correlações significativas entre as subescalas do CBCL 1½ - 5.

Tabela 31

Correlações significativas entre as subescalas do CBCL 1½ - 5

Subescalas CBCL	Subescalas CBCL	r
Reação emocional	Ansiedade/Depressão	0,54**
	Retraimento	0,40**
	Problemas de sono	0,24*
	Problemas de atenção	0,33**
	Comportamento agressivo	0,24*
Ansiedade/Depressão	Queixas somáticas	0,35**
	Retraimento	0,34**
	Problemas de atenção	0,28*
	Comportamento agressivo	0,37**
Retraimento	Queixas somáticas	0,23*
	Comportamento agressivo	0,30**
Problemas de sono	Problemas de atenção	0,22*

*p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01

Na Tabela 31, observa-se que todas as correlações foram significativamente positivas. Isso mostra que as crianças que apresentaram classificação *borderline* ou clínica na subescala Reação Emocional também apresentaram essas classificações nas subescalas de Ansiedade/Depressão, Retraimento, Problemas de sono, Problemas de atenção e Comportamento agressivo. As crianças que apresentaram maior escore na subescala de reação emocional, apresentaram mais ansiedade e depressão, eram mais retraídas, tinham mais problemas de sono, problemas de atenção e eram mais agressivas.

As crianças que apresentaram mais ansiedade ou depressão também apresentaram mais queixas somáticas, tinham problemas de atenção, comportamentos agressivos e eram mais retraídas. As crianças que apresentaram mais comportamentos de retraimento, por sua vez, apresentaram mais queixas somáticas e eram mais agressivas.

As crianças que apresentaram mais problemas de sono apresentaram mais comportamentos relativos a problemas de atenção.

4.4. Modelos de Predição de Risco no Desenvolvimento e Comportamento da Criança

A Tabela 32 apresenta o resultado da análise de regressão logística dos fatores de risco para problemas de desenvolvimento e comportamento da criança e para inserção na educação infantil.

Tabela 32
Modelo final da análise de regressão logística

Indicadores do desenvolvimento/Variáveis	Valor de p	OR	IC (95%)
Risco no desenvolvimento (Denver-II 6- 44 m)			
Escolaridade do pai	0,04	0,40	0,17-0,97
Linguagem expressiva (LAVE 24-44 m)			
Estado nutricional aos 6 m	0,05	16,94	0,93-308,07
Risco psicossocial de Rutter (soma dos itens)	0,05	4,07	0,96-17,18
Comportamento (CBCL 17-44 m)			
Mãe possuir renda	0,01	0,20	0,06-0,71
Temperamento da criança	0,04	0,35	0,13-0,97
Inserção da criança na educação infantil			
Mãe possuir renda	0,01	3,52	1,27-9,76
Criança não apresentar antecedentes mórbidos	0,03	2,82	1,13-7,03
Busca de suporte social por parte da mãe	0,04	2,61	1,05-6,47

Valor de $p \leq 0,05$; OR = Odds Ratio; IC = Intervalos de Confiança

Na Tabela 32, observa-se que quanto menor a escolaridade do pai, aumenta a chance de risco para problemas de desenvolvimento da criança na fase dos seis

aos 44 meses. A história do estado nutricional da criança abaixo do normal aos seis meses de vida tem 16 vezes mais chance de causar problemas no desenvolvimento da linguagem expressiva na criança na fase de 24 a 44 meses. Além disso, a presença de risco psicossocial no contexto do ambiente familiar, de acordo com a classificação de Rutter, mostrou quatro vezes mais chance de as crianças apresentarem também problemas no desenvolvimento da linguagem expressiva na mesma faixa etária.

Com relação ao comportamento da criança, o fato de a mãe não possuir renda própria e o temperamento daquela ser negativo, segundo a percepção do cuidador, aumenta a chance de haver problemas de comportamento na fase de 17 a 44 meses.

A inserção na educação infantil foi influenciada pelos seguintes fatores: a mãe possuir renda própria, a criança não apresentar antecedentes mórbidos em sua história de saúde e o cuidador utilizar estratégias de enfrentamento de problemas por meio da busca de suporte social.

4.5. Seguimento Longitudinal - comparação entre os indicadores de desenvolvimento e comportamento das crianças avaliados em dois momentos (Avaliação *versus* Reavaliação).

Após a avaliação das crianças da amostra deste estudo, cujas idades situavam-se nas faixas de 24 a 30 meses (29 crianças) e de 31 a 44 meses (27 crianças) foi realizada uma segunda etapa de reavaliação. Do total de 56 crianças destas faixas etárias, somente 31 foram seguidas em esquema prospectivo longitudinal e avaliadas em dois momentos, com um intervalo de no mínimo nove meses e no máximo 33 meses, com mediana de 14 meses. Desta forma, as crianças

do grupo de 24 a 30 meses foram reavaliadas em torno dos 35 aos 63 meses e as do grupo de 31 a 44 meses foram vistas dos 46 aos 67 meses.

A Tabela 33 apresenta as características das 31 crianças seguidas longitudinalmente e avaliadas em dois momentos (avaliação e reavaliação).

Tabela 33

Características das crianças - Porcentagem (%), Mediana (Med), Valores mínimo (min) e máximo (max), nos momentos da avaliação e da reavaliação

Características das crianças	Avaliação (n = 31)	Reavaliação (n = 31)
Idade (meses)		
Med (min-max)	36 (24-44)	49 (35-67)
Sexo (% meninos)	61	61
Frequente creche ou escola (%)	42	74

Pode-se notar na Tabela 33 que na reavaliação a idade variou de 35 a 67 meses com mediana de 49 e houve mais crianças frequentando creche ou escola de educação infantil do que na avaliação.

A Tabela 34 apresenta o desempenho no Teste de Denver-II, na avaliação e na reavaliação. Vale ressaltar que na reavaliação o número de crianças foi menor (n = 29), por não ter sido possível avaliar duas crianças que permaneciam em período integral na escola. Os dados individuais das crianças na reavaliação encontram-se nos APÊNDICES MM e NN.

Tabela 34
Desempenho no Teste de Denver-II, na avaliação e na reavaliação – Frequência (f), Porcentagem (%)

Desempenho no Teste de Denver-II	Avaliação (n = 31)	Reavaliação (n = 29)	Valor de p*
	f (%)	f (%)	
Classificação global			0,39
Normal	14 (45)	9 (31)	
Risco	17 (55)	20 (69)	
Áreas			
Linguagem			0,21
Normal	16 (51)	12 (41)	
Cuidado	12 (39)	9 (31)	
Atraso	3 (10)	8 (28)	
Motora Ampla			0,58
Normal	19 (61)	16 (55)	
Cuidado	11 (36)	10 (35)	
Atraso	1 (3)	3 (10)	
Motora Fina			0,08
Normal	19 (61)	12 (41)	
Cuidado	11 (36)	12 (41)	
Atraso	1 (3)	5 (18)	
Pessoal-Social			0,73
Normal	23 (74)	21 (72)	
Cuidado	7 (23)	4 (14)	
Atraso	1 (3)	4 (14)	

* Teste de Mc Nemar ($p \leq 0,05$)

Verifica-se na Tabela 34 que das 31 crianças avaliadas no primeiro momento 55% estavam em risco para problemas do desenvolvimento e após cerca de 14 meses continuaram em condição de risco. Não houve diferença significativa entre os dois momentos, portanto, é indicado que o risco para problemas de desenvolvimento permaneceu inalterado.

Na Tabela 35, encontra-se a comparação do desempenho na linguagem expressiva, avaliado por meio da LAVE, entre a avaliação e reavaliação. O número de crianças no momento da reavaliação foi menor ($n = 30$) do que na avaliação, pois uma mãe estava com problemas de saúde na família e não teve disponibilidade para responder à LAVE. Os dados individuais das crianças na reavaliação, segundo normas de Capovilla, Capovilla (1997), encontram-se nos APÊNDICES MM e NN.

Tabela 35

Comparação entre os desempenhos na área da linguagem avaliados pela LAVE na avaliação e na reavaliação – Porcentagem (%), Mediana (Med) e Valores mínimo (min) e máximo (max)

Indicadores de Linguagem LAVE	Avaliação (n = 31)	Reavaliação (n = 30)	Valor de p*
Pontuação-padrão¹ (Capovilla)			
Med	91,10	105,25	< 0,0001*
min	0	0	
max	110,30	110,00	
Número de palavras¹			
Med	225	282	< 0,0001*
min	0	0	
max	298	302	
Percentil¹ (Rescorla)			
Med	45	72	< 0,0001*
min	0	15	
max	80	90	
Índice clínico² (Capovilla) (%)			
Não risco	87	93	0,50
Risco	13	7	
Índice clínico (Rescorla)² (%)			
Normal	84	93	0,25
Atraso	16	7	

¹ Teste de Wilcoxon; ² Teste de Mc Nemar; *(p ≤ 0,05)

Na Tabela 35, nota-se que houve diferença significativa entre os dois momentos avaliados no que se refere aos indicadores de desempenho da linguagem relativos ao número de palavras e à pontuação na LAVE. Na reavaliação, o desempenho foi significativamente melhor do que na avaliação.

No entanto, não houve diferença significativa entre a avaliação e a reavaliação com relação aos índices clínicos/não clínicos de acordo com as normas de Capovilla e de Rescorla. Esses dados mostram que não houve mudança na classificação das crianças em risco comparando-se os dois momentos.

Na Tabela 36, encontra-se a comparação das médias e desvios-padrão dos indicadores de problemas de comportamento, segundo o CBCL, entre as fases de avaliação e reavaliação.

Tabela 36

Indicadores de problemas de comportamento (escore) segundo CBCL 1½ - 5, na avaliação e na reavaliação – Média e desvio-padrão (dp)

CBCL 1½ - 5	Avaliação (n = 31)	Reavaliação (n = 31)	Valor de p ¹
	Média (dp)	Média (dp)	
Amplios grupos de síndromes			
Total de problemas	57,81 (± 9,84)	56,32 (± 8,68)	0,31
Problemas de internalização	58,26 (± 10,40)	57,39 (± 8,72)	0,51
Problemas de externalização	55,58 (± 10,57)	54,65 (± 9,38)	0,58
Escalas de síndromes			
Reação emocional	58,61 (± 8,44)	58,52 (± 7,76)	0,85
Ansiedade/Depressão	61,58 (± 10,32)	58,42 (± 8,09)	0,05*
Queixas somáticas	57,52 (± 7,17)	57,29 (± 6,45)	0,84
Retraimento	56,32 (± 7,57)	55,87 (± 7,33)	0,55
Problemas de sono	54,32 (± 7,52)	54,61 (± 5,97)	0,46
Problemas de atenção	57,13 (± 7,38)	55,06 (± 5,89)	0,22
Comportamento agressivo	58,10 (± 7,96)	57,10 (± 9,24)	0,38
Escalas segundo DSM IV			
Problemas afetivos	55,58 (± 7,29)	54,74 (± 6,07)	0,33
Problemas de ansiedade	61,13 (± 10,38)	58,97 (± 8,01)	0,26
Problemas desenvolvimentais invasivos	56,71 (± 8,38)	56,77 (± 8,04)	0,50
Problemas de déficit de atenção e hiperatividade	57,32 (± 7,16)	55,71 (± 5,29)	0,27
Problemas oposicionais desafiantes	57,61 (± 7,91)	56,87 (± 7,43)	0,60

N = normal (*T score* < 65); B = *borderline* (*T score* entre 65-70); C = clínico (*T score* > 70)

¹ Teste de Wilcoxon; * (*p* ≤ 0,05)

Verifica-se na Tabela 36 que as médias estão abaixo do *T score* de 65, porém os desvios-padrão são altos e podem ultrapassar o *T score* de 70. Observa-se diferença estatisticamente significativa entre os dois momentos somente na escala de síndrome de Ansiedade/Depressão, o que indica uma melhora importante no comportamento de algumas crianças em relação a este item quando reavaliadas.

A Tabela 37 apresenta a comparação dos indicadores de problemas de comportamento, segundo a classificação no CBCL, entre as fases de avaliação e reavaliação. Os dados individuais das crianças na reavaliação encontram-se nos APÊNDICES OO e PP.

Tabela 37

Comparação dos indicadores de problemas de comportamento, segundo a classificação no CBCL 1½ - 5, normal, *borderline* e clínico, na avaliação e na reavaliação – Porcentagem (%)

CBCL 1½ - 5	Avaliação (n = 31)			Reavaliação (n = 31)			Valor de p*
	N	B	C	N	B	C	
Índice clínico							
Amplios grupos de síndromes (%)							
Total de problemas	55	23	22	71	16	13	0,07
Problemas de internalização	45	26	29	61	16	23	0,39
Problemas de externalização	74	7	19	81	6	13	0,73
Escala de síndromes (%)							
Reação emocional	71	19	10	74	16	10	1,00
Ansiedade/Depressão	58	19	23	77	16	7	0,06
Queixas somáticas	77	16	7	84	16	0	NA
Retraimento	87	3	10	87	7	6	1,00
Problemas de sono	97	0	3	94	0	6	1,00
Problemas de atenção	81	6	13	94	0	6	NA
Comportamento agressivo	77	16	7	87	0	13	NA
Escala segundo DSM IV (%)							
Problemas afetivos	84	6	10	90	7	3	0,62
Problemas de ansiedade	61	13	26	84	0	16	NA
Problemas desenvolvimentais invasivos	77	13	10	84	6	10	0,69
Problemas de déficit de atenção e hiperatividade	87	3	10	97	3	0	NA
Problemas oposicionais desafiantes	80	10	10	84	6	10	1,00

N = normal (*T score* < 65); B = *borderline* (*T score* entre 65-70); C = clínico (*T score* > 70)

NA = não se aplica porque não houve crianças nas três classificações

* (Teste de Mc Nemar; $p \leq 0,05$)

Na Tabela 37, observa-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre a avaliação e a reavaliação no que se refere aos índices clínicos; observa-se apenas uma tendência a haver diferença entre os dois momentos no Total de Problemas ($p = 0,07$) e na Escala de Ansiedade / Depressão ($p = 0,06$). Isso indica que tende a haver uma diminuição das crianças com classificação clínica na reavaliação em comparação à avaliação.

A Tabela 38 apresenta a comparação dos resultados da Escala de Eventos Vitais entre a avaliação e a reavaliação. Os dados individuais na reavaliação encontram-se nos APÊNDICES QQ e RR.

Tabela 38

Eventos vitais adversos em termos de escore e tipos de fonte estressora, na avaliação e na reavaliação – Porcentagem (%), Mediana (Med), Valores mínimo (min) e máximo (max)

Eventos Vitais	Avaliação (n = 31)	Reavaliação (n = 31)	Valor de p*
Número de itens relatados¹			
Mediana	6/26*	6/26	
min	1	2	0,95
max	12	12	
Classificação na EEV² (%)			
Superior à 4ª parte	32	29	
Médio	32	36	1,00
Inferior à 4ª parte	36	35	
Tipos de fonte estressora² (i)			
Finanças	71	71	1,00
Família	68	71	1,00
Dificuldades pessoais	68	74	0,73
Trabalho	65	45	0,18
Mudanças no ambiente	55	48	0,80
Perda de suporte social	55	45	0,45

*O denominador refere-se ao total de itens da escala

¹ Teste de Wilcoxon

² Teste de McNemar

Na Tabela 38, observa-se, com relação ao número de itens relatados, a classificação na escala e a incidência dos tipos de fonte estressora, que não

houve diferença significativa entre os momentos da avaliação e reavaliação. Observa-se que o número de itens relatados, a classificação e os tipos de fonte estressora permaneceram os mesmos, indicando que as famílias continuaram com muitos eventos adversos presentes no último ano e os problemas mais freqüentes continuaram no âmbito das finanças, da família e de dificuldades pessoais.

A Tabela 39 traz os tipos de problemas relatados pelos cuidadores na EMEP, na avaliação e na reavaliação.

Tabela 39
Tipos de problemas atuais relatados pelos cuidadores ao responderem a EMEP, na avaliação e reavaliação – Incidência (i)

Tipos de problemas relatados	Avaliação (n = 31)	Reavaliação (n = 31)	Valor de p*
Financeiro	32	55	0,06*
Familiar	32	48	0,23
Conjugal	29	32	1,00
Pessoal	16	23	0,75
Desemprego	16	7	0,37
Saúde	13	29	0,18
Alcoolismo	7	0	0,50
Gravidez solteira	0	0	NA

*(Teste de Mc Nemar; $p \leq 0,05$)

NA = não se aplica porque não houve incidência deste item

Pode-se verificar na Tabela 39 que houve uma tendência a haver diferença entre os dois momentos com relação ao relato de problema financeiro; tende a haver um aumento de cuidadores que referiram tal tipo de problema na reavaliação em comparação à avaliação.

A Tabela 40 mostra os tipos de estratégias de enfrentamento na EMEP, na avaliação e na reavaliação.

Tabela 40

Tipos de estratégias de enfrentamento na EMEP, na avaliação e na reavaliação – Média e desvio-padrão (dp)

Estratégias de enfrentamento	Avaliação (n = 31)	Reavaliação (n = 31)	Valor de p*
	Média (dp)	Média (dp)	
Focalização no problema	3,96 (± 0,51)	3,86 (± 0,72)	0,87
Focalização na emoção	2,17 (± 0,53)	2,37 (± 0,65)	0,05*
Práticas religiosas/ pensamento fantasioso	3,76 (± 0,68)	3,70 (± 0,67)	0,69
Busca de suporte social	3,01 (± 1,08)	2,93 (± 0,71)	0,64

*(Teste de Wilcoxon; *p ≤ 0,05)

Na Tabela 40 encontra-se diferença estatisticamente significativa entre a estratégia de focalização na emoção relatada nos dois momentos; na reavaliação há um aumento na média da focalização na emoção em comparação com o momento da avaliação.

A Tabela 41 mostra a classificação do índice clínico dos tipos de estratégias de enfrentamento de problemas, na avaliação e reavaliação. Os dados individuais na reavaliação encontram-se nos APÊNDICES SS e TT.

Tabela 41

Classificação dos tipos de estratégias de enfrentamento de problemas, de acordo com índices clínicos (C) e não clínicos (N) na EMEP, na avaliação e na reavaliação – Porcentagem (%)

Classificação do índice clínico dos tipos de estratégias de enfrentamento de problemas	Avaliação (n = 31) (%)		Reavaliação (n = 31) (%)		Valor de p*
	N	C	N	C	
Focalização no problema	97	3	97	3	1,00
Focalização na emoção	97	3	90	10	0,62
Práticas religiosas/ pensamento fantasioso	100	0	94	6	NA
Busca de suporte social	58	42	77	23	0,18

*(Teste de Mc Nemar; p ≤ 0,05)

NA = não se aplica porque não houve a classificação clínica na avaliação

Na Tabela 41, pode-se verificar que não houve diferença significativa quanto às estratégias de enfrentamento de problemas apresentadas nos momentos da avaliação e da reavaliação. Parece, deste modo, não ter havido mudança no modo de enfrentamento de problemas por parte dos cuidadores.

Com base nos objetivos do presente estudo, a discussão será organizada para atender a cinco questões principais, a saber: a) qual o perfil da amostra estudada quanto a características das crianças e indicadores de risco para problemas de desenvolvimento?; b) como se caracteriza o contexto de desenvolvimento das crianças, considerando-se as variáveis proximais e distais do ambiente?; c) quais as variáveis que são melhores preditoras do desenvolvimento e comportamento das crianças na fase dos quatro primeiros anos de vida?; d) o procedimento de vigilância do desenvolvimento para triagem de riscos e recursos foi sensível para detectar as crianças em risco para problemas do desenvolvimento?; e) quais as contribuições dos achados para a atuação de profissionais de saúde atuantes em Programas de Saúde da Família?

Inicialmente, pode-se traçar um perfil de caracterização da amostra de crianças estudadas na faixa etária de seis a 44 meses, cujas famílias estavam cadastradas no Núcleo de Saúde da Família IV da FMRP-USP.

O conjunto de condições pré, peri e neonatais revelou a presença precoce de fatores potenciais de risco no desenvolvimento inicial das crianças. A maioria dos pais não planejou a gravidez (63%) e, além disso, as próprias mães aceitaram menos as crianças ao nascimento do que os pais. Segundo Nobre (2005), a gravidez não planejada pode estar associada a menos investimento dos pais no cuidado e estimulação da criança, com consequências adversas para o desenvolvimento da mesma. A concepção e aceitação do bebê, portanto, esteve ameaçada pelo fato de não haver planejamento da gravidez. O fato de a mãe não aceitar bem a gravidez pode levar a interferências na relação mãe-filho saudável, atrapalhando a formação do apego seguro no início do desenvolvimento da criança,

que permite o estabelecimento de um vínculo caracterizado por segurança e confiança básica.

Embora tenha predominado o não planejamento da gravidez, 67% das mães fizeram o pré-natal desde o início até o final da gravidez e o restante realizou consultas esporádicas sem caracterizar um seguimento pré-natal. Na parcela de 33% da amostra, chama a atenção o fato de que havia 10% das mães que nem sabiam da sua gravidez, 10% que não quiseram realizar o pré-natal e 3% que justificaram não ter feito o pré-natal completo por motivo de trabalho. Provavelmente, a falta de acompanhamento médico especializado durante a gestação pode ter tido reflexos na condição de saúde materna na evolução da gravidez. Cinquenta por cento das mães apresentaram fatores de risco na fase pré-natal, apresentando relatos de até 19 tipos de fatores de risco para a gravidez saudável. Os problemas maternos que apresentaram maior incidência na amostra foram do tipo: infecção urinária, hospitalização, tabagismo e sangramentos.

Portanto, pode-se perceber que na história de concepção e gestação das crianças da amostra estudada há fatores de riscos que se caracterizam como potencial ameaça para o desenvolvimento saudável do bebê, como pode se destacar: falta de planejamento, de aceitação da gravidez, de realização do pré-natal e problemas de saúde materna na gestação. Esses achados são significativamente suficientes para implementar medidas de prevenção na relevante fase pré-natal, a fim de minimizar os efeitos adversos futuros para o desenvolvimento dos bebês.

Considerando a fase perinatal, a mediana do peso ao nascimento das crianças foi de 3.165g, com amplitude de variação do peso mínimo de 1.270g, considerado “muito baixo peso”, ao peso máximo de 4.060g. A estatura mediana foi de 48cm, variando de 38 a 59 cm. Na amostra encontrou-se que 19% das crianças

nasceram prematuras, segundo o relato dos cuidadores. A questão da prematuridade é um fator relevante de risco ao desenvolvimento, que tem sido amplamente estudada. A prematuridade aumenta a chance de morbi-mortalidade e seqüelas no desenvolvimento da criança conseqüentes a esta condição de vulnerabilidade biológica, principalmente se o nascimento prematuro estiver associado ao baixo peso ($< 2.500\text{g}$) ou mais ainda ao muito baixo peso ($< 1.500\text{g}$). Cabe ressaltar que 13% das crianças da amostra estudada nasceram com peso abaixo de 2.500g , podendo incluir crianças que nasceram prematuras ou a termo. De acordo com Gortner, Husen, Thyen, Gembruch, Friedrich, Landmann (2003), a prematuridade e o baixo peso da criança ao nascimento foram considerados por muito tempo como indicadores de morbi-mortalidade neonatal. Porém, com os avanços da Medicina, o treinamento de equipes especializadas, o advento de medicamentos do tipo surfactante e o aparecimento de novas tecnologias de equipamentos adequados para assistência ventilatória aos bebês prematuros, o índice de mortalidade sofreu influências diminuindo progressivamente, como por exemplo, de 89% na década de 60 para 26% em 2002, incluindo os micro-prematuros abaixo de 1.000g (Linhares, 2003). As variáveis biológicas, peso e idade gestacional ao nascimento, quando estão fora do padrão de normalidade, caracterizam-se como fatores de risco para problemas no desenvolvimento da criança. Portanto, são indicadores importantes para avaliação de risco para o desenvolvimento das crianças em vulnerabilidade biológica. A prematuridade aumenta a ocorrência de problemas motores (Halpern et al., 2000), cognitivos (Bradley et al., 1993), de linguagem (Vazquez, 2002; Pedromônico, 2003) e de aprendizagem (Werner, 1986).

Quanto ao parto, 60% foram normais, contudo 35% foram cesáreas e 5% por meio de fórceps. Ocorreu necessidade de atendimento médico especializado para as crianças, logo após o nascimento, em 18% dos casos. Os riscos perinatais estiveram presentes em 48% dos bebês, sendo a própria prematuridade e a icterícia os problemas que apresentaram maior incidência na amostra. Quarenta e um por cento dos participantes da amostra apresentaram antecedentes mórbidos, com maior incidência de internação hospitalar (27%), seguida por doenças infecciosas e otites de repetição. Este achado é preocupante, pois otite de repetição pode ser um fator de risco importante para problemas no desenvolvimento da linguagem (Pedromônico, 2004). Pode-se citar o exemplo de uma criança da amostra que era avaliada freqüentemente por infecção de ouvido, segundo informação da avó e de profissional da Instituição freqüentada. Além disso, ela não produzia nenhuma palavra. Almeida, Dan, Dutra, Pedromônico (2002) verificaram que otites de repetição afetaram significativamente o número de palavras produzidas por crianças aos três anos de idade.

Quanto aos cuidados alimentares, pode-se destacar que a mediana do tempo de duração do aleitamento materno situou-se em um período de seis meses, variando amplamente de mães que não amamentaram até mães que o fizeram até 37 meses de idade do bebê. A percepção da amamentação por parte das mães é interessante, uma vez que houve relatos sobre a importância do ato de amamentar para a saúde física da criança, assim como positivamente as mães se referiam à sua vontade de amamentar. Elas falaram do vínculo que estabeleciam com a criança, mas ao mesmo tempo tinham a percepção da necessidade de parar de amamentar em certo momento para que o filho desenvolvesse a independência, principalmente quando este começasse a freqüentar creche ou escola de educação infantil.

A percepção das mães é corroborada por estudos que comprovam as vantagens nutricionais, imunológicas, psicológicas e econômicas reconhecidas e inquestionáveis do aleitamento materno. No caso específico dos neonatos prematuros, o aleitamento materno é ainda mais fundamental, devido ao fato de os bebês apresentarem maior vulnerabilidade biológica, necessitando usufruir dessas propriedades valiosas do leite da mãe (Nascimento, Issler, 2003). Segundo Halpern et al. (2000), quanto maior a duração do período de amamentação da criança, menor o risco de atraso no desenvolvimento, medido pelo Teste de Denver-II, e melhor seu desempenho no desenvolvimento cognitivo futuro.

Na história de estado nutricional das crianças aos seis meses de idade houve predominância de peso e altura normais em 79% da amostra. No entanto, 14% de peso e altura abaixo da normalidade não é uma porcentagem a ser desprezada, sugerindo que uma parcela importante das crianças pode ter passado por deficiências nutricionais em momentos relevantes do início do desenvolvimento. Quanto aos cuidados básicos de saúde, a maioria das famílias realizou o calendário de vacinação (91%).

Para a maioria das crianças não havia dificuldade de alimentação e o sono era tranquilo. Elas dormiam sozinhas em suas camas em 57% da amostra. Quanto a este aspecto, os pais podem ser orientados sobre a importância de a criança dormir sozinha a fim de favorecer o desenvolvimento de sua independência e autonomia. Porém, observou-se que havia famílias em que a realidade da casa não permitia esta possibilidade, pois não havia cama ou berço disponível para todos os filhos ou nem mesmo outro cômodo na casa.

A maior parte das crianças apresentou desenvolvimento neuropsicomotor normal, segundo a percepção dos cuidadores. Fizeram exceção duas crianças

gêmeas que tinham atraso evidente, sendo que uma produzia duas palavras e outra tinha todas as áreas comprometidas, pessoal-social, linguagem e motricidade ampla e fina. Ambas freqüentavam instituições de atendimento especializado.

Com relação ao desenvolvimento do controle dos esfíncteres, percebeu-se um aumento progressivo de acordo com o aumento da idade das crianças. Pôde ser observado que o controle dos esfíncteres nessa amostra não dependia somente da criança, mas principalmente da forma como as famílias realizavam o treino ao toalete. Observou-se de forma assistemática, durante as visitas domiciliares para coleta de dados, que, de modo geral, os cuidadores não desenvolviam esse treino adequadamente. Eles não tinham a preocupação de ensinar a criança a usar o banheiro ou o “piniquinho”; muitas ficavam sem roupas e faziam suas necessidades no chão do quintal, na porta da vizinha ou onde estivessem.

As crianças permaneciam mais em casa e tinham baixa freqüência à creche ou escola de educação infantil nas faixas etárias de 6 e 7 meses e 11 a 14 meses, principalmente.

Os resultados da avaliação dos indicadores de risco para o desenvolvimento das crianças indicaram haver 33% de risco para problemas de desenvolvimento, avaliado por meio do Teste de Denver-II. Esse achado confirma a percepção da maior parte dos cuidadores de que as crianças tinham desenvolvimento neuropsicomotor normal. Porém, destaca-se que embora a maior parte não apresente risco, cerca de um terço da amostra estava em situação de risco no início do desenvolvimento. Cabe ressaltar que a área de linguagem expressiva e receptiva mostrou estar mais em risco do que as áreas motoras ampla e fina e pessoal-social; as crianças apresentaram 39% de indicadores de cuidado ou atraso de linguagem. Não foi constatada associação entre a freqüência à creche ou escola de educação

infantil e as áreas avaliadas no desenvolvimento das crianças relativas a linguagem, motricidade, pessoal-social e comportamento.

Pode-se acrescentar que o risco para problemas de desenvolvimento esteve associado ao risco psicossocial envolvendo: falta de organização no ambiente, adversidades na família, alcoolismo paterno e baixa escolaridade do pai.

As crianças que apresentaram risco quanto ao desenvolvimento da linguagem, motricidade e pessoal-social mostraram dificuldade na fala e tenderam a apresentar atraso em andar. Crianças que apresentaram risco na linguagem expressiva também apresentaram risco no desenvolvimento global e nas áreas específicas da linguagem e de motricidade fina. Nota-se portanto, uma associação entre risco global no desenvolvimento e risco específico de problemas na linguagem.

Um conjunto de estudos sobre risco no desenvolvimento confirma esses achados. O estudo de Halpern et al. (2000), que utilizou o Teste de Denver-II, obteve índice bem semelhante ao do presente estudo. Os autores encontraram 34% de suspeita de atraso no desenvolvimento de crianças não clínicas na faixa etária de 12 meses de idade cronológica que haviam nascido no hospital de Pelotas e residiam na zona urbana. Em uma faixa de idade mais ampla, o estudo de Gurgel, Pedromônico (2003), que incluiu crianças desde o nascimento aos seis anos de idade, moradoras no Município de São Paulo, encontrou que 14% estavam em risco para problemas de desenvolvimento.

Em um estudo envolvendo intervenção nutricional, Fisberg et al. (1997) encontraram 29% de crianças, na faixa entre dois e seis anos de idade, com desempenho questionável no Denver-II antes de intervenção nutricional. Em estudo incluindo prematuros em seguimento longitudinal de apoio multidisciplinar ao desenvolvimento (Programa de Follow-up), Nobre (2005) encontrou os seguintes

índices de risco para problemas de desenvolvimento, avaliados pelo Teste de Denver-II: 21% na faixa entre 5 e 7 meses, 37% na faixa entre 10 e 14 meses e 35% entre 22 e 26 meses. Especificamente na área de linguagem foi encontrado risco na ordem de 24% na faixa entre 10 e 14 meses e 22% entre 22 a 26 meses.

No presente estudo, os resultados na LAVE revelaram que apenas 7% de crianças apresentaram risco na linguagem expressiva, de acordo com normas elaboradas por Capovilla, Capovilla (1997). Houve diferença estatística significativa entre sexo. O desempenho das meninas foi melhor do que o dos meninos, na faixa etária de 24 a 44 meses, em termos de escore, avaliado pelas normas de Capovilla, Capovilla (1997) e número de palavras produzidas corretamente e percentil, avaliado pelas normas de Rescorla (2000). No estudo de Pedromônico, Affonso, Sañudo (2002), realizado com crianças entre 22 e 36 meses na UBS-Vila Mariana utilizando a LAVE, também se verificou que as meninas produzem mais palavras e mais palavras por frase do que meninos da mesma idade. No presente estudo, as crianças sem risco na linguagem expressiva apresentaram comportamento tranquilo durante o sono, não tinham dificuldade na fala, segundo a percepção do cuidador, não necessitaram de atendimento médico especial ao nascimento e tiveram estado nutricional normal ou acima do normal aos seis meses de idade.

Pode-se destacar que na amostra estudada verificou-se a presença de prematuridade e otites de repetição, o que aumenta a chance de problemas de linguagem.

Cabe ressaltar que o índice de suspeita de risco na linguagem, identificado por meio do Denver-II, foi bem maior do que o encontrado pela LAVE. O Denver-II avalia a linguagem receptiva e expressiva, aquela que a criança compreende e expressa não só por palavras, mas por sons imitando o adulto ou pelo gesto de

apontar quando bebê, enquanto que a LAVE avalia a linguagem expressiva, ou seja, somente expressa por meio de palavras emitidas de forma compreensível. Portanto, esse resultado sugere que os cuidadores desconhecem a importância da estimulação do bebê de seis meses nessa área. Alguns valorizavam a linguagem após os 12 ou 18 meses e o expressar-se por meio de palavras, outros não viam problemas se a criança não produzia nenhuma palavra nessa faixa etária, mas apontava para tudo o que queria.

A faixa etária de 24 a 36 meses é um marco para a definição de atrasos de emissão de palavras pelas crianças, como enfatizado por Pedromônico (2004), sendo de grande importância a identificação do atraso nessa idade e de encaminhamento da criança para diagnóstico por profissional especializado quando necessário. Segundo esta autora, pesquisas nessa área são importantes, uma vez que indicadores precoces de desenvolvimento nas áreas da linguagem estão relacionados ao futuro acadêmico e cognitivo de crianças. Assim, a identificação de sua ausência ou ocorrência nesse período de aquisição permite a intervenção precisa que traga mais benefícios para a criança em função de sua etapa de desenvolvimento. Porém, nessa intervenção deve-se incluir a família, principalmente a mãe, por ser um fator de promoção do desenvolvimento.

Um dos indicadores mais problemáticos para o desenvolvimento identificado na criança estudada relacionou-se ao comportamento. O comportamento das crianças, avaliado por meio do CBCL 1½-5, mostrou que apesar de serem crianças muito jovens, havia a presença na amostra total de classificações *borderline* e clínica em torno de 22% a 50%, em várias escalas. Esses achados sugerem a presença de problemas de comportamento, segundo a percepção dos cuidadores. Quanto ao Total de Problemas, 48% das crianças de 18 a 44 meses foram classificadas como

borderline (19%) ou clínica (29%), tendendo levemente a ter problemas do tipo internalizante (30%). Com relação às escalas de síndromes, observou-se que na Escala de Ansiedade/Depressão, 39% das crianças apresentaram classificação *borderline* ou clínica e na Escala Problemas de Ansiedade, segundo o DSM IV, 32% também apresentaram essa classificação.

No estudo de Feldman, Hancock, Rielly, Minnes, Cairns (2000), em que foram avaliadas crianças de aproximadamente dois anos pelo CBCL, consideradas estar em risco para atraso no desenvolvimento, elas apresentaram 25% de classificação *borderline* ou clínica no Total de Problemas; para Problemas Internalizantes e Externalizantes a classificação foi clínica em 21% e 26%, respectivamente.

No presente estudo, verificou-se que as crianças mais reativas emocionalmente apresentaram mais comportamentos de ansiedade e depressão, mais retraimento, mais problemas de sono e de atenção e eram mais agressivas. Por sua vez, as crianças mais ansiosas, deprimidas ou retraídas também apresentaram mais queixas somáticas. As com mais problemas de sono apresentavam mais problemas de atenção.

Pode-se perceber que as crianças exibiam um padrão de comportamentos alterados com características internalizantes observados pelos cuidadores precocemente no desenvolvimento. Os problemas de internalização chamam atenção nessas crianças tão pequenas, na medida em que o padrão de comportamento esperado nesta faixa de idade orienta-se mais para externalização e exploração do ambiente. Na faixa de 18 a 42 meses, aproximadamente, a criança passa pela fase de autonomia *versus* vergonha, segundo Erikson (1998). Nessa fase, as crianças se tornam surpreendentemente determinadas, aptas a serem independentes, são mais brincalhonas, firmes e auto-suficientes. O crescimento

acontece muito rápido e com muita satisfação, o qual os pais devem compartilhar e torcer pelo sucesso dos filhos, mas existem limites. Quando esses limites são rompidos ou as coisas ficam fora de controle, pode haver uma reversão para a insegurança e uma falta de autoconfiança que acaba em vergonha e dúvida quanto às suas capacidades.

Nesse sentido, pode-se pensar em algumas questões presentes na vida das crianças estudadas, tais como, pai violento com a mãe, pais violentos, vizinhança violenta. Pode-se supor uma ameaça ao desenvolvimento caracterizada pelos problemas de internalização, resultando em prejuízo para a resolução satisfatória do conflito psicossocial de autonomia *versus* vergonha e culpa. Pode ser provável que essas crianças vivenciassem a culpa ou um senso de inadequação ao invés de autonomia, que se traduz na resolução adaptativa da referida fase.

As relações entre os resultados no CBCL 1½ - 5 e as variáveis da criança mostraram que crianças com escores dentro da normalidade apresentaram temperamento positivo, segundo a percepção do cuidador, do tipo bom, tranquilo ou calmo, não tinham dificuldade na fala e apresentavam comportamento tranquilo durante o sono. O temperamento é um traço estável detectável precocemente em fatores constitucionais do indivíduo e expresso por padrões de reatividade, limiar de resposta ou tolerância a adiar gratificações (Strelau, 1994, 1998). Embora com forte contribuição constitucional, o temperamento é sujeito às influências ambientais (Lordelo, 1995; Vasconcelos, Valsiner, 1995). Nesse sentido, a educação pode tornar a criança mais adaptada às relações com o meio ambiente. Cinquenta e dois por cento da amostra foram referidas pelos cuidadores como apresentando um temperamento negativo; os cuidadores referiram-se às crianças como sendo “nervosas”, “bravas” ou “ruins” e mostravam mais dificuldade na educação destas.

Pode-se supor que também os pais pudessem apresentar menos tolerância a comportamentos esperados para a idade ao referirem o temperamento negativo.

No presente estudo verificou-se que as crianças com escore *borderline* ou clínico para problemas de comportamento tinham mães mais jovens. Esse achado vai na mesma direção do resultado encontrado por Rutter, Quinton (1977) e Sommer et al. (2000) de que mães jovens pode ser um fator de risco para o desenvolvimento da criança. Pode-se supor que mães muito jovens tendem a ser menos tolerantes e podem perceber mais problemas no comportamento do filho.

Com relação à segunda questão do estudo “Qual o contexto do desenvolvimento das crianças, considerando-se as variáveis proximais e distais?”, observou-se que os cuidadores apresentaram baixo nível de escolaridade, em torno do ensino fundamental incompleto. De acordo com Andrade et al. (2005) e Sameroff (1986), a escolaridade da mãe pode ter uma influência direta sobre o desenvolvimento global e específico da criança, como um fator de proteção. No presente estudo, houve associação direta entre a escolaridade do pai e o desempenho da criança tanto no Teste de Denver-II quanto na LAVE. Esse resultado também pode influenciar diretamente o desenvolvimento da criança na medida em que o pai com alto nível de escolaridade reúne condições de ter uma ocupação profissional mais qualificada e mais recursos para oferecer-lhe os estímulos necessários para se desenvolver de modo saudável.

As cuidadoras, em sua maioria, não trabalhavam fora do lar (76%) e apenas 8% tinham trabalho semiqualeficado (cozinheira, garçonete) ou de nível intermediário (contadora). Houve predomínio da figura parental masculina como chefe da família. Quanto aos cuidadores, apenas 10% estavam desempregados, 43% tinham um trabalho não-qualificado (pedreiros, lixeiros, serventes) e 42% exerciam atividades

profissionais nos níveis semiquualificado (encanadores, marceneiros) ou intermediário (técnicos, gerentes, administradores). Ao considerar o baixo nível de escolaridade e o nível ocupacional, pode-se perceber que as famílias apresentavam riscos psicossociais potenciais no ambiente da criança, refletido em poucos recursos de escolarização e qualificação dos pais.

Conseqüentemente, a classe sócio-econômica familiar que predominou na amostra foi a classe D, seguida da C e E de acordo com a classificação ABIPME. A renda familiar mediana era de R\$ 500,00 (1,4 salários mínimos vigentes). Verifica-se, desta forma, um risco cumulativo considerando-se a escolaridade, a ocupação profissional e a renda familiar. Nota-se, portanto, que as famílias apresentavam risco psicossocial severo com indicadores de pobreza.

Segundo o modelo ecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1996), as variáveis distais de escolaridade dos pais e renda familiar poderão influenciar as variáveis proximais de inter-relações no ambiente da família nuclear e assim o próprio desenvolvimento da criança. Isto pode ocorrer devido à presença ou não de recursos que poderão atuar direto no desenvolvimento, tais como alimentação, brinquedos e tranquilidade dos pais quanto às necessidades básicas do ser humano.

A amostra mostrou ser heterogênea quanto à localização das casas das famílias que participaram do estudo, pois 68% estavam localizadas na favela e os outros 32% na área ao redor do Núcleo IV da FMRP-USP, que inclui casas de padrões bem distintos, de casas mais simples com pouca organização do ambiente físico a casas com padrão superior nessa organização. A maioria tinha casa própria com condições de saneamento básico, em 100% de água encanada e energia, 72% de rede de esgoto e 58% de asfalto. Para as famílias que moram onde não tem

asfalto e o esgoto corre a céu aberto há o risco de infecções intestinais recorrentes e problemas na pele na região glútea, principalmente nas crianças menores, por ficarem sem fraldas.

Na história reprodutiva das mães, o tempo de relacionamento dos pais, o número de gestações e o número de filhos foram indicadores de risco para algumas famílias. Considerando-se o número de filhos, a mediana foi de dois, com ampla variação de um a oito filhos. De acordo com Sameroff (1986), a presença de mais de quatro irmãos na mesma residência é um fator de risco para a qualidade do ambiente familiar, pois famílias numerosas tendem a oferecer menos estímulos para as crianças. No presente estudo, a densidade habitacional do lar foi de uma pessoa por cômodo, com variação máxima de quatro pessoas por cômodo residindo na casa. Rutter, Quinton (1977) destaca que a densidade habitacional é um fator de risco psicossocial a ser considerado no ambiente familiar. Bordin (2005) encontrou que a densidade habitacional alta estava associada ao pior desempenho cognitivo na fase escolar em crianças vulneráveis nascidas prematuras.

Com relação à vulnerabilidade social das famílias, predominaram famílias com fatores de risco presentes. Pode-se evidenciar que as crianças são cuidadas pelos pais, em sua maioria, mas os avós também estão à frente dos cuidados diários. Este podia ser do tipo cuidado parcial, ficar com a criança enquanto a mãe trabalhava; cuidado integral, quando a guarda da criança era dos próprios avós; ou cuidado financeiro, quando os avós eram os chefes da família. Dessa forma, os avós forneciam o suporte social no dia-a-dia, como cuidadores primários junto com a mãe. Segundo Bronfenbrenner (1996), o suporte social dos cuidadores da família nuclear ou ampliada, é o microssistema com elementos fundamentais para o desenvolvimento da criança pequena, no qual ela vai aprendendo sobre seu papel

na família e suas relações interpessoais, caracterizando um padrão de atividades de forma dinâmica.

As famílias estão formadas predominantemente por uniões estáveis, o que pode ser considerado como um fator potencialmente protetor, que neutraliza o efeito de adversidade no desenvolvimento da criança. No entanto, só será fator protetor se a dinâmica familiar consistir em união e ausência de discórdia, pois caso contrário poderá ter o caráter de fator de risco, de acordo com Garnezy (1985). Embora tenham predominado as uniões estáveis, em 33% das famílias foram referidos problemas conjugais ao responderem a Escala Modos de Enfrentamento de Problemas. Isso denota que cerca de um terço das famílias apresentavam fatores potenciais de risco no ambiente do lar que poderiam afetar o desenvolvimento da criança.

Por outro lado, no ambiente familiar foram observados indicadores importantes de estimulação ambiental, o que levou a 72% das famílias classificarem-se na média ou acima desta no Inventário HOME, que mede a estimulação do contexto ambiental do lar da criança. Esse achado era de certa forma inesperado, considerando-se o risco psicossocial das famílias representado pela baixa escolaridade e renda e condições desfavoráveis de habitação. Porém, parece que no ambiente proximal da criança havia positivamente relações importantes de estimulação e responsividade materna nas interações estabelecidas com ela.

Esses indicadores mostraram associações positivas com o desenvolvimento da criança. Verificou-se que quanto melhor a responsividade do cuidador em relação à ela e a organização do ambiente físico geral da casa, menos risco apresentava no desenvolvimento da linguagem expressiva. Da mesma maneira que a

responsividade materna influencia o comportamento da criança, este influencia o comportamento materno tratando-se, portanto, de interação bidirecional. Assim, no microssistema familiar, proposto por Bronfenbrenner (1996), parece que na amostra do presente estudo havia interações diádicas estabelecidas entre cuidador e criança favorecedoras de aspectos do desenvolvimento desta.

Assim como os comportamentos desempenham um papel importante no tipo e quantidade de estimulação que a criança poderá receber das pessoas, estudos têm se preocupado com o temperamento, comportamento interativo-social e competência desenvolvimental da criança pequena. Segundo Zamberlan (2002), a interação verbal dos pais com as crianças, a posição delas na família, a qualidade e variedade de brinquedos e estímulos disponíveis no ambiente estão correlacionados com o desenvolvimento psicossocial em uma comunidade de famílias e crianças em situação de risco.

Bacharach, Baumeister (1998) mencionam que o impacto que o ambiente do lar causa no comportamento da criança diminui ao longo do tempo, ao passo que fatores sociais, como a entrada na escola, exercem influência cada vez maior. No entanto, vale salientar que na fase de zero a quatro anos se estabelecem as primeiras interações com as díades no seu microssistema familiar que são fundamentais para seu desenvolvimento. Nesta fase, o cérebro se desenvolve rapidamente estabelecendo as conexões neurais e criando um contexto que se amplia em uma rede de relações e causa forte impacto nos três primeiros anos de vida (Bronfenbrenner, 1996; Shore, 1997). As principais aquisições motoras e de linguagem ocorrem de forma bastante acelerada nesta etapa em busca da precisão e do domínio de habilidades.

Porém, se de um lado foram encontrados aspectos positivos na estimulação da criança no lar, de outro os cuidadores mencionaram como fontes de estresse a família, dificuldades pessoais, finanças e trabalho. Sessenta e oito por cento das famílias vivenciaram de cinco a 15 eventos adversos no último ano. Os eventos que apresentaram maior incidência, de acordo com cada fonte estressora, foram: perda do emprego, morte de alguém da família, nascimento e doença na família, mudança do número de pessoas morando na casa e mudanças de hábitos pessoais, dívidas e perdas financeiras. Essa exposição inicial a adversidades crônicas na família, como por exemplo desemprego, perdas financeiras e conflitos familiares, pode levar a problemas no desenvolvimento futuro da criança. No estudo de Ferreira, Marturano (2002) foi verificado que o ambiente familiar do grupo de crianças de sete a onze anos de idade com baixo desempenho escolar e com problemas de comportamento apresentou menos recursos materiais e maior adversidade, como por exemplo problemas nas relações interpessoais. Os pais não ofereciam supervisão, monitoramento e suporte em relação à aprendizagem/escolarização, indícios de menor investimento no desenvolvimento da criança, práticas educativas punitivas e pais agressivos.

Na amostra do presente estudo com crianças na faixa de seis a 44 meses, em que pesem os fatores estressores presentes na família, a estimulação ambiental nas relações cuidador-criança pareceu estar preservada tendo efeito potencialmente positivo para o desenvolvimento delas. Este pode ser apontado como um recurso importante que pode funcionar como mecanismo de proteção para neutralizar o impacto negativo de riscos no desenvolvimento da criança.

Os fatores de estresse mencionados são risco em potencial, que para serem melhor avaliados, devem focalizar as estratégias utilizadas para o seu

enfrentamento. Outro aspecto positivo de recurso na família foi o modo de enfrentamento mencionado pelos cuidadores como estratégias de *coping* para lidar com problemas. Com relação ao enfrentamento de seus problemas atuais, os cuidadores enfatizaram o uso de estratégias adaptativas, portanto, focalizadas no problema, isto é, eles apresentaram esforços ativos cognitivos voltados para a reavaliação e a solução do problema. A estratégia do tipo práticas religiosas/pensamento fantasioso também teve escores altos, mostrando sentimentos de fé e esperança permeados por comportamentos religiosos que possam ajudar no enfrentamento do problema. Por outro lado, a estratégia “focalização na emoção” teve escore mais baixo, revelando um dado positivo, pois segundo Seidl, Tróccoli (2000) e Seidl, Tróccoli, Zannon (2001), escores altos nesta estratégia podem indicar dificuldades emocionais para lidar com o problema em questão.

Destaca-se, no entanto, que de acordo com a classificação do escore clínico dos tipos de estratégias de enfrentamento de problemas, 37% dos cuidadores apresentaram dificuldades na implementação de estratégia de busca de suporte social. Pode-se supor que este dado possa estar relacionado à localização da residência, principalmente na favela, e ao tipo de vizinhança com violência urbana que as famílias têm, além de boa parte ser migrante e não ter familiares morando na cidade. É importante observar o comprometimento dos cuidadores com o desenvolvimento da criança e o estado psicológico deles, por exemplo em relação à busca de suporte social, pois como sugerem Arruda, Zannon (2002), estudos futuros deveriam ser realizados não só com o cuidador, mas também com outras pessoas da família, para esclarecer divergências entre o suporte social real e o percebido pelo cuidador, de modo que estas informações colaborem para o planejamento de

intervenção e esclarecer se a disponibilidade de suporte social interfere na percepção de responsabilidade do cuidador para cumprir as orientações. No presente estudo, este foi um fato observado pela pesquisadora em algumas famílias avaliadas: a dificuldade em se perceber o suporte social disponível.

O ambiente familiar apresentou indicadores de recursos positivos quando se consideraram as variáveis proximais interativas de estimulação das crianças e as estratégias de enfrentamento de problemas. Em conjunto, esses aspectos estão localizados nos cuidadores, predominantemente mães, que reúnem recursos favoráveis para lidar com a criança e situações estressoras.

A análise do contexto de desenvolvimento da criança contribuiu para a compreensão de indicadores processuais da interação criança-ambiente e sua relação com os “*outcomes* desenvolvimentais”. A relação do contexto de desenvolvimento com os indicadores da criança mostrou que crianças que tinham o ambiente físico geral da casa mais organizado apresentaram menos risco para problemas de desenvolvimento. No entanto, crianças sem risco no desenvolvimento tiveram menos oportunidade de estímulos diferentes no dia-a-dia. Pode-se hipotetizar que o mais importante para o desenvolvimento da criança não é a quantidade de estímulo, mas a qualidade dos estímulos oferecidos e mediados pelos cuidadores.

Tal resultado pode sugerir que ela pode desenvolver processos de resiliência complexos. A resiliência é um processo dinâmico no qual não é a ausência do risco, mas o quanto o indivíduo ou a família consegue ativar recursos para neutralizar os efeitos negativos do risco no desenvolvimento. Por meio do Inventário HOME foi possível verificar que as famílias reuniam recursos de estimulação ambiental.

Porém, a quantidade excessiva de estimulação pode ser fonte estressora no período inicial de bebês, em especial em bebês vulneráveis.

Grunau, Weinberg, Whitfield (2004) encontraram dados mostrando que aos oito meses de idade estímulos novos oferecidos para bebês vulneráveis prematuros foram fonte de estresse, verificado por meio do aumento do cortisol salivar basal, em comparação a bebês nascidos a termo. Desse modo, é importante orientar os pais quanto à estimulação dos bebês, pois o excesso de estímulos novos não ajudará no desenvolvimento de novas habilidades e poderá ter um efeito negativo. A mediação social dos estímulos é mais apropriada do que o estímulo apresentado por si só. Assim, a mediação do desenvolvimento, adotada pelo programa da OMS (Figueiras et al., 2005), é importante nesse período inicial da vida da criança no qual há o acelerado desenvolvimento do cérebro permitindo a aquisição de novas habilidades (Shore, 1997). Do mesmo modo, o Programa de Intervenção Mediada para Sensibilização de Cuidadores, desenvolvido por Klein (1996), foi destacado pela OMS em 1995, por focar a estimulação infantil com base na fundamentação teórica da Experiência da Aprendizagem Mediada (EAM). Esse programa tem por objetivo modificar ou melhorar o relacionamento entre a mãe e a criança.

Com relação aos fatores de risco do contexto do lar, verificou-se que as crianças com menos risco no desenvolvimento tinham mais estresse familiar; e a presença de alcoolismo e menor escolarização da figura paterna associou-se com o risco. Este resultado sugere que a presença de fator de risco por si só pode não comprometer o desenvolvimento da criança, mas o tipo de risco pode ser danoso. O estresse familiar pode ser um agente de união entre as pessoas da casa ao passo que o alcoolismo tem a característica de afastamento da figura parental das relações familiares adaptativas.

Leonard, Eiden (2002) investigaram a relação entre o alcoolismo dos pais e o desenvolvimento motor e mental entre 12 e 24 meses. Os achados não revelam diferenças entre crianças de pais alcoólatras e do grupo controle sobre o desenvolvimento motor e mental. No entanto, este resultado diverge do estudo de Puttler, Zucker, Fitzgerald, Bingham (1998), e de observação consistente que crianças mais velhas de pais alcoólatras apresentam freqüentemente baixo desempenho acadêmico e baixa habilidade verbal. Esses resultados podem indicar que a ação deletéria do alcoolismo aparece mais tarde, na idade da escolarização, devido aos limites quebrados na fase da autonomia, podendo tornar a criança insegura ou culpada.

No presente estudo, as crianças de pais com maior nível de escolaridade, foram mais cuidadas pelas mães e eram filhos de pais maiores de 18 anos e com relacionamento superior a seis meses, eram aquelas que apresentaram menos risco na linguagem expressiva. Da mesma forma, crianças sem problemas de comportamento tinham pai e mãe com idades superiores a 18 anos e com tempo de relacionamento superior a seis meses. Verifica-se nesta amostra que a estabilidade da união do casal, o nível de escolaridade e a maturidade dos pais são indicadores relevantes do contexto do desenvolvimento e são fatores potencialmente protetores em situação de risco.

Com relação aos problemas de comportamento, verifica-se que há mecanismos diferentes que podem não ter relação direta com o nível sócio-econômico baixo. No entanto, alguns estudos epidemiológicos confirmam a relação entre baixo nível sócio-econômico e aparecimento de problemas de saúde mental em crianças (Halpern, Figueiras, 2004), uma vez que a probabilidade da existência de múltiplos riscos nessa população é maior, o que torna esses dados

compreensíveis. No estudo de Costello, Compton, Keeler, Angold (2003), foi identificado que ao sair da pobreza as crianças diminuíram significativamente os sintomas de comportamento oposicional e transtorno de conduta, entretanto, não houve modificação em outros sintomas psiquiátricos, tais como ansiedade e depressão.

O mesmo ocorre com os riscos biológicos. Werner (1989) verificou que a maioria dos indivíduos expostos somente a problemas biológicos relacionados ao nascimento não desenvolveu nenhum tipo de dificuldade adaptativa na adolescência e na vida adulta. As complicações perinatais só apresentam risco aumentado se combinadas com situações ambientais adversas.

Portanto, ao se falar dos riscos a que as crianças e suas famílias estão expostas deve-se considerar a questão da resiliência, como o enfrentamento a determinados tipos de estresse e a capacidade de adaptação. A criança pequena não tem essa capacidade de forma absoluta, mas algumas conseguem desenvolver competências para um bom desenvolvimento físico e mental, por meio de atributos pessoais que irão atuar com o apoio da família e da comunidade.

Na amostra estudada, verificou-se forte inter-relação entre fatores ambientais e indicadores de desenvolvimento no grupo de 27 crianças de 31 a 44 meses. Este grupo parece apresentar maior multiplicidade e gravidade de riscos em relação aos demais estudados. Apresentou 63% de risco para problemas de desenvolvimento global e 52% de risco na área da linguagem. Paralelamente, verificou-se que no ambiente familiar havia alto risco psicossocial, sendo que havia 37% de dificuldades crônicas na família, 59% dos pais tinham problemas conjugais e 18% de doenças psiquiátricas dos pais. Estes dados estão acima dos encontrados para a amostra total, sendo que o último dado consiste no dobro em relação à amostra total.

Noventa e três por cento dos pais tinham baixa escolaridade e a densidade habitacional era superlotada em 52% do grupo. A estimulação do ambiente familiar apresentou problemas, sendo que 33% das crianças estavam abaixo da média do padrão de estimulação adequado.

Pode-se observar que essa amostra da comunidade possui múltiplos riscos para o desenvolvimento das crianças, tanto psicossociais quanto delas próprias. Com relação aos riscos psicossociais, verificou-se que a maioria das famílias morava em favela, o nível sócio-econômico e de escolaridade dos cuidadores era baixo, pais jovens, o nível de ocupação dos cuidadores não era qualificado e as famílias enfrentaram muitos eventos adversos no último ano. Quanto aos riscos da própria criança, observaram-se crianças prematuras, com baixo peso, que apresentaram alguns riscos pré e perinatais e antecedentes mórbidos.

Para atender a terceira questão “Quais as variáveis que foram melhores preditoras do desenvolvimento futuro da criança dos seis aos 44 meses?” foi processada a análise de predição e encontrados os fatores de risco para problemas de desenvolvimento, comportamento e inserção da criança na educação infantil. O risco no seu desenvolvimento global nesta fase foi melhor predito pela escolaridade paterna. Esse resultado pode ter a hipótese explicativa de que quanto maior o nível de escolaridade do pai, mais qualificado seu emprego e conseqüentemente esses fatores podem favorecer maior renda e oportunidade de melhores condições de estímulos adequados para a promoção do desenvolvimento da criança.

A linguagem expressiva na fase de 24 e 44 meses foi melhor predita tanto pela história do estado nutricional aos seis meses de idade quanto por variáveis do ambiente familiar indicadoras de risco psicossocial de acordo com o índice de Rutter. O estado nutricional abaixo do normal aos seis meses de idade apresentou 16

vezes mais chance de causar problemas no desenvolvimento da linguagem expressiva das crianças.

Segundo Lucas, Morley, Cole (2006), há influência do aleitamento materno nas funções cognitivas de crianças nascidas pré-termo. Principalmente nas habilidades de linguagem aos sete/oito anos, os escores cognitivos foram altamente preditivos para a fase adulta e a administração de nutrição em condições subótimas durante o período plástico precoce de rápido crescimento do cérebro pode causar prejuízos cerebrais, que poderão ser permanentes com relação às funções cognitivas, sobretudo em meninos. No entanto, sabe-se que o aleitamento materno é importante também para crianças nascidas a termo, devido ao ácido docosahexaenóico e ao ácido aracdônico, que são essenciais para o desenvolvimento normal do cérebro, encontrados no leite materno (Gordon, 1997, Morley, 1998). Parece que o aleitamento favorece o desenvolvimento cerebral que, por sua vez, afeta o desenvolvimento cognitivo da criança.

Segundo Rutter, Quinton (1977), a gravidez quando acontece com menos de seis meses de relacionamento do casal pode ser um fator de risco, que, se somado à idade dos pais menor do que 18 anos, gravidez indesejada, baixo nível educacional dos pais, conflitos conjugais freqüentes, pode constituir-se em alto risco psicossocial para o desenvolvimento da criança. Neste estudo, observou-se que a presença de tais fatores de risco aumentou em quatro vezes a chance de apresentar problemas na linguagem expressiva. Pode-se supor que a presença de vários desses problemas afete a disponibilidade dos cuidadores oferecerem estímulos verbais necessários à criança para que ela desenvolva o seu repertório de vocabulário. Complementando os achados advindos da observação sistemática, foi constatado pela pesquisadora de forma assistemática que algumas mães não

apresentaram esta característica. Ao contrário, falavam com a criança como se fosse um adulto e algumas vezes de forma ríspida. Pareciam estar sem paciência para lidar com a mesma, talvez pelas dificuldades de vida que enfrentavam no seu dia-a-dia.

Os problemas de comportamento, por sua vez, foram preditos pelo temperamento da criança percebido pelos cuidadores e pelo fato de a mãe possuir renda própria. O bom temperamento percebido por parte do cuidador esteve associado a menos problemas de comportamento. Deve-se salientar que o temperamento e o comportamento foram analisados segundo a mesma fonte informante, os cuidadores. De acordo com Achenbach, Ruffle (2000), medidas para *screening* de desenvolvimento comportamental na atenção primária são importantes e as mais efetivas são aquelas que confiam na informação dos pais. Pesquisas mostram que quase todos os pais, frente a questões bem construídas, podem dar informação correta sobre sua criança, independentemente de diferenças no nível sócio-econômico, localização geográfica ou tranquilidade deles.

No estudo de Shaw, Owens, Giovannelli, Winslow (2001), foi verificado que problemas de conduta severos na primeira infância são resultados de déficits no ambiente familiar de cuidado à criança os quais eram consistentes com modelos de apego e aprendizagem social. Como se sabe, o temperamento e o comportamento da criança têm influência direta na forma como o cuidador reage, estabelece e mantém o vínculo com ela. O estudo de Bosa, Piccinini (1994a) indicou que algumas dimensões de temperamento são preditivas dos comportamentos interativos das díades mãe-criança em diferentes episódios. Os resultados do presente estudo confirmam a relação entre temperamento e comportamentos de apego.

Em outro estudo de Bosa, Piccinini (1994b), os achados indicaram que o temperamento infantil não foi preditivo para o padrão de apego mãe-criança, seja seguro ou inseguro, mas afetava o modo pelo qual tais padrões eram expressos (comportamentos de apego). Pode-se supor que, no presente estudo, as crianças com problemas de internalização provavelmente tenham desenvolvido um padrão de apego inseguro, ou seja, predominava um sentimento de desconfiança e elas se mostravam confusas, exploravam pouco seu ambiente. Tais comportamentos e sentimentos podem vir a interferir no processo de aprendizagem delas.

O fato de a mãe possuir renda pode ter uma relação indireta com o comportamento da criança. A renda significa que a mãe trabalhava, o que abre um conjunto de fatores potencialmente positivos relacionado tanto a fatores econômicos quanto a fatores pessoais de auto-estima.

Outra variável preditora de comportamento é a mãe possuir renda, o que diminui a chance da criança vir a apresentar problemas de comportamento. Segundo Sapienza, Pedromônico (2005) a baixa renda e a estrutura familiar podem gerar problemas de comportamento na criança e no adolescente. Assim como Conger, Ge, Elder, Lorenz, Simons (1994) estudaram a condição de pobreza e de família coercitiva como fatores de risco para problemas de comportamento em adolescentes e verificaram que tais fatores agem como estímulos aversivos e afetam o comportamento e a qualidade das relações familiares, aumentando o risco para o surgimento de problemas de comportamento.

A inserção na educação infantil foi predita por três variáveis: a renda própria da mãe, a busca de suporte social para enfrentamento de problemas e antecedentes mórbidos. Novamente a renda materna contribui para conquistas no desenvolvimento da criança. O fato de a mãe possuir renda aumentava três vezes

mais a chance de o filho estar inserido na educação infantil. Esse resultado pode indicar que mães que trabalhavam acreditavam que a socialização da criança com seus pares era importante. Essa suposição pode ser reforçada pela observação de que muitas das mães que eram do lar não achavam que este intercâmbio fosse fundamental para o desenvolvimento de seus filhos. Pode se pensar também que mães que têm renda são mães que trabalham e com isto a matrícula da criança na creche é priorizada em relação a mães que não trabalham, facilitando assim a sua inserção.

A estratégia de busca de suporte social para enfrentamento de eventos estressores por parte dos cuidadores aumentou em 2,6 vezes a chance de inserção da criança na escolarização. Provavelmente o cuidador tem uma visão mais abrangente sobre a importância da sua participação em grupos sociais e a socialização de seu filho com seus pares. Identifica o meio social e a possibilidade de enfrentar problemas.

Com relação aos antecedentes mórbidos, crianças que não apresentaram doenças tiveram 2,8 vezes mais chances de estarem inseridas na educação infantil. Tal resultado pode estar relacionado ao fato de o cuidador sentir-se mais seguro em deixar seu filho na creche ou escola de educação infantil pela condição saudável que a criança apresenta. Além disso, a criança exposta a mais doenças pode representar mais faltas e abandono da creche.

A quarta questão focaliza “O procedimento de triagem para detecção do risco para problemas de desenvolvimento e comportamento foi sensível para identificação de riscos e recursos das crianças?” No conjunto, pode-se responder afirmativamente a esta questão, ao analisar os resultados da reavaliação de 31 crianças dos grupos de 24 a 30 e 31 a 44 meses, em esquema longitudinal após um ano da avaliação.

Em suma, a inserção na educação infantil parece ser favorecida por fatores relacionados à história de saúde da criança, condições sócio-econômicas familiares e modos dos cuidadores enfrentarem problemas com uma perspectiva de socialização.

Ao compararem-se os resultados da avaliação e da reavaliação, com relação ao Teste de Denver-II aplicado, verificou-se na amostra de 31 crianças, na avaliação, um alto índice de risco para o desenvolvimento global (55%) e na reavaliação este índice subiu para 69%, o que mostra que o teste detectou o risco em mais de metade da amostra logo na primeira avaliação. O resultado indica que o risco permanece inalterado, pois não houve diferença estatisticamente significativa. Nota-se que as crianças que estavam em risco permaneceram na mesma condição após um ano. Este aspecto mostra sinais de cronicidade dos riscos, o que pode levar a um processo cumulativo de riscos e de severidade dos mesmos ao longo da trajetória de desenvolvimento da criança.

A avaliação por meio do Teste de Denver-II recebe críticas por parte de alguns autores como Borowitz, Glascoe (1986) e Sciarrolo, Brown, Robinson, Bennett, Sells (1986), como sendo um teste de baixa sensibilidade para populações de crianças não referidas. Por outro lado, há estudos como de Bruck et al. (2001) que usaram o Denver-II, Teste de Adaptação Clínica (CAT) e Escala Lingüística e Desenvolvimento Auditivo (CLAMS) para detectar anormalidades neurológicas em crianças infectadas com o vírus HIV, crianças sororevertidas e crianças de um grupo controle. Neste estudo, o Denver-II alcançou uma boa correlação com o CAT e CLAMS, porém acreditam que nesse caso o resultado foi mais exato porque a avaliação foi realizada pelo mesmo Neurologista Pediátrico. Seus resultados mostraram que crianças com risco no Denver-II provavelmente terão desempenho

pobre na escola. O Denver-II foi sensível para demonstrar que alguns graus de encefalopatia ocorrem em crianças infectadas com o vírus HIV com meses de idade.

Halpern et al. (1996) e Halpern et al. (2000) escolheram o Denver-II para seus estudos por ser o mais utilizado por profissionais da área da saúde para triagem em populações assintomáticas, por permitir rápido treinamento e pela administração ser rápida, em torno de 20 minutos. Como descrito na primeira questão deste item, os resultados do Denver-II nesse estudo de Pelotas (RS) mostraram a importância de se usar um teste de *screening* nos primeiros anos de vida. Porém deve-se ter o cuidado ao interpretar os resultados, pois eles são um alerta para suspeita de risco e, portanto, deve-se aprofundar a observação dessas crianças com avaliação diagnóstica propriamente dita.

A Lista de Avaliação do Vocabulário Expressivo (LAVE), por sua vez, mostrou ser um instrumento sensível para avaliar crianças de 24 a 67 meses e identificar aquelas que podem estar em risco ou com atraso já instalado. A análise estatística para amostras pareadas mostrou haver diferença significativa com relação à pontuação-padrão de Capovilla, Capovilla (1997), número de palavras e percentil de Achenbach, Rescorla (2000), indicando desempenho melhor na reavaliação do que na avaliação. Porém, quanto ao índice clínico não houve mudança na classificação das crianças em risco, ou seja, a melhora não foi suficiente para sair do grupo de risco. Esses achados corroboram os de Vazquez (2000), que utilizou a LAVE para avaliar o vocabulário de crianças nascidas prematuras e a termo e Pedromônico (2004), que avaliou crianças não clínicas, ambas na mesma faixa etária deste estudo.

Considerando o CBCL 1½ - 5, observa-se também a sensibilidade do instrumento para identificar problemas de comportamento. Os resultados em todas

as escalas em termos de escores permaneceram os mesmos sem diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos; fez exceção a Escala de Síndrome de Ansiedade/Depressão. Houve melhora significativa dos escores de comportamento das crianças na reavaliação em relação à avaliação.

Com relação à classificação clínica no CBCL 1½ - 5, houve menos crianças com tal classificação na síndrome Total de Problemas e na Escala de Ansiedade/Depressão, indicando que elas apresentaram menos comportamentos no Total de Problemas e menos ansiedade e depressão.

Os dois instrumentos que avaliaram o contexto familiar também foram sensíveis em identificar os fatores de risco da amostra estudada. Na Escala de Eventos Vitais, não houve mudança no resultado entre os dois momentos da avaliação, ou seja, as famílias continuaram vivenciando muitos eventos adversos e apresentavam os problemas mais freqüentes no aspecto financeiro, da família e de dificuldades pessoais. Na EMEP, houve uma tendência a um aumento de cuidadores que se referiram ao problema financeiro na reavaliação. Quanto à classificação clínica/não clínica, não houve mudança no modo de enfrentamento de problemas pelos cuidadores. Porém, com relação à estratégia de focalização na emoção houve um aumento na média apresentada pelos cuidadores na reavaliação, o que indica mais dificuldade no enfrentamento para resolução dos problemas. Estes resultados mostram a cronicidade de fatores de risco psicossocial no contexto familiar das crianças avaliadas no presente estudo. Além disso, sugere que se não houver um fortalecimento das estratégias mais adaptativas para lidar com problemas, pode haver uma deterioração desses recursos.

A quinta e última questão a ser analisada consiste em “Como os achados do presente estudo podem ajudar os profissionais de saúde atuar na vigilância do

desenvolvimento em Programas de Saúde da Família?” Segundo Duncan et al. (1996), intervenções preventivas são aquelas feitas com base no indivíduo, chamadas de estratégias clínicas ou intervenções em comunidades ou populações, que são denominadas estratégias comunitárias. Estas ações não necessariamente ocorrerão em determinado momento da doença, podendo ocorrer em momentos diferentes na história desta, caracterizando-a como prevenção primordial, primária, secundária e terciária.

A prevenção primordial tem como objetivo evitar que fatores de risco se instalem. A prevenção primária objetiva evitar a instalação da doença, de um modo geral, pela eliminação de um fator de risco. A prevenção secundária visa detectar e manejar precocemente a doença e a prevenção terciária visa à reabilitação e prevenção de complicações no indivíduo já doente (Duncan et al., 1996). Transpondo esses conceitos relacionados à saúde física para desenvolvimento e saúde mental da criança, o presente estudo teve por objetivo contribuir para que os profissionais da saúde possam subsidiar o trabalho de prevenção primordial e primária.

Para os profissionais atuantes na atenção primária, é difícil a tarefa de identificar precocemente problemas do desenvolvimento. Primeiramente, isso pode se dever ao fato de que estes são mais treinados a observar apenas aspectos da saúde do indivíduo. Em segundo lugar, isso pode ocorrer devido ao fato de o desenvolvimento da criança nos três primeiros anos de vida apresentar grande oscilação na aquisição e domínio de habilidades. É necessário avaliar a criança periodicamente, principalmente nos primeiros anos de vida, quando o desenvolvimento é mais dinâmico e o impacto dos atrasos é mais significativo no ciclo vital.

A Organização Mundial da Saúde estima que 10% da população de qualquer país é constituída por pessoas com algum tipo de deficiência e na população brasileira somente 2% recebem algum tratamento (Figueiras, Puccini, Silva, Pedromônico, 2003). O que se verifica é que as crianças mesmo com deficiências moderadas e graves são encaminhadas tardiamente. Figueiras et al. (2003) identificaram as causas do encaminhamento tardio dessas crianças para tratamento especializado. Ao avaliar os conhecimentos relacionados à vigilância do desenvolvimento da criança, por meio de teste objetivo, de profissionais da atenção primária, verificaram que médicos das Unidades Municipais de Saúde (UMS) tiveram 64% de acerto, médicos do Programa da Família Saudável (PFS), 57%, enfermeiros do PFS apresentaram 62% e enfermeiros das UMSs, 54% de acertos. Na avaliação das práticas, apenas 22% das mães disseram que foram indagadas sobre o desenvolvimento do filho, 28% que o profissional perguntou ou observou o desenvolvimento da criança e 14% que receberam orientação sobre como estimulá-la. Estes dados indicam a necessidade de sensibilização e capacitação dos profissionais que trabalham com a atenção primária à saúde para noções sobre desenvolvimento infantil, pois tal conhecimento é de fundamental importância, para que se cumpra o objetivo de atuação no PSF.

Deve-se considerar que, além da importância do diagnóstico para melhoria da qualidade de vida das crianças, há o aspecto da economia para o Estado, pois o investimento em prevenção acaba sendo menor do que o empregado no tratamento de determinados problemas de saúde da população.

Apesar das dificuldades de se implementar intervenções preventivas na população brasileira, há inúmeras alternativas de promoção de programas de baixo custo e de abordagem comunitária, como salientado por Halpern et al. (2000), que

envolvem crianças com riscos de atraso, como por exemplo, visita domiciliar (ocasião em que a mãe pode ser orientada a estimular o filho), treinamento de cuidadores de crianças em creches e escolas de educação infantil, professores de escolas de ensino fundamental e o envolvimento da mídia.

Pode-se destacar a importância da implementação de protocolos mínimos que possam ser disponibilizados e seguidos nos serviços de atenção primária e PSF, de modo a operacionalizar a vigilância do desenvolvimento com ênfase no atendimento a crianças menores de dois anos, com o objetivo de detectar o mais antecipadamente possível qualquer problema (Figueiras et al., 2003).

Nesse sentido, o presente estudo traz como contribuição um procedimento de Vigilância do Desenvolvimento de modo a viabilizar tal objetivo. Todos os instrumentos utilizados no estudo foram de grande valor para a caracterização da amostra e identificação de fatores de risco e proteção importantes para o desenvolvimento das crianças.

Tendo em vista a necessidade de um protocolo mínimo a ser utilizado por diferentes profissionais do PSF, pode-se sugerir a aplicação do Teste de Denver-II, nas consultas de puericultura, preferencialmente mensalmente. Além da importância deste instrumento, citada por vários autores (Bruck et al., 2001; Halpern et al., 1996; Halpern et al., 2000; Nobre, 2005), contribui para sua indicação o fato de ser um material de baixo custo e de rápida aplicação para detecção de risco para o desenvolvimento global.

Como a área da linguagem revelou ser um foco de problemas, a Lista de Avaliação do Vocabulário Expressivo (LAVE) pode ser um instrumento importante, a fim de se obter uma avaliação mais específica da linguagem. O Denver-II pode fazer

um rastreamento de linguagem receptiva e expressiva, enquanto a LAVE serve para um aprofundamento desta última avaliando o repertório do vocabulário da criança.

O CBCL 1½ - 5, que avalia o comportamento das crianças precocemente, também é muito importante. Porém, só pode ser indicado para o uso no PSF quando houver um psicólogo na equipe, o que pode limitar seu uso. Requer um profissional especializado e consiste em um inventário extenso (100 questões). No entanto, seria interessante destacar algumas questões para que a equipe possa observar ou mesmo perguntar aos cuidadores e acompanhar o desenvolvimento do comportamento das crianças. Observou-se durante as avaliações que muitas das questões surpreenderam as mães e as levaram a responder que naquela idade a criança não apresentava tal comportamento. Isso mostra uma falta de informação e conseqüente atenção para aquilo que a criança possa estar apresentando, principalmente com relação a comportamentos de internalização, de retraimento tais como: ter medo de tentar coisas novas; evitar olhar as pessoas nos olhos; não responder quando pessoas falam com ela; parecer não responder a demonstrações de afeto; mostrar pouca afeição pelas pessoas; mostrar pouco interesse em coisas ao seu redor; ser retraída; não se envolver com outros.

Os instrumentos que fornecem uma caracterização de como é o contexto da casa e da dinâmica familiar também são importantes para ser incluídos na visita domiciliar, porém o Inventário HOME necessita ser aplicado na casa da família e o observador precisa ficar por pelo menos uma hora avaliando a rotina da criança. A Escala de Eventos Vitais é de aplicação muito rápida e permite retratar os principais fatores potenciais de risco. O índice de Risco Psicossocial de Rutter parece ser essencial se considerarmos os resultados sobre os dados da análise de predição. A Escala Modos de Enfrentamento de Problemas mostrou ser um instrumento

riquíssimo, uma vez que oferece o perfil de como o cuidador age frente aos problemas, quais as estratégias que usa para enfrentar as dificuldades presentes no dia-a-dia. A sugestão seria de que esta Escala fosse aplicada e se trabalhasse com grupos de orientação aos cuidadores, sob orientação de um psicólogo, que apresentassem índice clínico em alguma estratégia. Por exemplo, não buscar suporte social ou focalizar na emoção são estratégias de enfrentamento que dificultarão a resolução do problema vivido.

O presente estudo caracterizou o perfil de uma amostra não clínica de crianças cadastradas em um Programa de Saúde da Família, no qual verificou-se a presença de alguns riscos pré e perinatais e antecedentes mórbidos, incluindo mães que não realizaram o pré-natal, rejeição à gravidez, prematuridade, icterícia, baixo peso ao nascimento e otites de repetição. No aspecto psicossocial, observou-se que as famílias possuíam baixo nível de escolaridade e nível sócio-econômico e o nível ocupacional dos pais não era qualificado. A maioria das famílias morava na favela e enfrentou muitos eventos adversos no último ano. Esses achados em conjunto caracterizavam a presença de múltiplos fatores de risco que aumentam a chance de afetar o desenvolvimento das crianças. A avaliação direta da criança e o levantamento da sua história de vida, por sua vez, foram instrumentos fundamentais para a compreensão do seu perfil e das suas famílias. Com base nos resultados sobre os riscos identificados, recomenda-se a implementação de um Programa de Vigilância do Desenvolvimento, de avaliação continuada das crianças e do seu contexto de desenvolvimento, acompanhada de orientações para prevenção de problemas.

Por outro lado, as famílias apresentaram recursos importantes que influenciam positivamente o desenvolvimento das crianças. Apesar das adversidades sócio-econômicas experimentadas, as famílias ofereciam estimulação apropriada, segundo a classificação do Inventário HOME, e apresentavam estratégias de enfrentamento de problemas consideradas positivas pela EMEP, como por exemplo, focalizar o problema e não agir apenas pela emoção. Deve-se adicionar paralelamente à avaliação de riscos, a promoção do desenvolvimento ativando os recursos da criança e da família identificados no ambiente.

Nesse sentido, o presente estudo pode contribuir para o planejamento de intervenções mais adequadas às necessidades das famílias estudadas. Além disso, os achados podem ser generalizados para populações com perfis semelhantes ao da amostra estudada, que podem ser identificadas em outros Programas de Saúde da Família. O presente estudo permite a obtenção de dados sistematizados que melhor esclarecem e aprofundam os dados obtidos de forma assistemática nas visitas domiciliares de rotina do PSF. Nesse sentido, a utilização do Inventário HOME foi de fundamental importância para a compreensão da realidade das famílias estudadas nos aspectos diversos, desde as condições de estrutura da habitação até a dinâmica das interações familiares. Esses dados de grande valor muitas vezes no ambulatório ou nos postos de saúde não são possíveis de serem apreendidos.

Algumas limitações podem ser apontadas no presente estudo. Primeiramente, na fase de avaliação das crianças e famílias houve algumas interferências com relação à composição da amostra. Do conjunto de famílias em potencial, algumas não aderiram ao estudo e, além disso, houve dificuldade de a pesquisadora ter acesso a algumas famílias da favela por motivo de segurança. Em segundo lugar, a perda amostral de 45% na segunda etapa do estudo na reavaliação das crianças da faixa etária de 24 a 44 meses; na reavaliação contamos com 31 das 56 crianças. Esse fato pode gerar viés na amostra estudada.

Em terceiro lugar, os achados sobre problemas de comportamento da criança devem ser vistos com cautela, pois a escala CBCL 1½ - 5 não conta com padronização brasileira. O presente estudo será a base para novos estudos brasileiros utilizando o CBCL nesta faixa etária de vida da criança. Embora o Denver-II e o HOME não tenham padronização brasileira, estes instrumentos têm vários estudos brasileiros que permitem dados para comparação.

Em quarto lugar, a fim de atender a um amplo espectro de variáveis sobre a criança e a família, a maioria dos fatores de risco analisados representava mais indicadores isoladamente do que propriamente um conjunto de variáveis da interação entre a criança e o ambiente social circundante. Para este tipo de análise seria necessária uma limitação do número de variáveis estudadas.

Estudos futuros sobre vigilância do desenvolvimento poderão ampliar esta visão ao avançar na análise da dinâmica familiar (microsistema) e das relações dos contextos ambientais (mesossistema) das crianças. Além disso, como desdobramento espera-se que novos estudos sobre intervenção preventiva possam ser desenvolvidos no sentido de amenizar os possíveis riscos para problemas de desenvolvimento e melhorar o atendimento das famílias. Estes devem analisar o efeito de orientações sobre como preservar os recursos que possuem para atuar como mecanismos protetores para o desenvolvimento de crianças pequenas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach TM Developmental psychopathology. In Bronstein MH, Lamb ME. editors. *Developmental Psychology: an advanced textbook*. Hillsdale; New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1992.⁶
- Achenbach TM, Ruffle TM. The child behavior checklist and related forms for assessing behavioral/emotional problems and competencies. *Pediatr Rev* 2000; 21 (1): 265-271.
- Achenbach TM, Rescorla L. *Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles*. University of Vermont. Research Center for Children, Youth, & families. Burlington. VT.; 2000.
- Albee G. Preventing psychopathology and promoting human potential. *Am Psychologist* 1982; 37: 1043-1050.
- Albee G. Primary prevention: luxury or necessity. A paper delivered at the University of Oklahoma Health Sciences Center Colloquium Series on Preventing Mental Disorders. Oklahoma City, OK; 1984.
- Almeida LMS, Dan IB, Dutra MDS, Pedromônico MRM. Atraso de linguagem expressiva em crianças com otites de repetição. *Folha Médica (São Paulo)* 2002; 1 (121): 37-37.
- American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de distúrbios mentais, DMS-IV-TR*. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.
- Andrade SA, Santos DN, Bastos AC, Pedromônico MRM, Almeida-Filho N, Barreto ML. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Rev Saúde Públ. (São Paulo)* 2005; 39 (4): 606-611.
- Arruda PM, Zannon CMLC. Adesão ao tratamento pediátrico da doença crônica: evidenciando o desafio enfrentado pelo cuidador. Modos de enfrentamento de problemas. In: Zannon CMLC. *Tecnologia comportamental em saúde*. organizadora. Santo André, SP: ESEtec Editores Associados; 2002. p. 93-101.
- Bacharach VR, Baumeister AA. Direct and indirect effects of maternal intelligence, maternal age, income, and home environment on intelligence of preterm, low-birth-weight children. *J Appl Dev Psychol* 1998; 19 (3): 361-375.

---

⁶ Norma utilizada: International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver Style) – Grupo de Vancouver.

- Backett EM, Davies AM, Barvazin AP. O enfoque de risco na assistência à saúde. Washington, D.C. Organização Panamericana da Saúde; 1985. (Publicação Científica nº 491).
- Bordin MBM. Desenvolvimento psicológico na fase escolar de crianças ex-prematuras, diferenciadas quanto ao risco clínico neonatal [doutorado]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005.
- Bordin IAS, Mari JJ, Caeiro MF. Validação da versão brasileira do "Child Behavior Checklist" (CBCL) (Inventário de Comportamentos da Infância e Adolescência): dados preliminares. *Revista ABP-APAL* 1995; 17 (2): 55-66.
- Borowitz KC, Glascoe FP. Sensitivity of the Denver Developmental Screening Test in speech and language screening. *Pediatrics* 1986; 78 (6): 1075-1078.
- Bosa CA, Piccinini CA. Temperamento e apego: a questão da ortogonalidade em foco. *Arq. Bras. Psicol.* 1994a; 46 (3/4): 95-118.
- Bosa CA, Piccinini CA. Temperamento infantil e apego mãe-criança: considerações teóricas. *Psic: Teor. Pesq.* 1994b; 10 (2): 193-212.
- Bradley RH, Caldwell BM. Early home environment and changes in Mental Test Performance in children from 6 to 36 months. *Dev Psychol* 1976; 12 (2): 93-97.
- Bradley RH, Casey PH. Family environment and behavioral development of low-birthweight children. *Dev Med Child Neurol* 1992; 34 (9): 822-832.
- Bradley RH, Whiteside L, Mundfrom DJ, Casey PH, Kelleher KJ, Pope SK. Early indications of resilience and their relation to experiences in the home environment of low birthweight, premature children living in poverty. *Child Dev* 1994; 65: 346-360.
- Bradley RH, Mundfrom DJ, Whiteside L, Casey PH, Barrett K. A factor analytic study of the infant-toddler and early childhood versions of the HOME Inventory administered to white, black, and hispanic american parents of children born preterm. *Child Dev* 1994; 65: 880-888.
- Bradley RH, Whiteside L, Mundfrom DJ, Blevins-Knabe B, Casey PH, Caldwell BM, Kelleher KH, Pope S, Barrett K. Home environment and adaptive social behavior

among premature, low birth weight children: alternative models of environmental action. *J Pediatr Psychol* 1995; 20 (3): 347-362.

Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS 11/96). Brasília: Autor; 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. A implantação da unidade de saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Irwin JR, Wachtel K, Cicchetti DV. The brief infant-toddler social and emotional assessment: screening for social-emotional problems and delays in competence. *J Pediatr Psychol* 2004; 29 (2): 143-155.

Bronfenbrenner U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Trad. MAV Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1996. Original publicado em 1979.

Bruck I, Tahan TT, Cruz CR, Martins LTF, Antoniuk SA, Rodrigues M, Souza SM, Bruyn LR. Developmental milestones of vertically HIV infected and seroreverters children: follow up of 83 children. *Arq Neuropsiquiatr (São Paulo)* 2001; 59 (3-B): 691-695.

Brunacci JM, Carneiro RMM. Indicadores de saúde para a infância e adolescência. In: Costa MCO, Souza RP, organizadores. Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente: manual elaborado para uso multiprofissional e multidisciplinar. Porto Alegre: Artmed; 1998. p. 15-33.

Caldwell BM, Bradley RH. Administration Manual HOME Observation for Measurement of the Environment: revised edition. University of Arkansas at Little Rock. Little Rock, Arkansas; 1984.

Capovilla FC, Capovilla AGS. Desenvolvimento lingüístico na criança dos dois aos seis anos: tradução e standardização do Peabody Picture Vocabulary Test de Dunn & Dunn, e da Language Development Survey de Rescorla. *Cienc. cogn. (Brasília)* 1997; 1 (1): 353-380.

Carvalho AEV, Linhares MBM, Martinez FE. História de desenvolvimento e comportamento de crianças nascidas pré-termo e baixo peso (< 1.500g). *Psicol. Refl. Crít. (Porto Alegre)* 2001; 14 (1): 1-33.

Chacra FC. Uma clínica ampliada para atender famílias. Manuscrito não publicado.

Cicchetti D, Garmezy N. Prospects and promises in the study of resilience. *Dev Psychopathol* 1993; 5: 497-502.

Conger RD, Ge X, Elder GH, Lorenz FO, Simons RL. Economic stress, coercive family process, and developmental problems of adolescents. *Child Dev* 1994; 65: 541-561.

Costa MM Neto. organizador. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2000a.

Costa MM Neto. organizador. Treinamento introdutório. Brasília: Ministério da Saúde; Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica; 2000b.

Costello EJ, Compton NS, Keeler G, Angold A. Relationships between poverty and psychopathology. *JAMA* 2003; 290 (15): 2023-2029.

Dessen MA, Costa ALC Jr. A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras. Porto Alegre: Artmed; 2005.

Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ. et al. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1996.

Erikson E. O ciclo de vida completo. Trad. MAV Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

Feldman MA, Hancock CL, Rielly N, Minnes P, Cairns C. Behavior problems in young children with or at risk for developmental delay. *J Child Fam Stud* 2000; 9 (2): 247-261.

Ferreira MCT, Marturano EM. Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicol. Refl. Crít.* (Porto Alegre) 2002; 15 (1): 35-44.

Figueiras ACM, Pedromônico MRM, Sales L, Figueiras S. Manual para vigilância do desenvolvimento da criança de 0 a 2 anos de idade na atenção primária à saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Belém – Núcleo de Capacitação em AIDPI-PA.

Unidade de Referência Especializada Materno-Infantil-Adolescente, Programa de Estimulação Precoce. Belém; 2000.

Figueiras ACM, Puccini RF, Silva EMK, Pedromônico MRM. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. Cad. Saúde Públ. (Rio de Janeiro) 2003; 19 (6): 1691-1699.

Figueiras ACM, Souza ICN, Rios VG, Benguigui Y. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI: Módulo II. Washington, D.C.: OPAS, 2005.

Fisberg M, Pedromônico MRM, Braga JAP, Ferreira AMA, Pini C, Campos SCC, et al. Comparação do desempenho de pré-escolares, mediante teste de desenvolvimento de Denver, antes e após intervenção nutricional. Rev. Assoc. Méd. Bras. (São Paulo) 1997; 43 (2): 99-104.

Flach F. Resiliência: a arte de ser flexível. Trad. W. Dupont. São Paulo: Saraiva; 1991.

Franco ALS, Bastos ACS. 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. Psicol. estud. (Maringá) 2002; 7 (2):65-72.

Frankenburg KW, Dodds J, Archer P, Bresnick B, et al. Denver-II: Technical Manual and Training Manual. Denver: Denver Developmental Materials Inc.;1990.

Garmezy N. Stress resistant children: the search for protective factors. In Stevenson J. Recent research in developmental psychopathology. Oxford: Pergamon Press; 1985.

Glascoe FP, Sandler H. Value of parent's estimates of children's developmental ages. J Pediatr 1995; 127 (5): 831-835.

Gordon N. Nutrition and cognitive function. Brain Dev 1997; 19: 165-170

Gorman KS, Lourie AE, Choudhury N. Differential patterns of development: the interaction of birth weight, temperament, and maternal behavior. J Dev Behav Pediatr 2001; 22 (6):366-375.

- Gortner L, Husen VM, Thyen U, Gembruch U, Friedrich HJA, Landmann E. Outcome in preterm small for gestational age infants compared to appropriate for gestational age preterms at the age of 2 years: a prospective study. *European J Obstetr Gynecol Reproduct Biol* 2003; 110: 93- 97.
- Grunau RE, Weinberg J, Whitfield MF. Neonatal procedural pain and preterm infant cortisol response to novelty at 8 months. *Pediatrics* 2004; 114 (1): e77-e84.
- Gurgel S, Pedromônico MRM. Indicadores de risco e protetores para o desenvolvimento humano: uma medida preventiva. In: VIII Congresso Paulista de Saúde Pública: revendo teorias e práticas; Ribeirão Preto, SP; 2003. Anais.
- Halpern R, Barros FC, Horta BL, Victora CG. 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. Saúde Públ. (Rio de Janeiro)* 1996; 12 (Supl. 1): 73-78.
- Halpern R, Giugliani ERJ, Victora CG, Barros FC, Horta BL. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *J Pediatr (Rio J)* 2000; 76 (6): 421-428.
- Halpern R, Figueiras ACM. Influências ambientais na saúde mental da criança. *J Pediatr (Rio J)* 2004; 80 (2 Supl): S104-S110.
- Holmes TH, Rahe RH. The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967; 11 (2): 213-218.
- Horowitz FD. The concept of risk: a reevaluation. In: Friedman SL, Sigman MD. editors. *The psychological development of low birthweight children*. Norwood, NJ: Ablex; 1992. p. 61-88.
- Hossne WS, Vieira S. Experimentação com seres humanos: aspectos éticos. In: Segre M, Cohen C. organizadores. *Bioética*. 2ª ed. São Paulo: EDUSP; 1999. p. 127-146.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais - Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001. Rio de Janeiro: IBGE, 2005.

- Klasser AF, Lee SK, Raina P, Chan HWP, Mathew D, Brabyn D. Health status and health-related quality of life in a population-based sample of neonatal intensive care unit graduates. *Pediatrics* 2004; 113 (3): 594-600.
- Kisida N, Holditch-Davis D, Miles MS, Carlson J. Unsafe caregiving practices experienced by 3-year-old children born prematurely. *Pediatr Nurs* 2001; 27 (1): 13-24.
- Laucht M, Esser G, Schmidt MH. Developmental outcome of infants born with biological and psychosocial risks. *J Child Psychol Psychiatry* 1997; 38 (7): 843-853.
- Leonard KE, Eiden RD. Cognitive functioning among infants of alcoholic fathers. *Drug Alcohol Depend* 2002; 67 (2): 139-147.
- Levy-Shiff R, Einat G, Mogilner MB, Lerman M, Krikler R. Biological and environmental correlates of developmental outcome of prematurely born infants in early adolescence. *J Pediatr Psychol* 1994; 19 (1): 63-78.
- Lewis RJ, Dlugokinski EL, Caputo LM, Griffin RB. Children at risk for emotional disorders: risk and resource dimensions. *Clin Psychol Rev* 1988; 8: 417-440.
- Lima MC, Eickmann SH, Lima ACV, Guerra MQ, Lira PIC, Huttly SRA, Ashworth A. Determinants of mental and motor development at 12 months in a low income population: a cohort study in northeast Brazil. *Acta Paediatr* 2004; 93 (7): 969-975.
- Linhares MBM. Prematuridade, risco e mecanismos de proteção ao desenvolvimento. In: *II Encontro de Estudos do Desenvolvimento Humano em Condições Especiais*. (São Paulo) Temas desenvolv. 2003; 12 (Supl. Especial): 18-24.
- Lipp M. Stress e suas implicações. *Estud. psicol. (Campinas)* 1984; 1: 5-19.
- Lobo L. Os novos direitos da criança. 4ª impressão. UNICEF; 1994.
- Lordelo ER. Ambiente de desenvolvimento humano: uma reflexão a partir do contexto da creche [doutorado] Universidade de São Paulo, São Paulo; 1995.

- Lucas A, Morley R, Cole TJ. Randomised trial of early diet in preterm babies and later intelligence quotient. *Br Med J* 1998; 317 (28): 1481-1487.
- Lunardelo SR. O trabalho do agente comunitário de saúde nos Núcleos de Saúde da Família em Ribeirão Preto [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2004.
- Mancini MC, Megale L, Brandão MB, Melo APP, Sampaio RF. Efeito moderador do risco social na relação entre risco biológico e desempenho funcional infantil. *Rev. Bras. Saude Mater Infant (Recife)* 2004; 4 (1): 25-34.
- Martins MFD, Costa JSD, Saforcada ET, Cunha MDC. Qualidade do ambiente e fatores associados: um estudo em crianças de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Públ. (Rio de Janeiro)* 2004; 20 (3): 710-718.
- Marturano E.M. Recursos no ambiente familiar e dificuldades de aprendizagem na escola. *Psic.: Teor. e Pesq. (Brasília)* 1999; 15: 135-142.
- Matos MA. A medida do ambiente de desenvolvimento infantil. *Psicologia*. 1983; 9 (1): 5-18.
- Mattar FN. Análise crítica dos estudos de estratificação sócio-econômica de ABA-ABIPEME. *RAUSP (São Paulo)* 1995; 30 (1): 57-74.
- Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. Classificação brasileira de ocupações para o subsistema de informações sobre mortalidade. Brasília; 1987.
- Morley R. Nutrition and cognitive development. *Nutrition* 1998; 14 (10): 752-754.
- Nascimento MBR, Issler H. Breastfeeding: making the difference in the development, health and nutrition of term and preterm newborns. *Rev. Hosp. Clin. (São Paulo)* 2003; 58 (1): 49-60.
- Nobre FDA. Indicadores do desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo de muito baixo peso nos dois primeiros anos de vida [dissertação]. Ribeirão Preto: Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo; 2005.

Ojeda ENS. El enfoque de riesgo em la atencion perinatal y materno infantil. Bol of Sanit Panam. 1982; 92: 482-491.

Organização Mundial de Saúde. Coordenadora. Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Trad. D. Caetano. Porto Alegre: Artes Médicas; 1993.

Pedromônico MRM. Distúrbios do desenvolvimento: avaliando o desenvolvimento. Arq. Neuropsiquiatr (São Paulo) 2001; 59 (Suppl 1): 16-17.

Pedromônico MRM, Affonso LA, Sañudo A. Vocabulário expressivo em crianças entre 22 e 36 meses. Rev. Cresc. Des. Hum. 2002; 2 (12): 13-22.

Pedromônico MRM. Problemas de desenvolvimento da criança: prevenção e intervenção. Temas desenvolv. (São Paulo) 2003; 12 (suplemento especial): 7-9.

Pedromônico MRM. Instrumentos de triagem e a vigilância do desenvolvimento da criança de 0 a 6 anos. In: Mendes EG, Almeida MA, Williams LCA. organizadores. Temas Educ. Esp. São Carlos: Ed. UFSCar.; 2004. p. 325- 330.

Pinheiro DPN. A. Resiliência em discussão. Psicol. estud. (Maringá) 2004; 9 (1): 67-75.

Programa de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente (PASCA). FMRP-USP. Manuscrito não publicado.

Projeto acadêmico para o estágio integrado e Programa de Saúde da Família. Manuscrito não publicado.

Puccini RF, Wechsler R, Silva EMK, Resegue R. Fatores de risco para morbidade e desnutrição em crianças acompanhadas em programa de atenção à saúde da criança. J Pediatr (Rio J) 1997; 73 (4): 244-251.

Puttler LI, Zucker RA, Fitzgerald HE, Bingham CR. Behavioral outcomes among children of alcoholics during the early and middle childhood years: familial subtype variations. Alcoholism: Clin. Exp. Res. 1998; 22 1962-1972.

Rescorla L. The Language Development Survey: a screening tool for delayed language in toddlers. J Speech Hear Disord 1989; 54 (4): 587-597.

- Rescorla L, Alley A. Validation of the Language Development Survey (LDS): a parent report tool for identifying language delay in toddlers. *J Speech Lang Hear Res* 2001; 44: 434-445.
- Ribeiro EM. As várias abordagens da família no cenário do Programa/Estratégia de Saúde da Família. *Rev Lat-Am Enfermagem* 2004; 12 (4): 658-664.
- Rocha JSY, Simões BJG, Guedes GLM. Assistência hospitalar como indicador da desigualdade social. *Rev. Saúde Públ. (São Paulo)* 1997; 31 (5): 479-487.
- Rutter M, Quinton D. Psychiatric disorder – ecological factors and concepts of causation. In: McGurk M. editor. *Ecological factors in human development*. Amsterdam: North Holland; 1977.
- Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsychiat* 1987; 57 (3): 316-331.
- Rutter M, Sroufe LA. Developmental psychopathology: concepts and challenges. *Dev Psychopathol* 2000; 12: 265-296.
- Sameroff AJ. Environmental context of child development. *J Pediatr* 1986; 109 (1): 192-200.
- Sameroff AJ. Developmental systems and psychopathology. *Dev Psychopathol* 2000; 12: 297-312.
- Sandall SR. The family service team. In: Widerstrom AH, Mowder BA, Sandall ESR. *Infant development and risk: an introduction*. Paul H. Brookes Publishing Co.: Baltimore; 1997. p. 155-172.
- Sapienza G, Pedromônico MRM. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicol Est (Maringá)* 2005; 10 (2): 209-216.
- Sarue HE, Bertoni N, Diaz AG, Serrano CV. O conceito de risco e a programação dos cuidados de saúde. Manual básico de aprendizagem inicial. Montevideu. Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano CLAP, 1984 (Publicação Científica nº 1007).

- Savoia MG. Relação entre eventos vitais adversos e mecanismos de coping no transtorno do pânico [doutorado]. São Paulo: Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo; 1995.
- Savoia MG. Instrumentos para avaliação de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping) em situações de estresse. In: Gorenstein C, Andrade LHSG, Zuardi AW. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 377-386.
- Sciarrillo WG, Brown MM, Robinson NM, Bennett PC, Sells CJ. Effectiveness of the Denver Developmental Screening Test with biologically vulnerable infants. J Dev Behav Pediatr 1986; 7 (2): 77-83.
- Seidl EMF, Tróccoli BT. Escala Modos de Enfrentar Problemas: validação de uma medida de estratégias de enfrentamento. In: XXX Reunião Anual de Psicologia da Sociedade Brasileira de Psicologia; 2000; Brasília, Brasil. Brasília: Sociedade Brasileira de Psicologia, 2000. p. 208.
- Seidl EMF, Tróccoli BT, Zannon CMIC. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. Psic.: Teor. e Pesq. (Brasília) 2001; 17 (3): 225-234.
- Shaw DS, Owens EB, Giovannelli J, Winslow EB. Infant and toddler pathways leading to early externalizing disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001; 40(1): 36-43.
- Shore R. Rethinking the brain: new insights into early development. Families and Work Institute; 1997.
- Silva MRS. A construção de uma trajetória resiliente durante as primeiras etapas do desenvolvimento da criança: o papel da sensibilidade maternal e do suporte social [doutorado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2003.
- Sommer KS, Whitman TL, Borkowski JG, Gondoli DM, Burke J, Maxwell SE, Weed K. Prenatal maternal predictors of cognitive and emotional delays in children of adolescent mothers. Adolescence 2000; 35(137): 87-112.
- Souza RA, Carvalho AM. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. Estud. psicol. (Campinas) 2003; 8 (3): 515-523.
- Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002

Strelau J. The concepts of arousal and arousability as used in temperament Studies. In: Bates JE, Wachs TD. organizadores. Temperament individual differences at the interface of biology and behavior. Washington: American Psychological Association; 1994: 117-141.

Strelau J. Temperament: A psychological perspective. New York: Plenum; 1998.

Tavares J. A resiliência na sociedade emergente. In: Tavares J. organizador. Resiliência e Educação. São Paulo: Editora Cortez; 2001. p 43-75.

Townsend P, Davidson N. Inequalities in health: the black report. England, Penguin Books; 1982.

Vasconcelos VMR, Valsiner J. Perspectiva co-construtivista na Psicologia e na Educação. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

Vazquez MC. Estudo comparativo do vocabulário de crianças nascidas pré-termo e a termo, no terceiro ano de vida. São Paulo: Escola Paulista de Medicina-Universidade Federal de São Paulo; 2002.

Werner EE. A longitudinal study of perinatal risk. In: Farren DC, McKinney JD. Risk intellectual and psychosocial development. New York, Academic Press, 1986. p. 3-27.

Werner EE. High-risk children in young adulthood: a longitudinal study from birth to 32 years. Am. J. Orthopsychiatry 1989; 59 (1): 72-81.

Zamberlan MAT, Biasoli-Alves ZMM. Interações familiares: teoria, pesquisa e subsídios à intervenção. Londrina: Editora Universidade Estadual de Londrina (UEL); 1997.

Zamberlan MAT. Interação mãe-criança: enfoques teóricos e implicações decorrentes de estudos empíricos. Estud. Psicol. (Natal) 2002; 7 (2): 399-406.

Zoboli ELCP, Fortes PAC. Bioética e atenção básica: um perfil dos problemas éticos vividos por enfermeiros e médicos do Programa de Saúde da Família, São Paulo, Brasil. Cad. Saúde Públ. (Rio de Janeiro) 2004; 20 (6): 1690-1699.

Zupancic JAF, Richardson DK, Lee K, McCormick MC. Economics of prematurity in the era of managed care. Clin Perinatol 2000; 27 (2): 483-497.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: “Vigilância do desenvolvimento” em Programa de Saúde da Família: triagem para detecção de riscos para problemas de desenvolvimento em crianças

Pesquisadora Responsável: Margaret Rose Santa Maria (CRP 8635/04 – 06/008/01)

Pesquisadora Orientadora: Prof^a. Dr.^a Maria Beatriz Martins Linhares (CRP 6548)

Informações dadas aos participantes sobre o projeto, em linguagem acessível para sua compreensão:

“Estamos fazendo uma pesquisa com crianças cadastradas no Núcleo do Programa de Saúde da Família da FMRP-USP, que tenham idade entre seis meses e três anos. Este estudo tem por objetivo avaliar o desenvolvimento do (a) seu (a) filho (a) e conhecer o ambiente familiar em que vivem. Para isso, gostaríamos de conhecer aspectos da história de vida do (a) seu (a) filho (a), como ele (a) nasceu, como está o desenvolvimento físico, como está a fala e o jeito de se relacionar com as pessoas, assim como alguns dados da família, sobre idade, estado civil, escolaridade, emprego, renda familiar, saúde das pessoas da família e como cuidam da criança. Para participar do estudo, eu e a/o Sra/Sr precisamos conversar sobre esses assuntos e a/o Sra/Sr precisa responder alguns questionários, em um encontro em sua casa. Além disso, farei uma avaliação com seu (a) filho (a) por meio de um teste, o Denver-II, com tarefas para avaliar a parte de movimentos e da fala. O estudo prevê nova avaliação do seu (a) filho (a) após um ano da avaliação para verificar como está o seu comportamento. Garantimos, porém, que vocês não serão identificados e será mantido o cuidado com as informações fornecidas, sendo usadas apenas para essa finalidade. Gostaríamos de pedir a sua colaboração permitindo que seu (a) filho (a) participe deste estudo. A/o Sra/Sr pode aceitar ou não participar do estudo e, caso concorde, a/o Sra/Sr poderá desistir de colaborar a qualquer momento. Qualquer esclarecimento sobre o estudo poderá ser dado sempre que necessário. A/o Sra/Sr não terá despesas com o estudo e serão fornecidas orientações após a conclusão da avaliação realizada.”

Eu, _____, RG _____,
responsável pela criança _____,
abaixo assinado, tendo recebido os esclarecimentos acima, e ciente dos meus direitos,
concordo que meu (minha) filho (a) participe deste estudo.

Declaro estar ciente: a) do objetivo deste estudo; b) da segurança que meu (minha) filho (a) não será identificado (a) e de que será mantido o caráter confidencial das informações relacionadas com a sua privacidade; c) de que eu tenho a liberdade de recusar em participar deste estudo a qualquer momento; d) de que eu posso contar com orientações que se fizerem necessárias.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 200_____

Assinatura da Mãe ou Responsável

APÊNDICE B

**ENTREVISTA PARA IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS BIOPSISSOCIAIS
NA HISTÓRIA DE VIDA DA CRIANÇA⁷**

DATA: ____/____/____ Entrevistado: _____

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

N.º do Registro da Família: _____

Nome da Criança: _____

Sexo: _____ Data de Nascimento: _____ Idade: _____

Nome da mãe: _____

Idade: _____ Nível de escolaridade: _____

Se trabalha fora de casa, quantas horas por dia? _____

Ocupação: _____

Quem fica com a criança durante o período de trabalho da mãe? _____

A criança frequenta creche ou berçário? Sim ( ) Não ( ) Desde que idade? _____

Tempo de permanência no dia: _____ Relacionamento: _____

Contato com a mãe (número de horas por dia): _____

Nome do pai: _____

Idade: _____ Nível de escolaridade: _____

Se trabalha fora de casa, quantas horas por dia? _____

Ocupação: _____

Situação conjugal: solteiro, casado, união consensual, divorciado, separado, viúvo (a)^a

Na gravidez: _____ No nascimento: _____

Endereço: _____ Fone: _____

Cidade: _____ Tipo de moradia: própria ( ) alugada ( ) emprestada ( )

Condições de saneamento básico: luz ( ) água encanada ( ) esgoto ( ) asfalto ( ) N.º de cômodos da casa: _____

Quarto _____ Sala _____ Cozinha _____ Banheiro _____ Dentro ( ) Fora ( ) Quintal _____ N.º de camas^b: _____

N.º de pessoas na casa: _____ Além dos pais e filhos, há outras pessoas na casa? _____

Estável ( ) Temporário ( ) Motivo: _____

Renda familiar: _____ Quantos e quem trabalha: _____

PERFIL DAS CONDIÇÕES FÍSICAS

Hereditariedade

Pais consanguíneos ( ) Não ( ) Sim Grau de parentesco: _____

Problemas mentais em avós, tios e primos paternos/maternos ( ) Não ( ) Sim Quem e qual? _____

CONCEPÇÃO DA CRIANÇA^a

Foi planejada? _____

Problemas psicológicos ou de relacionamento conjugal e familiar com relação à gravidez? _____

Sentimentos de maneira geral, frente à gravidez: _____

Idade da mãe ao engravidar: _____ Idade do Pai: _____ Situação conjugal: _____

Há quanto tempo se conheciam? _____

GESTÃO^a

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

Se não qual o motivo? _____

⁷ Santa Maria-Mengel, MR. "Vigilância do Desenvolvimento" em Programa de Saúde da Família: triagem para detecção de riscos para problemas de desenvolvimento em crianças. doutorado. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. 2007.

Riscos Pré-natal^b: Não ( ) Sim ( ) Quais: ( ) hipertensão ( ) diabetes ( ) infecção materna ( ) infecção urinária ( ) sangramentos ( ) álcool ( ) tabagismo ( ) drogas injetáveis/inaláveis ( ) outros Quais? _____

Hospitalização: Sim ( ) Não ( ) Motivo: _____

Saúde Mental: 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): _____

Posição da criança quanto à ordem do nascimento: _____ Posição na ordem das gestações: _____

Irmãos da criança^b:

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^b:

Nascimento: _____

Tempo da internação: _____

Peso : _____ Estatura: _____

O bebê teve alta junto com a mãe? _____

Precisou de atendimento especial? _____ Se SIM, Qual? _____

Sentimentos/Reação ao nascimento^a: _____

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

Riscos Perinatais^b: ( ) não ( ) sim. Quais: ( ) asfixia/anóxia ( ) convulsão ( ) hemorragia intracraniana ( ) alterações respiratórias ( ) infecção ( ) prematuridade ( ) peso inferior a 2500g ( ) icterícia ( ) distúrbio metabólico ( ) outros Qual? _____

Antecedentes mórbidos^{b,c}:

otites de repetição ( ) não ( ) sim. ( ) mais que 3 episódios

doenças infecciosas ( ) não ( ) sim. Qual? _____

problema visual ( ) não ( ) sim. Qual? _____

problema auditivo ( ) não ( ) sim. Qual? _____

internação hospitalar ( ) não ( ) sim. Quantas e motivos _____

AMAMENTAÇÃO^a:

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): _____

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): _____

HORA DO BANHO^a:

Quem dá o banho: _____

Comportamento da criança durante o banho (chora, agita-se, brinca com a água, sorri, olha um ponto fixo até 3 meses, manifesta interesse em outros estímulos externos após os 3 meses): _____

Reação da mãe: _____

SONO (sono insuficiente, sono intranquilo, pesadelo, terror noturno, sonambulismo, sonolência e torpor, narcolepsia, outros)^{a,d}:

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? ( ) Não ( ) Sim – Como é?

( ) “fica enrolando” para comer

( ) não come o suficiente

( ) come em excesso

( ) outra – especificar: _____

SAÚDE^a:

Seguimento em quais especialidades: _____

Vacinação: _____

Estado nutricional aos 6 meses (índices peso/idade, altura/idade, peso/altura)^b: _____

Cólicas: _____

Vômitos: _____

Diarréia: _____

Constipação: _____

Outros: _____

PERFIL DE DESENVOLVIMENTO

Sustentou a cabeça: _____

Sentou: _____

Engatinhou: _____

Andou: _____

Falou: _____

Quem cuidou e ensinou o bebê? _____

LINGUAGEM (atraso na linguagem, distúrbios na fonação, distúrbios da articulação, gagueira, outros):

Há alguma dificuldade com a fala? ( ) Não ( ) Sim – Qual? _____

COMPORTAMENTO^d:

Como é o temperamento do bebê? _____

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

Especificar: _____

Em qual situação? _____

HÁBITOS E MANIPULAÇÃO DO CORPO^d:

A criança apresenta: ( ) sucção do polegar ( ) roer unhas ( ) sucção da língua ( ) sucção dos lábios ( ) morder os lábios ( ) ranger os dentes ( ) arrancar os pêlos/cabelos ( ) amigos imaginários ( ) tiques ( ) outros

Especificar: _____

A criança ainda faz xixi na cama ou na roupa? ( ) Não ( ) Sim – Está sendo ensinada de que maneira? _____

A criança ainda faz cocô na roupa? ( ) Não ( ) Sim – Está sendo ensinada de que maneira? _____

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS JUNTO COM A MÃE^e:

LAZER (PASSEIOS, VISITAS, VIAGENS)^e:

Número de vezes na semana: _____

RECURSOS MATERIAIS^e:

RECURSO	TEM	JÁ TEVE	Creche/ escola
( ) Brinquedos de andar (triciclo, bicicleta, patinete...)			
( ) Brinquedos para movimentos do corpo (balanço...)			
( ) Instrumento musical de brinquedo ou de verdade (tambor, pianinho...)			
( ) Brinquedos que lida com números (dados, dominó...)			
( ) Brinquedos de letras (abecedários, quebra-cabeça com letras...)			
( ) Brinquedos de aprender cores, tamanhos, formas (quebra-cabeça, encaixes...)			
( ) Brinquedos para conhecer nomes de animais (livros, miniaturas...)			
( ) Objetos como giz, lousa, cola, tinta, tesoura, lápis de cor e papel			
( ) Aparelho de som com discos: só pode ouvir sem mexer ( ) pode mexer ( )			
( ) Jogos de regras (memória, dominó)			
( ) Brinquedos de faz de conta (panelinhas, bonecas, martelo, serrote, hominhos...)			
( ) Brinquedos de construção (blocos, lego, pinos mágicos)			
( ) Brinquedos de rodas (carrinhos, trens, carrinho de boneca...)			
( ) Videogame			
( ) Bola, pipa			
( ) Outros – especifique			

Há livros em sua casa? ( ) não ( ) sim – 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^a:

Como você espera que seja o desenvolvimento do bebê?

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

ÍNDICE DE RISCO / PROTEÇÃO PSICOSSOCIAL^f

Índice de risco psicossocial de Rutter		
Baixo nível educacional dos pais	Sim ( )	Não ( )
Habitação superlotada	Sim ( )	Não ( )
Pais com doença psiquiátrica (distúrbio moderado ou severo – DMS-IV)	Sim ( )	Não ( )
História de delinquência (pais)	Sim ( )	Não ( )
Problemas conjugais (conflitos frequentes, separação, distância emocional)	Sim ( )	Não ( )
Maternidade/Paternidade precoces (< 18 anos ou relacionamento < 6m)	Sim ( )	Não ( )
Rejeição da gravidez	Sim ( )	Não ( )
Falta de apoio e integração social (falta de amigos e de ajuda no cuidado da criança)	Sim ( )	Não ( )
Dificuldades severas crônicas (desemprego/doença por + de 1 ano)	Sim ( )	Não ( )
Falta de capacidade de lidar com problemas (lidar inadequado com eventos estressores do problema, retraimento, resignação, dramatização exagerada)	Sim ( )	Não ( )
TOTAL: _____		

Risco Psicossocial	
Escore	Baixo = 0 Moderado = 1 ou 2 Severo = > 2

Risco na qualidade da relação M – C		
Pais adolescentes	Sim ( )	Não ( )
Pais solteiros	Sim ( )	Não ( )
Pais com apego mínimo (negligentes, seriamente deprimidos, com história de abuso ou que tenham algum trauma não resolvido em sua própria infância, ou a morte dos próprios pais, não continentes) _____	Sim ( )	Não ( )
Pais sem técnicas de limites disciplinares (superprotetores, negligentes, abusivos, privadores, punitivos, rejeitadores, geradores de culpa, envergonhadores) _____	Sim ( )	Não ( )

Proteção na qualidade ambiental familiar		
Responsividade parental	Sim ( )	Não ( )
Aceitação da criança pelos pais (afetuosos, tolerantes, estimuladores)	Sim ( )	Não ( )
Disponibilidade de brinquedos no lar	Sim ( )	Não ( )
Cuidado organizado / rotina	Sim ( )	Não ( )

Referências

- a – Linhares, Carvalho, Motta (Roteiro de Entrevista Inicial – Bebês, utilizado na Psicologia Pediátrica do HCFMRP-USP)
- b – Pedromônico (Protocolo de identificação de riscos biológicos e de comportamento Setor de Desenvolvimento do Comportamento da Criança e do Adolescente - Escola Paulista de Medicina - UNIFESP)
- c – Halpern et al. (2000)
- d – OMS (1993)
- e – Marturano (1999)
- f – Rutter, Quinton (1977)

APÊNDICE C – Características das crianças dos grupos de 6-7 meses, 11-14 meses e 17-23 meses, em termos de idade cronológica em meses, sexo e frequência à creche ou escola de educação infantil

Participantes	Grupos por Faixa Etária								
	6-7 meses (n = 20)			11-14 meses (n = 20)			17-23 meses (n = 24)		
	Idade	Sexo	Escolaridade	Idade	Sexo	Escolaridade	Idade	Sexo	Escolaridade
01	6	F	0	12	M	0	18	F	1
02	7	M	0	12	F	0	17	M	0
03	6	M	0	12	M	0	17	F	0
04	6	M	0	12	M	0	18	F	0
05	6	M	0	12	M	0	18	F	1
06	6	M	0	12	F	0	19	F	0
07	6	F	0	12	M	0	19	M	0
08	6	F	0	12	M	0	18	M	0
09	6	M	0	12	F	0	19	M	0
10	6	M	0	13	M	0	19	F	0
11	7	M	0	12	M	0	17	M	1
12	6	M	0	12	F	0	20	F	0
13	7	F	0	13	M	0	17	F	0
14	6	F	0	14	M	1	17	M	0
15	6	M	0	14	F	1	18	F	0
16	7	M	0	11	M	1	18	M	0
17	7	F	0	12	M	0	22	F	0
18	6	M	0	11	F	0	22	F	0
19	6	M	0	12	M	0	21	F	0
20	7	F	0	13	F	0	23	M	1
21							18	M	0
22							23	F	0
23							23	M	1
24							23	M	1

Idade em meses; Sexo: F = feminino e M = masculino; Escolaridade: 0 = não frequenta e 1 = frequenta creche ou escola de educação infantil

APÊNDICE D – Características das crianças dos grupos de 24-30 meses e 31-44 meses, em termos de idade cronológica em meses, sexo e frequência à creche ou escola de educação infantil

Participantes	Grupos por Faixa Etária					
	24-30 meses (n = 29)			31-44 meses (n = 27)		
	Idade	Sexo	Escolaridade	Idade	Sexo	Escolaridade
01	24	F	0	36	M	1
02	24	M	1	38	F	1
03	24	M	0	39	M	0
04	25	F	0	44	M	1
05	24	F	0	36	M	1
06	24	M	0	39	M	0
07	25	F	0	42	F	0
08	24	M	1	37	M	1
09	25	F	0	39	F	1
10	24	F	0	37	F	1
11	26	M	0	36	M	0
12	25	F	0	39	M	0
13	24	M	0	36	M	0
14	24	F	0	37	M	1
15	30	M	1	41	M	1
16	27	F	0	36	M	0
17	25	F	0	36	M	1
18	30	M	1	36	F	1
19	27	F	0	35	F	0
20	24	M	1	37	F	0
21	28	M	1	37	M	0
22	25	M	0	37	F	0
23	27	F	1	34	F	1
24	28	M	0	34	M	0
25	30	M	0	31	F	1
26	30	M	0	31	F	1
27	30	M	0	31	M	0
28	30	M	1			
29	30	M	1			

Idade em meses; Sexo: F = feminino e M = masculino; Escolaridade: 0 = não freqüenta e 1 = freqüenta creche ou escola de educação infantil

APÊNDICE E – Características das famílias das crianças do grupo de 6-7 meses, em termos de estado civil, idade (anos), escolaridade e ocupação dos pais, classificação sócio-econômica ABIPEME, o chefe da família, renda familiar (R\$) e residência

Participantes (6-7m)	Estado civil	Idade cuidadora	Idade cuidador	Escolaridade cuidadora	Escolaridade cuidador	Ocupação cuidadora	Ocupação cuidador	ABIPME	Chefe família	Renda familiar	Residência
01	2	36	24	2	2	0	2	D	1	400,00	F
02	2	14	22	2	1	1	2	E	1	240,00	F
03	2	38	30	1	1	1	3	E	1	300,00	F
04	2	29	49	1	1	1	2	E	1	190,00	F
05	2	26	38	4	3	3	3	D	1	1650,00	F
06	2	25	56	1	3	1	1	D	1	900,00	F
07	2	22	29	2	2	3	3	D	1	700,00	F
08	2	24	31	4	4	5	4	C	1	1850,00	NF
09	1	20	21	4	2	1	3	B	3	2000,00	NF
10	1	19	23	2	2	0	2	D	3	200,00	F
11	2	31	53	3	3	3	2	D	1	400,00	F
12	2	20	21	3	3	1	2	C	1	480,00	NF
13	2	28	32	2	1	1	2	D	1	700,00	F
14	1	19	21	3	SI	1	0	C	3	1200,00	NF
15	2	23	24	2	3	1	2	D	1	240,00	F
16	1	24	26	3	3	0	3	C	3	400,00	F
17	1	21	21	3	3	0	2	C	3	1500,00	NF
18	2	38	42	2	4	0	3	D	1	757,00	F
19	1	24	20	2	2	0	0	E	3	520,00	NF
20	2	22	24	2	2	1	2	D	1	420,00	F

Estado civil: 1 = solteiro, 2 = união estável, 3 = separado, 4 = viúvo; Escolaridade dos cuidadores: 0 = analfabeto, 1 = primário incompleto, 2 = primário completo/ginásio incompleto, 3 = ginásio completo/colegial incompleto, 4 = colegial completo/superior incompleto, 5 = superior completo; Ocupação da cuidadora: 0 = desemprego, 1 = do lar, 2 = aposentado, 3 = não qualificado, 4 = semiquualificado, 5 = qualificado manual, 6 = qualificado não manual, 7 = intermediário; Ocupação do cuidador: 0 = desemprego, 1 = aposentado, 2 = não qualificado, 3 = semiquualificado, 4 = qualificado manual, 5 = qualificado não manual, 6 = intermediário; SI = sem informação; Chefe da família: 1 = pai, 2 = mãe, 3 = avós, 4 = pai e mãe; Onde mora: F = favela, NF = não favela

APÊNDICE F – Características das famílias das crianças do grupo de 11-14 meses, em termos de estado civil, idade (anos), escolaridade e ocupação dos pais, classificação sócio-econômica ABIPEME, chefe da família, renda familiar (R\$) e residência

Participantes (11-14 m)	Estado civil	Idade cuidadora	Idade cuidador	Escolaridade cuidadora	Escolaridade cuidador	Ocupação cuidadora	Ocupação cuidador	ABIPME	Chefe família	Renda familiar	Residência
01	2	21	24	4	4	1	4	C	1	1500,00	NF
02	1	23	27	4	4	0	6	A	3	1000,00	NF
03	2	25	27	4	4	1	3	C	1	2000,00	NF
04	2	29	28	4	2	7	4	D	1	1400,00	NF
05	2	36	47	2	2	0	2	D	1	300,00	F
06	2	36	47	2	2	0	2	D	1	300,00	F
07	2	31	27	1	2	1	0	E	1	500,00	F
08	2	19	23	2	3	1	4	D	1	380,00	F
09	1	19	22	4	3	0	4	D	3	300,00	F
10	2	26	31	3	2	1	3	D	1	780,00	F
11	1	15	20	2	3	1	0	C	3	640,00	NF
12	2	27	58	1	3	1	1	C	1	900,00	F
13	3	35	37	1	0	0	2	D	2	260,00	F
14	2	24	23	2	3	3	3	D	1	670,00	F
15	4	31	29	0	2	3	0	E	2	0	F
16	2	20	28	3	0	3	2	D	1	250,00	NF
17	3	24	27	2	2	0	3	D	3	1000,00	F
18	2	24	26	3	2	0	2	D	1	400,00	F
19	2	28	30	4	4	4	6	B	1	1000,00	NF
20	2	35	38	2	2	1	2	D	1	300,00	F

Estado civil: 1 = solteiro, 2 = união estável, 3 = separado, 4 = viúvo; Escolaridade dos cuidadores: 0 = analfabeto, 1 = primário incompleto, 2 = primário completo/ginasial incompleto, 3 = ginasial completo/colegial incompleto, 4 = colegial completo/superior incompleto, 5 = superior completo; Ocupação da cuidadora: 0 = desemprego, 1 = do lar, 2 = aposentado, 3 = não qualificado, 4 = semiquualificado, 5 = qualificado manual, 6 = qualificado não manual, 7 = intermediário; Ocupação do cuidador: 0 = desemprego, 1 = aposentado, 2 = não qualificado, 3 = semiquualificado, 4 = qualificado manual, 5 = qualificado não manual, 6 = intermediário; Chefe da família: 1 = pai, 2 = mãe, 3 = avós, 4 = pai e mãe; Onde mora: F = favela, NF = não favela

APÊNDICE G – Características das famílias das crianças do grupo de 17-23 meses, em termos de estado civil, idade (anos), escolaridade e ocupação dos pais, classificação sócio-econômica ABIPEME, chefe da família, renda familiar (R\$) e residência

Participantes (17-23m)	Estado civil	Idade cuidadora	Idade cuidador	Escolaridade cuidadora	Escolaridade cuidador	Ocupação cuidadora	Ocupação cuidador	ABIPME	Chefe família	Renda familiar	Residência
01	2	26	34	2	1	3	2	C	4	780,00	F
02	2	25	56	1	3	1	1	D	1	900,00	F
03	1	26	32	4	2	0	3	C	3	240,00	NF
04	2	29	40	4	4	5	4	B	1	1400,00	NF
05	2	29	27	5	4	6	3	C	4	1000,00	NF
06	2	28	36	1	2	1	2	D	1	300,00	F
07	2	31	31	2	2	3	2	D	1	900,00	F
08	2	25	34	4	4	1	5	B	1	2000,00	NF
09	2	28	32	2	1	1	2	D	1	700,00	F
10	2	18	29	2	1	1	2	E	1	300,00	F
11	1	18	20	2	3	1	4	C	3	0	NF
12	2	34	40	4	2	1	4	C	1	1200,00	NF
13	2	22	39	2	2	1	3	D	1	600,00	F
14	2	32	42	1	1	1	2	E	1	260,00	F
15	2	28	29	1	1	1	2	E	1	300,00	F
16	2	22	21	2	2	1	2	D	1	530,00	F
17	2	21	23	4	4	4	4	C	1	850,00	NF
18	2	21	24	3	3	1	3	D	1	505,00	F
19	2	25	29	2	0	0	2	E	1	300,00	F
20	2	24	20	3	3	0	2	D	2	400,00	F
21	1	22	24	1	SI	1	2	D	1	600,00	F
22	2	22	27	1	2	1	3	E	1	500,00	NF
23	3	27	27	4	4	0	0	D	1	1100,00	F
24	2	23	40	5	5	6	6	B	1	2000,00	NF

Estado civil: 1 = solteiro, 2 = união estável, 3 = separado, 4 = viúvo; Escolaridade dos cuidadores: 0 = analfabeto, 1 = primário incompleto, 2 = primário completo/ginasial incompleto, 3 = ginasial completo/colegial incompleto, 4 = colegial completo/superior incompleto, 5 = superior completo; Ocupação da cuidadora: 0 = desemprego, 1 = do lar, 2 = aposentado, 3 = não qualificado, 4 = semiquualificado, 5 = qualificado manual, 6 = qualificado não manual, 7 = intermediário; Ocupação do cuidador: 0 = desemprego, 1 = aposentado, 2 = não qualificado, 3 = semiquualificado, 4 = qualificado manual, 5 = qualificado não manual, 6 = intermediário; SI = sem informação; Chefe da família: 1 = pai, 2 = mãe, 3 = avós, 4 = pai e mãe; Onde mora: F = favela, NF = não favela

APÊNDICE H – Características das famílias das crianças do grupo de 24-30 meses, em termos de estado civil, idade (anos), escolaridade e ocupação dos pais, classificação sócio-econômica ABIPEME, chefe da família, renda familiar (R\$) e residência

Participantes (24-30 m)	Estado civil	Idade cuidadora	Idade cuidador	Escolaridade cuidadora	Escolaridade cuidador	Ocupação cuidadora	Ocupação cuidador	ABIPEME	Chefe família	Renda familiar	Residência
01	2	23	35	2	1	3	2	E	1	150,00	F
02	2	38	30	1	1	1	3	E	1	300,00	F
03	2	22	34	2	2	1	3	D	1	800,00	F
04	2	23	39	3	4	1	4	C	1	450,00	F
05	2	27	26	2	2	1	3	D	1	300,00	F
06	2	25	25	1	0	0	3	E	1	360,00	F
07	1	18	22	4	3	6	3	C	3	1500,00	NF
08	1	32	32	4	5	1	5	B	3	1200,00	NF
09	2	22	27	2	2	1	3	D	1	960,00	NF
10	2	22	24	4	1	3	2	E	1	370,00	F
11	2	21	26	1	3	1	2	D	1	400,00	F
12	1	32	37	1	2	0	2	E	2	270,00	F
13	2	23	37	2	SI	1	2	D	1	600,00	F
14	2	25	31	1	1	0	2	E	1	500,00	F
15	2	27	23	3	2	5	0	D	1	500,00	NF
16	2	30	32	2	5	1	6	B	1	1300,00	NF
17	2	35	34	1	3	1	6	C	1	2000,00	NF
18	2	20	20	4	3	0	0	C	3	600,00	F
19	2	35	38	2	2	1	2	D	1	300,00	F
20	1	20	23	3	3	1	0	D	3	350,00	F
21	2	30	40	2	2	1	3	D	1	580,00	F
22	2	20	23	2	SI	1	2	D	1	580,00	F
23	2	28	29	4	2	0	2	D	1	500,00	F
24	2	18	20	3	2	1	0	D	3	400,00	F
25	2	45	54	2	3	1	4	D	2	470,00	F
26	2	22	24	2	2	1	2	D	1	400,00	F
27	2	17	22	2	3	0	1	D	1	300,00	F
28	2	33	28	2	0	3	2	D	1	460,00	F
29	2	36	29	2	2	1	3	D	1	600,00	F

Estado civil: 1 = solteiro, 2 = união estável, 3 = separado, 4 = viúvo; Escolaridade dos cuidadores: 0 = analfabeto, 1 = primário incompleto, 2 = primário completo/ginasial incompleto, 3 = ginasial completo/colegial incompleto, 4 = colegial completo/superior incompleto, 5 = superior completo; Ocupação da cuidadora: 0 = desemprego, 1 = do lar, 2 = aposentado, 3 = não qualificado, 4 = semiquualificado, 5 = qualificado manual, 6 = qualificado não manual, 7 = intermediário; Ocupação do cuidador: 0 = desemprego, 1 = aposentado, 2 = não qualificado, 3 = semiquualificado, 4 = qualificado manual, 5 = qualificado não manual, 6 = intermediário; SI = sem informação; Chefe da família: 1 = pai, 2 = mãe, 3 = avós, 4 = pai e mãe; Onde mora: F = favela, NF = não favela

APÊNDICE I – Características das famílias das crianças do grupo de 31-44 meses, em termos de estado civil, idade (anos), escolaridade e ocupação dos cuidadores, classificação sócio-econômica ABIPEME, chefe da família, renda familiar (R\$) e residência

Participantes (31-44 m)	Estado civil	Idade cuidadora	Idade cuidador	Escolaridade cuidadora	Escolaridade cuidador	Ocupação cuidadora	Ocupação cuidador	ABIPME	Chefe família	Renda familiar	Residência
01	2	37	29	3	2	3	2	D	1	600,00	F
02	2	22	24	2	2	3	2	E	1	600,00	F
03	2	23	27	2	2	1	4	D	1	600,00	F
04	1	31	33	2	2	3	2	D	2	360,00	F
05	2	24	24	2	2	1	2	D	1	400,00	F
06	2	27	32	2	2	1	3	C	1	800,00	F
07	2	31	41	1	3	1	2	D	1	300,00	F
08	2	35	48	0	2	3	2	E	1	220,00	F
09	1	25	32	2	1	0	2	E	3	300,00	F
10	2	23	27	2	2	3	3	D	1	540,00	NF
11	2	15	23	2	1	1	2	E	1	200,00	F
12	2	24	27	4	2	1	0	D	3	830,00	NF
13	1	33	30	3	SI	5	SI	C	3	900,00	NF
14	1	23	31	2	2	0	3	D	3	480,00	NF
15	2	27	31	0	2	3	3	D	1	370,00	F
16	2	70	72	2	1	1	1	C	3	1200,00	NF
17	2	70	72	2	1	1	1	C	3	1200,00	NF
18	3	68	78	2	0	1	1	D	3	260,00	NF
19	1	17	24	4	3	1	2	C	3	1500,00	NF
20	2	27	27	3	4	1	6	C	1	2300,00	NF
21	3	24	27	2	2	0	3	D	3	1000,00	NF
22	2	31	35	2	2	1	5	D	1	539,00	F
23	2	29	32	2	3	0	4	C	1	200,00	F
24	2	25	30	2	2	0	2	E	1	450,00	F
25	1	19	30	2	SI	0	2	D	3	200,00	F
26	2	28	36	2	2	3	0	D	1	200,00	NF
27	2	49	52	1	2	1	2	D	1	340,00	F

Estado civil: 1 = solteiro, 2 = união estável, 3 = separado, 4 = viúvo; Escolaridade dos cuidadores: 0 = analfabeto, 1 = primário incompleto, 2 = primário completo/ginásio incompleto, 3 = ginásio completo/colegial incompleto, 4 = colegial completo/superior incompleto, 5 = superior completo; Ocupação da cuidadora: 0 = desemprego, 1 = do lar, 2 = aposentado, 3 = não qualificado, 4 = semiquualificado, 5 = qualificado manual, 6 = qualificado não manual, 7 = intermediário; Ocupação do cuidador: 0 = desemprego, 1 = aposentado, 2 = não qualificado, 3 = semiquualificado, 4 = qualificado manual, 5 = qualificado não manual, 6 = intermediário; SI = sem informação; Chefe da família: 1 = pai, 2 = mãe, 3 = avós, 4 = pai e mãe; Onde mora: F = favela, NF = não favela

APÊNDICE J – Avaliação dos indicadores de risco do desenvolvimento das crianças do grupo de 6 e 7 meses, por meio do Teste de Denver-II: classificação em termos da presença de risco ou não e nas áreas (linguagem, motora fina e ampla e pessoal/social) a presença de cuidado, atraso ou normalidade

Participantes (6-7m)	Áreas do Denver-II				
	Classificação Global	Linguagem	Motor Ampla	Motor Fino	Pessoal/Social
01	NR	C	N	N	N
02	NR	N	C	N	N
03	R	C	C	N	N
04	R	C	C	N	N
05	NR	C	N	N	N
06	NR	C	N	N	N
07	NR	N	N	N	N
08	R	C	C	N	N
09	NR	C	N	N	N
10	NR	N	N	N	N
11	NR	N	N	N	N
12	NR	C	N	N	N
13	NR	N	N	N	N
14	NR	N	N	N	N
15	NR	N	N	N	N
16	NR	C	N	N	N
17	NR	N	N	N	N
18	NR	N	N	N	N
19	NR	N	N	N	N
20	R	C	N	C	N

Classificação: R = risco, NR = não risco; Áreas do Denver-II: N = normalidade, C = cuidado, A = atraso

APÊNDICE K – Avaliação dos indicadores de risco do desenvolvimento das crianças do grupo de 11 a 14 meses, por meio do Teste de Denver-II: classificação em termos da presença de risco ou não e nas áreas (linguagem, motora fina e ampla e pessoal/social) a presença de cuidado, atraso ou normalidade

Participantes (11-14m)	Áreas do Denver-II				
	Classificação Global	Linguagem	Motor Ampla	Motor Fino	Pessoal/Social
01	NR	N	N	N	N
02	NR	N	N	N	C
03	NR	N	N	N	N
04	NR	N	N	N	N
05	NR	N	N	N	N
06	NR	C	N	N	N
07	NR	C	N	N	N
08	NR	N	N	N	N
09	NR	N	N	N	N
10	NR	N	N	N	N
11	NR	N	N	N	N
12	NR	N	N	N	N
13	NR	N	N	N	N
14	R	A	N	N	C
15	NR	N	C	N	N
16	NR	N	N	N	N
17	NR	N	N	N	N
18	NR	N	N	N	N
19	NR	N	N	N	N
20	NR	N	N	N	C

Classificação: R = risco, NR = não risco; Áreas do Denver-II: N = normalidade, C = cuidado, A = atraso

APÊNDICE L – Avaliação dos indicadores de risco do desenvolvimento das crianças do grupo de 17 a 23 meses, por meio do Teste de Denver-II: classificação em termos da presença de risco ou não e nas áreas (linguagem, motora fina e ampla e pessoal/social) a presença de cuidado, atraso ou normalidade

Participantes (17-23m)	Áreas do Denver-II				
	Classificação Global	Linguagem	Motor Ampla	Motor Fino	Pessoal/Social
01	NR	N	N	N	N
02	NR	N	N	N	C
03	R	N	N	C	C
04	R	N	N	C	N
05	NR	N	N	N	N
06	NR	N	C	N	N
07	NR	N	N	N	N
08	R	N	N	C	C
09	NR	N	N	N	C
10	NR	C	N	N	N
11	NR	N	N	N	N
12	NR	C	N	N	N
13	R	N	N	C	N
14	NR	C	N	N	N
15	R	C	N	C	N
16	NR	N	N	N	N
17	NR	N	N	N	N
18	R	N	A	N	N
19	R	C	C	N	N
20	NR	C	N	N	N
21	R	A	N	N	C
22	NR	C	N	N	N
23	NR	N	N	N	C
24	NR	N	N	N	N

Classificação: R = risco, NR = não risco; Áreas do Denver-II: N = normalidade, C = cuidado, A = atraso

APÊNDICE M – Avaliação dos indicadores de risco do desenvolvimento das crianças do grupo de 24 a 30 meses, por meio do Teste de Denver-II: classificação em termos da presença de risco ou não e nas áreas (linguagem, motora fina e ampla e pessoal/social) a presença de cuidado, atraso ou normalidade e LAVE: classificação em termos da presença de risco ou não e a pontuação-padrão

Participantes (24-30m)	Áreas do Denver-II					LAVE	
	Classificação Global	Linguagem	Motor Amplo	Motor Fino	Pessoal/Social	Pontuação	Classificação
01	R	A	C	C	N	32,40	C
02	NR	C	N	N	N	65,50	NC
03	R	C	N	C	N	50,00	NC
04	NR	N	N	N	N	85,50	NC
05	R	N	C	C	N	98,70	NC
06	R	C	N	N	N	41,00	C
07	NR	N	N	N	N	94,70	NC
08	NR	N	N	C	N	82,90	NC
09	R	C	C	C	N	77,60	NC
10	NR	C	N	N	N	47,40	NC
11	R	C	C	C	N	109,70	NC
12	R	N	C	C	N	94,50	NC
13	NR	N	N	N	N	66,30	NC
14	NR	C	N	N	N	54,50	NC
15	NR	N	N	N	N	89,50	NC
16	NR	N	N	N	N	99,50	NC
17	NR	N	N	N	N	103,20	NC
18	NR	N	N	N	N	93,90	NC
19	R	C	N	N	C	95,30	NC
20	NR	N	N	N	C	69,20	NC
21	R	C	C	N	C	90,80	NC
22	NR	N	N	N	C	71,80	NC
23	NR	N	C	N	N	81,10	NC
24	NR	N	N	N	N	89,70	NC
25	NR	N	N	N	N	96,30	NC
26	NR	C	N	N	N	94,50	NC
27	NR	N	N	N	C	98,40	NC
28	R	C	C	N	N	53,90	NC
29	NR	N	N	N	N	96,10	NC

Classificação no Denver-II: R = risco, NR = não risco; Áreas do Denver-II: N = normalidade, C = cuidado, A = atraso; Classificação na LAVE: C = clínico ($\leq 45,00$), NC = não clínico

APÊNDICE N – Avaliação dos indicadores de risco do desenvolvimento das crianças do grupo de 31 a 44 meses, por meio do Teste de Denver-II: classificação em termos da presença de risco ou não e nas áreas (linguagem, motora fina e ampla e pessoal/social) a presença de cuidado, atraso ou normalidade e LAVE: classificação em termos da presença de risco ou não e a pontuação-padrão

Participantes (31-44m)	Áreas do Denver-II					LAVE	
	Classificação Global	Linguagem	Motor Ampla	Motor Fino	Pessoal/Social	Pontuação	Classificação
01	R	C	C	N	N	92,10	NC
02	NR	N	N	N	N	91,10	NC
03	NR	N	N	N	N	98,20	NC
04	R	C	N	N	N	110,30	NC
05	R	C	C	C	N	75,50	NC
06	R	C	C	N	N	76,80	NC
07	R	C	C	N	N	108,70	NC
08	R	C	N	C	N	80,30	NC
09	NR	N	N	N	C	61,80	NC
10	NR	N	N	N	N	107,60	NC
11	R	C	C	C	C	55,00	NC
12	R	N	C	N	C	93,90	NC
13	R	C	N	C	C	102,90	NC
14	R	C	N	C	N	51,60	NC
15	R	C	N	N	N	97,40	NC
16	R	A	A	A	A	0	C
17	R	A	N	C	C	26,40	C
18	NR	N	N	N	N	107,90	NC
19	R	N	C	C	C	98,70	NC
20	R	N	C	C	N	67,40	NC
21	R	C	N	C	N	86,30	NC
22	R	C	C	C	C	93,90	NC
23	NR	N	C	N	N	107,10	NC
24	NR	N	N	N	N	95,30	NC
25	NR	N	N	N	N	82,10	NC
26	NR	N	N	N	N	95,00	NC
27	NR	N	N	N	N	103,90	NC

Classificação no Denver-II: R = risco, NR = não risco; Áreas do Denver-II: N = normalidade, C = cuidado, A = atraso; Classificação na LAVE: C = clínico ($\leq 45,00$), NC = não clínico

APÊNDICE O – Avaliação dos indicadores de risco do comportamento das crianças, segundo a percepção dos cuidadores do grupo de 17 a 23 meses, por meio do CBCL: classificação em termos de índice de normalidade, *borderline* e clínico

Participantes (17-23 m)	Amplios grupos de síndromes			Escala de síndromes							Escala segundo DSM IV				
	TP	PI	PE	RE	AD	QS	R	PS	PA _t	CA	PA _f	PA _n	PDI	PDAH	POD
01	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
02	C	C	B	C	C	C	C	N	B	N	B	C	C	C	N
03	N	N	N	N	N	N	N	N	N	B	N	N	N	N	N
04	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
05	N	N	N	N	N	N	N	B	N	N	N	N	N	N	N
06	B	B	B	N	B	N	N	N	N	N	N	C	B	N	N
07	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
08	B	B	N	B	N	N	N	C	B	N	N	N	N	N	N
09	C	C	B	N	B	C	N	N	C	N	N	C	N	C	B
10	C	C	C	B	C	N	N	C	C	N	N	C	B	B	N
11	C	N	C	N	N	N	N	N	B	C	B	N	N	B	C
12	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
13	N	N	N	N	B	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
14	N	N	B	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
15	C	C	C	B	C	B	N	N	N	B	N	C	B	N	C
16	C	B	C	N	B	N	N	N	N	B	N	B	N	N	B
17	B	N	C	N	N	N	N	N	N	B	B	N	N	B	N
18	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
19	B	C	N	N	C	C	N	N	N	N	N	C	B	N	N
20	C	C	C	B	C	N	B	N	C	C	N	B	B	C	N
21	C	B	B	B	B	N	N	C	B	N	C	N	N	N	N
22	C	C	N	N	B	B	N	N	N	N	N	N	C	N	N
23	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
24	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N

Amplios grupos de síndromes: TP = total de problemas, PI = problemas de internalização, PE = problemas de externalização; Escalas de síndromes: RE = reativa emocionalmente, AD = ansiedade/depressão, QS = queixas somáticas, R = retraimento, PS = problemas de sono, At = problemas de atenção, CA = comportamento agressivo; Escalas DSM IV: PA_f = problemas afetivos; PA_n = problemas de ansiedade; PDI – problemas desenvolvimentais invasivos; PDAH = problemas de déficit de atenção e hiperatividade; POD = problemas oposicionais desafiadores; N = normal; B = *borderline*; C = clínico

APÊNDICE P - Avaliação dos indicadores de risco do comportamento das crianças, segundo a percepção dos cuidadores do grupo de 24 a 30 meses, por meio do CBCL: classificação em termos de índice de normalidade, *borderline* e clínico

Participantes (24-30m)	Ampos grupos de síndromes			Escala de síndromes							Escala segundo DSM IV				
	TP	PI	PE	RE	AD	QS	R	PS	PAf	CA	PAf	PAn	PDI	PDAH	POD
01	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
02	N	N	N	N	N	B	N	N	N	N	N	N	N	N	N
03	C	C	C	N	B	N	N	C	N	B	C	B	B	N	C
04	B	C	N	B	C	B	N	N	N	N	N	B	N	N	N
05	B	B	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
06	C	B	C	B	B	N	N	C	C	B	C	C	B	B	N
07	C	B	B	B	N	N	N	B	N	N	B	N	N	N	C
08	C	C	C	B	B	N	N	N	B	C	B	N	N	N	C
09	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
10	B	C	B	B	B	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
11	B	C	N	C	N	N	C	N	N	N	N	N	B	N	N
12	N	N	N	N	N	N	N	N	C	N	N	N	N	N	N
13	N	N	B	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
14	N	N	B	N	N	N	N	N	B	N	N	N	N	C	N
15	C	C	B	C	C	C	N	N	C	N	N	C	C	C	N
16	B	C	N	B	B	N	N	N	B	N	N	C	N	C	N
17	N	B	N	B	N	N	N	N	N	N	N	N	B	N	N
18	N	B	N	N	N	B	N	N	N	N	N	N	N	N	N
19	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
20	N	N	N	N	N	N	N	N	C	N	N	N	N	N	N
21	B	C	N	B	C	N	N	N	N	N	C	C	N	N	N
22	C	C	C	C	C	N	B	N	B	B	N	C	C	N	B
23	C	C	B	B	B	B	N	N	N	N	N	B	C	N	N
24	C	C	C	N	C	N	C	N	B	C	C	C	C	B	C
25	C	N	C	N	B	N	N	N	C	B	N	B	N	C	N
26	N	N	N	N	N	N	N	N	B	N	N	N	N	N	N
27	N	B	N	N	N	B	N	N	N	N	N	B	N	N	N
28	N	B	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
29	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N

Ampos grupos de síndromes: TP = total de problemas, PI = problemas de internalização, PE = problemas de externalização; Escalas de síndromes: RE = reativa emocionalmente, AD = ansiedade/depressão, QS = queixas somáticas, R = retraimento, PS = problemas de sono, At = problemas de atenção, CA = comportamento agressivo; Escalas DSM IV: PAf = problemas afetivos; PAn = problemas de ansiedade; PDI – problemas desenvolvimentais invasivos; PDAH = problemas de déficit de atenção e hiperatividade; POD = problemas oposicionais desafiadores; N = normal; B = *borderline*; C = clínico

APÊNDICE Q - Avaliação dos indicadores de risco do comportamento das crianças, segundo a percepção dos cuidadores do grupo de 31 a 44 meses, por meio do CBCL: classificação em termos de índice de normalidade, *borderline* e clínico

Participantes (31-44 m)	Amplios grupos de síndromes			Escala de síndromes							Escala segundo DSM IV				
	TP	PI	PE	RE	AD	QS	R	PS	PA _t	CA	PA _f	PA _n	PDI	PDAH	POD
01	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
02	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
03	B	B	B	B	B	N	N	N	N	B	N	B	N	N	B
04	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
05	B	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
06	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
07	B	C	N	N	B	B	C	N	N	N	N	N	B	N	N
08	N	N	N	N	N	N	N	N	B	N	N	N	N	N	N
09	B	N	C	N	N	N	N	C	N	B	C	N	N	N	B
10	N	B	N	N	N	B	N	N	N	N	N	N	N	N	N
11	C	C	C	C	C	C	B	N	N	B	B	C	B	N	C
12	N	B	N	N	C	N	N	N	N	N	N	C	N	N	N
13	N	B	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
14	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
15	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
16	N	C	N	N	N	B	C	N	N	N	N	N	C	N	N
17	C	C	C	C	C	N	C	N	N	C	C	C	C	N	C
18	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
19	C	N	B	N	N	N	N	N	N	B	N	N	N	N	N
20	B	B	N	N	C	N	N	N	N	N	C	C	N	N	B
21	N	N	B	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
22	C	C	C	N	C	N	N	N	N	B	N	C	N	N	B
23	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
24	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
25	C	C	B	N	C	B	N	N	N	N	N	C	N	N	N
26	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
27	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N

Amplios grupos de síndromes: TP = total de problemas, PI = problemas de internalização, PE = problemas de externalização; Escalas de síndromes: RE = reativa emocionalmente, AD = ansiedade/depressão, QS = queixas somáticas, R = retraimento, PS = problemas de sono, At = problemas de atenção, CA = comportamento agressivo; Escalas DSM IV: PA_f = problemas afetivos; PA_n = problemas de ansiedade; PDI = problemas desenvolvimentais invasivos; PDAH = problemas de déficit de atenção e hiperatividade; POD = problemas oposicionais desafiadores; N = normal; B = *borderline*; C = clínico

APÊNDICE R – Indicadores de estimulação ambiental de acordo com avaliação do Inventário HOME, no grupo de 6 a 7 meses, em termos do escore total, classificação segundo resultados do estudo de Bradley e Caldwell e da amostra do estudo, e o resultado em escore por subescala

Participantes (6-7m)	Escore total	Classificação Bradley e Caldwell ⁽¹⁾ (45 itens)	Classificação Amostra do estudo ⁽²⁾ (42 itens)	Inventário HOME					
				Responsividade (11 itens)	Aceitação (6 itens)	Organização do ambiente físico geral (8 itens)	Provisão de materiais apropriados (9 itens)	Envolvimento maternal com a criança (6 itens)	Oportunidade de variar o estímulo do cotidiano (5 itens)
01	26	M	I	5	5	6	3	4	3
02	32	M	M	10	6	6	1	6	3
03	28	M	M	10	5	6	2	2	3
04	24	I	I	8	6	4	0	3	3
05	33	M	M	9	5	5	5	6	3
06	33	M	M	8	5	6	5	6	3
07	27	M	I	4	5	6	3	6	3
08	39	S	S	10	5	6	7	6	5
09	35	M	S	9	5	6	7	5	3
10	31	M	M	11	5	6	2	5	2
11	36	M	S	10	4	7	7	5	3
12	40	S	S	10	6	8	6	6	4
13	26	M	I	8	6	6	1	3	2
14	32	M	M	7	6	6	5	5	3
15	30	M	M	10	6	7	1	3	3
16	37	S	S	9	6	6	7	5	3
17	31	M	M	5	6	6	6	5	3
18	31	M	M	10	6	6	4	4	1
19	24	I	I	9	6	7	0	1	1
20	27	M	I	8	6	6	2	3	2

(1) Classificação segundo Bradley e Caldwell: I = Inferior à 4ª parte (0 a 25 itens presentes), M = Médio (26 a 36 itens presentes), S = Superior à 4ª parte (37 a 45 itens presentes)

(2) Classificação da amostra do estudo: I = Inferior à 4ª parte (0 a 27 itens presentes), M = Médio (28 a 33 itens presentes), S = Superior à 4ª parte (33 a 42 itens presentes)

APÊNDICE S - Indicadores de estimulação ambiental de acordo com avaliação do Inventário HOME, no grupo de 11 a 14 meses, em termos do escore total, classificação segundo resultados do estudo de Bradley e Caldwell e da amostra do estudo, e o resultado em escore por subescala

Participantes (11-14m)	Escore total	Classificação Bradley e Caldwell ⁽¹⁾ (45 itens)	Classificação Amostra do estudo ⁽²⁾ (42 itens)	Inventário HOME		Subescalas			
				Responsividade (11 itens)	Aceitação (6 itens)	Organização do ambiente físico geral (8 itens)	Provisão de materiais apropriados (9 itens)	Envolvimento maternal com a criança (6 itens)	Oportunidade de variar o estímulo do cotidiano (5 itens)
01	38	S	S	10	5	6	8	6	3
02	31	M	M	8	6	6	3	5	3
03	32	M	M	8	5	6	7	3	3
04	28	M	M	5	6	5	3	6	3
05	28	M	M	8	3	6	4	4	3
06	28	M	M	8	4	6	3	4	3
07	25	I	I	9	5	6	3	1	1
08	27	M	I	8	5	5	2	5	2
09	28	M	M	8	5	6	3	5	1
10	21	I	I	7	2	5	3	2	2
11	36	M	S	10	5	7	6	5	3
12	25	I	I	8	6	6	0	2	3
13	28	M	M	10	5	7	3	2	1
14	25	I	I	7	6	5	3	1	3
15	29	M	M	11	3	7	5	2	1
16	27	M	I	7	6	7	2	2	3
17	29	M	M	7	4	7	5	4	2
18	32	M	M	10	5	5	6	3	3
19	40	S	S	9	6	7	8	5	5
20	31	M	M	11	6	6	2	3	3

(1) Classificação segundo Bradley e Caldwell: I = Inferior à 4ª parte (0 a 25 itens presentes), M = Médio (26 a 36 itens presentes), S = Superior à 4ª parte (37 a 45 itens presentes)

(2) Classificação da amostra do estudo: I = Inferior à 4ª parte (0 a 27 itens presentes), M = Médio (28 a 33 itens presentes), S = Superior à 4ª parte (33 a 42 itens presentes)

APÊNDICE T - Indicadores de estimulação ambiental de acordo com avaliação do Inventário HOME, no grupo de 17 a 23 meses, em termos do escore total, classificação segundo resultados do estudo de Bradley e Caldwell e da amostra do estudo, e o resultado em escore por subescala

Participantes (17-23m)	Escore total	Classificação Bradley e Caldwell ⁽¹⁾ (45 itens)	Classificação Amostra do estudo ⁽²⁾ (42 itens)	Inventário HOME					
				Responsividade (11 itens)	Aceitação (6 itens)	Organização do ambiente físico geral (8 itens)	Provisão de materiais apropriados (9 itens)	Envolvimento maternal com a criança (6 itens)	Oportunidade de variar o estímulo do cotidiano (5 itens)
01	36	M	S	10	5	6	9	3	3
02	32	M	M	6	5	6	7	4	4
03	33	M	M	7	6	7	6	4	3
04	39	S	S	11	6	6	8	5	3
05	38	S	S	10	5	7	7	6	3
06	29	M	M	7	6	6	3	3	4
07	34	M	S	8	4	6	6	5	5
08	36	M	S	9	4	6	8	5	4
09	27	M	I	7	2	6	5	3	4
10	29	M	M	10	5	6	2	3	3
11	23	I	I	7	3	7	1	4	1
12	35	M	S	11	6	6	6	3	3
13	22	I	I	10	4	4	0	1	3
14	30	M	M	11	4	6	4	2	3
15	31	M	M	9	6	5	5	3	3
16	26	M	I	11	5	4	1	3	2
17	41	S	S	11	6	7	8	5	4
18	32	M	M	9	5	6	5	4	3
19	27	M	I	11	3	6	2	2	3
20	33	M	M	8	6	7	5	5	2
21	21	I	I	6	6	2	2	2	3
22	28	M	M	9	6	6	2	3	2
23	36	M	S	9	6	6	8	5	2
24	40	S	S	10	6	6	9	5	4

(1) Classificação segundo Bradley e Caldwell: I = Inferior à 4ª parte (0 a 25 itens presentes), M = Médio (26 a 36 itens presentes), S = Superior à 4ª parte (37 a 45 itens presentes)

(2) Classificação da amostra do estudo: I = Inferior à 4ª parte (0 a 27 itens presentes), M = Médio (28 a 33 itens presentes), S = Superior à 4ª parte (33 a 42 itens presentes)

APÊNDICE U - Indicadores de estimulação ambiental de acordo com avaliação do Inventário HOME, no grupo de 24 a 30 meses, em termos do escore total, classificação segundo resultados do estudo de Bradley e Caldwell e da amostra do estudo, e o resultado em escore por subescala

Participantes (24-30m)	Escore total	Classificação Bradley e Caldwell ⁽¹⁾ (45 itens)	Classificação Amostra do estudo ⁽²⁾ (42 itens)	Inventário HOME					
				Subescalas					
				Responsividade (11 itens)	Aceitação (6 itens)	Organização do ambiente físico geral (8 itens)	Provisão de materiais apropriados (9 itens)	Envolvimento maternal com a criança (6 itens)	Oportunidade de variar o estímulo do cotidiano (5 itens)
01	26	M	I	5	4	5	6	3	3
02	27	M	I	8	4	6	5	1	3
03	16	I	I	7	3	3	0	2	1
04	36	M	S	10	6	5	7	5	3
05	35	M	S	10	6	5	7	4	3
06	30	M	M	9	4	5	6	3	3
07	40	S	S	10	4	7	9	6	4
08	33	M	M	7	3	8	8	5	2
09	27	M	I	6	1	7	5	5	3
10	28	M	M	10	3	4	2	5	4
11	28	M	M	9	1	6	6	4	2
12	27	M	I	11	6	5	1	3	1
13	32	M	M	10	4	7	4	5	2
14	33	M	M	9	3	6	6	5	4
15	30	M	M	10	5	4	4	4	3
16	42	S	S	11	6	7	9	5	4
17	36	M	S	11	6	6	4	6	3
18	37	S	S	9	5	6	7	5	5
19	27	M	I	11	2	6	2	3	3
20	30	M	M	8	6	6	6	3	1
21	29	M	M	9	4	6	5	2	3
22	28	M	M	7	6	6	4	3	2
23	30	M	M	9	3	5	6	4	3
24	32	M	M	9	5	6	5	3	4
25	30	M	M	6	3	6	5	6	4
26	30	M	M	7	6	6	5	3	3
27	31	M	M	9	5	6	4	4	3
28	34	M	S	10	5	7	7	3	2
29	29	M	M	10	4	6	4	3	2

(1) Classificação segundo Bradley e Caldwell: I = Inferior à 4ª parte (0 a 25 itens presentes), M = Médio (26 a 36 itens presentes), S = Superior à 4ª parte (37 a 45 itens presentes)

(2) Classificação da amostra do estudo: I = Inferior à 4ª parte (0 a 27 itens presentes), M = Médio (28 a 33 itens presentes), S = Superior à 4ª parte (33 a 42 itens presentes)

APÊNDICE V - Indicadores de estimulação ambiental de acordo com avaliação do Inventário HOME, no grupo de 31 a 44 meses, em termos do escore total, classificação segundo resultados do estudo de Bradley e Caldwell e da amostra do estudo, e o resultado em escore por subescala

Participantes (31-44m)	Escore total	Classificação Bradley e Caldwell ⁽¹⁾ (45 itens)	Classificação Amostra do estudo ⁽²⁾ (42 itens)	Inventário HOME					
				Subescalas					
				Responsividade (11 itens)	Aceitação (6 itens)	Organização do ambiente físico geral (8 itens)	Provisão de materiais apropriados (9 itens)	Envolvimento maternal com a criança (6 itens)	Oportunidade de variar o estímulo do cotidiano (5 itens)
01	28	M	M	9	2	5	6	3	3
02	26	M	I	7	2	6	5	2	4
03	34	M	S	8	5	6	7	5	3
04	23	I	I	5	4	6	3	4	1
05	30	M	M	6	4	6	6	5	3
06	37	S	S	8	6	6	8	4	5
07	30	M	M	9	4	6	5	3	3
08	29	M	M	10	6	5	3	2	3
09	17	I	I	6	3	5	1	0	2
10	34	M	S	10	3	6	7	5	3
11	28	M	M	10	2	5	4	5	2
12	35	M	S	9	2	7	7	5	5
13	34	M	S	11	3	7	6	5	2
14	28	M	M	7	4	6	6	3	2
15	23	I	I	9	3	5	3	2	1
16	25	I	I	7	6	5	0	4	3
17	28	M	M	6	5	5	3	6	3
18	37	S	S	11	6	5	7	5	3
19	38	S	S	9	4	7	9	5	4
20	33	M	M	9	2	5	8	6	3
21	35	M	S	8	6	7	7	5	2
22	27	M	I	10	0	6	5	3	3
23	32	M	M	11	4	6	5	3	3
24	24	I	I	7	5	4	4	2	2
25	20	I	I	7	2	5	1	4	1
26	27	M	I	9	3	5	4	3	3
27	34	M	S	6	6	5	8	5	4

(1) Classificação segundo Bradley e Caldwell: I = Inferior à 4ª parte (0 a 25 itens presentes), M = Médio (26 a 36 itens presentes), S = Superior à 4ª parte (37 a 45 itens presentes)

(2) Classificação da amostra do estudo: I = Inferior à 4ª parte (0 a 27 itens presentes), M = Médio (28 a 33 itens presentes), S = Superior à 4ª parte (33 a 42 itens presentes)

APÊNDICE W - Resultados dos eventos adversos relatados pelos cuidadores em termos do número de eventos, classificação em quartis e fonte estressora, no grupo de crianças de seis e sete meses

Participantes (6-7m)	Número de eventos relatados	Classificação em Quartis ⁽¹⁾	Escala de Eventos Vitais		Fontes estressoras ⁽²⁾			
			Trabalho	Perda de suporte social	Família	Mudanças no ambiente	Dificuldades pessoais	Finanças
01	2	I	1	0	1	0	0	0
02	5	M	1	1	0	0	1	1
03	1	I	1	0	0	0	0	0
04	10	S	1	1	1	1	1	1
05	0	I	0	0	0	0	0	0
06	5	M	0	0	1	1	1	0
07	5	M	1	0	1	0	1	0
08	5	M	1	0	0	0	1	1
09	1	I	0	0	1	0	0	0
10	6	M	1	0	1	1	1	0
11	8	S	1	0	0	1	1	0
12	6	M	0	0	1	1	1	1
13	8	S	1	1	1	0	1	1
14	6	M	1	1	1	1	0	0
15	12	S	1	1	1	0	1	1
16	4	I	0	1	1	0	0	0
17	8	S	1	0	1	1	1	0
18	13	S	1	1	1	1	1	1
19	9	S	1	1	1	1	0	1
20	9	S	0	0	1	1	1	1

⁽¹⁾ Classificação da amostra do estudo: I = Inferior à 4ª parte (0 a 4 itens relatados), M = Médio (5 a 7 itens relatados), S = Superior à 4ª parte (8 a 15 itens relatados);

⁽²⁾ Fontes estressoras: 0 = não relatado pelo cuidador, 1 = relatado pelo cuidador

APÊNDICE X - Resultados dos eventos adversos relatados pelos cuidadores em termos do número de eventos, classificação em quartis e fonte estressora, no grupo de crianças de 11 a 14 meses

Participantes (11-14m)	Número de eventos relatados	Classificação em Quartis ⁽¹⁾	Escala de Eventos Vitais		Fontes estressoras ⁽²⁾			
			Trabalho	Perda de suporte social	Família	Mudanças no ambiente	Dificuldades pessoais	Finanças
01	7	M	0	1	1	1	1	1
02	9	S	1	1	1	1	1	0
03	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD	AD
04	6	M	0	1	1	1	1	0
05	10	S	1	1	1	1	1	1
06	10	S	1	1	1	1	1	1
07	4	I	1	0	0	1	1	1
08	3	I	1	0	1	1	0	0
09	5	M	0	0	1	1	1	0
10	5	M	0	0	0	1	1	1
11	4	I	0	0	0	1	1	1
12	9	S	1	0	1	1	1	1
13	6	M	0	1	1	1	1	1
14	2	I	0	0	1	0	0	1
15	4	I	0	0	1	0	1	1
16	14	S	1	0	1	1	1	1
17	8	S	1	0	1	0	1	1
18	3	I	0	0	1	1	0	1
19	4	I	0	1	1	0	0	1
20	7	M	1	0	1	1	0	1

⁽¹⁾ Classificação da amostra do estudo: I = Inferior à 4ª parte (0 a 4 itens relatados), M = Médio (5 a 7 itens relatados), S = Superior à 4ª parte (8 a 15 itens relatados);

⁽²⁾ Fontes estressoras: 0 = não relatado pelo cuidador, 1 = relatado pelo cuidador

APÊNDICE Y - Resultados dos eventos adversos relatados pelos cuidadores em termos do número de eventos, classificação em quartis e fonte estressora, no grupo de crianças de 17 a 23 meses

Participantes (17-23m)	Número de eventos relatados	Classificação em Quartis ⁽¹⁾	Escala de Eventos Vitais		Fontes estressoras ⁽²⁾			
			Trabalho	Perda de suporte social	Família	Mudanças no ambiente	Dificuldades pessoais	Finanças
01	2	I	0	0	1	0	1	0
02	5	M	0	0	1	1	1	0
03	3	I	1	0	0	0	0	1
04	3	I	1	0	0	1	0	0
05	9	S	1	0	1	1	1	1
06	3	I	0	0	0	0	1	1
07	6	M	1	1	1	0	1	0
08	8	S	1	0	1	1	1	0
09	8	S	1	1	1	0	1	1
10	12	S	1	1	1	1	1	1
11	8	S	1	1	1	0	1	1
12	9	S	1	1	1	0	1	0
13	5	M	0	1	0	0	1	1
14	7	M	1	1	0	0	1	1
15	4	I	0	1	0	0	1	1
16	4	I	0	0	1	0	1	1
17	3	I	1	0	1	0	1	0
18	10	S	1	0	1	1	1	1
19	10	S	1	0	0	1	1	1
20	15	S	1	1	1	1	1	1
21	6	M	0	0	1	1	1	0
22	10	S	0	1	1	0	1	1
23	7	M	0	0	1	0	1	1
24	7	M	1	1	1	1	1	1

⁽¹⁾ Classificação da amostra do estudo: I = Inferior à 4ª parte (0 a 4 itens relatados), M = Médio (5 a 7 itens relatados), S = Superior à 4ª parte (8 a 15 itens relatados);

⁽²⁾ Fontes estressoras: 0 = não relatado pelo cuidador, 1 = relatado pelo cuidador

APÊNDICE Z - Resultados dos eventos adversos relatados pelos cuidadores em termos do número de eventos, classificação em quartis e fonte estressora, no grupo de crianças de 24 a 30 meses

Participantes (24-30 m)	Número de eventos relatados	Classificação em Quartis ⁽¹⁾	Escala de Eventos Vitais		Fontes estressoras ⁽²⁾			
			Trabalho	Perda de suporte social	Família	Mudanças no ambiente	Dificuldades pessoais	Finanças
01	5	M	1	0	0	0	1	1
02	2	I	1	0	0	0	0	0
03	7	M	0	0	1	0	1	1
04	2	I	0	0	0	0	1	1
05	7	M	1	1	0	1	1	1
06	8	S	1	1	1	1	0	1
07	7	M	1	1	1	0	1	1
08	6	M	0	1	1	1	1	1
09	9	S	1	0	1	0	1	0
10	5	M	0	0	1	0	1	0
11	4	I	0	0	1	0	1	1
12	4	I	0	0	0	1	0	1
13	9	S	1	0	1	0	1	1
14	5	M	0	0	1	0	1	1
15	8	S	1	0	1	1	1	1
16	2	I	0	0	1	0	1	0
17	5	M	1	0	1	1	0	1
18	4	I	1	1	1	0	1	0
19	7	M	1	0	1	1	0	1
20	12	S	0	1	1	1	1	1
21	8	S	0	1	1	0	1	0
22	7	M	1	0	1	1	1	1
23	11	S	1	0	1	1	1	1
24	8	S	1	0	1	1	1	1
25	12	S	1	1	1	1	1	1
26	8	S	1	0	1	1	1	0
27	3	I	1	1	0	0	1	0
28	6	M	0	1	1	0	1	1
29	4	I	1	1	0	1	1	0

⁽¹⁾ Classificação da amostra do estudo: I = Inferior à 4ª parte (0 a 4 itens relatados), M = Médio (5 a 7 itens relatados), S = Superior à 4ª parte (8 a 15 itens relatados);

⁽²⁾ Fontes estressoras: 0 = não relatado pelo cuidador, 1 = relatado pelo cuidador

APÊNDICE AA - Resultados dos eventos adversos relatados pelos cuidadores em termos do número de eventos, classificação em quartis e fonte estressora, no grupo de crianças de 31 a 44 meses

Participantes (31-44 m)	Número de eventos relatados	Classificação em Quartis ⁽¹⁾	Escala de Eventos Vitais		Fontes estressoras ⁽²⁾			
			Trabalho	Perda de suporte social	Família	Mudanças no ambiente	Dificuldades pessoais	Finanças
01	3	I	0	0	1	0	0	1
02	6	M	1	0	1	1	0	1
03	9	S	1	0	1	1	1	1
04	1	I	1	0	0	0	0	0
05	9	S	1	1	1	1	1	1
06	7	M	0	1	1	1	1	0
07	11	S	1	1	1	1	1	1
08	4	I	1	1	1	0	0	0
09	8	S	1	1	1	1	1	1
10	3	I	1	0	1	1	0	0
11	7	M	1	1	1	0	0	1
12	5	M	1	0	1	0	1	1
13	3	I	0	1	0	0	0	1
14	7	M	1	1	1	1	1	1
15	6	M	0	0	1	1	1	0
16	9	S	0	1	1	1	1	1
17	9	S	0	1	1	1	1	1
18	3	I	0	1	1	0	1	0
19	4	I	0	1	0	0	1	1
20	2	I	1	0	0	0	0	1
21	8	S	1	0	1	0	1	1
22	2	I	0	0	0	1	0	1
23	3	I	1	0	0	0	0	1
24	10	S	1	1	1	0	1	1
25	5	M	1	0	1	1	1	0
26	7	M	1	1	1	0	1	0
27	3	I	1	1	0	0	0	0

⁽¹⁾ Classificação da amostra do estudo: I = Inferior à 4ª parte (0 a 4 itens relatados), M = Médio (5 a 7 itens relatados), S = Superior à 4ª parte (8 a 15 itens relatados);

⁽²⁾ Fontes estressoras: 0 = não relatado pelo cuidador, 1 = relatado pelo cuidador

APÊNDICE BB – Resultados da avaliação segundo a EMEP, no grupo de 6 e 7 meses

Participantes (6-7m)	Tipos de problemas relatados	Escala Modos de Enfrentamento de Problemas			
		Estratégias de enfrentamento dos cuidadores			
		Focalização no problema	Focalização na emoção	Práticas religiosas e/ou pensamento fantasioso	Busca de suporte social
01	Desemprego	0	0	0	0
02	Vários tipos de problemas	0	0	0	1
03	Desemprego	0	0	0	1
04	Vários tipos de problemas	0	0	0	1
05	NR	NR	NR	NR	NR
06	Vários tipos de problemas	0	0	0	0
07	Vários tipos de problemas	0	0	0	0
08	Financeiro	0	0	1	0
09	Gravidez solteira	0	0	0	0
10	Gravidez solteira	0	0	0	0
11	Financeiro	0	0	0	1
12	Familiar	0	0	0	0
13	Pessoal	0	1	0	1
14	Saúde	0	0	1	0
15	Vários tipos de problemas	0	1	0	1
16	Vários tipos de problemas	0	0	0	0
17	Vários tipos de problemas	0	0	0	0
18	Vários tipos de problemas	0	0	0	0
19	Vários tipos de problemas	0	0	0	0
20	Vários tipos de problemas	0	0	0	0

Classificação na EMEP: 1 = clínico; 0 = não clínico; NR = mãe disse não ter problema

APÊNDICE CC – Resultados da avaliação dos cuidadores segundo a EMEP, no grupo de 11 a 14 meses

Participantes (11-14m)	Tipos de problemas relatados	Escala Modos de Enfrentamento de Problemas			
		Estratégias de enfrentamento dos cuidadores			
		Focalização no problema	Focalização na emoção	Práticas religiosas e/ou pensamento fantasioso	Busca de suporte social
01	Financeiro	0	0	0	0
02	NR	NR	NR	NR	NR
03	NR	NR	NR	NR	NR
04	Vários tipos de problemas	0	0	0	1
05	Vários tipos de problemas	0	0	0	0
06	Vários tipos de problemas	0	0	0	0
07	Familiar	0	1	0	0
08	Conjugal	0	0	0	0
09	Desemprego	0	0	0	0
10	Pessoal	1	0	0	1
11	Vários tipos de problemas	0	0	0	0
12	Pessoal	0	0	0	0
13	Vários tipos de problemas	0	0	0	1
14	NR	NR	NR	NR	NR
15	Vários tipos de problemas	0	1	0	1
16	Vários tipos de problemas	0	0	0	0
17	Vários tipos de problemas	0	0	0	0
18	Financeiro	0	0	0	0
19	Familiar	0	0	0	0
20	Vários tipos de problemas	0	0	0	1

Classificação na EMEP: 1 = clínico; 0 = não clínico; NR = mãe disse não ter problema

APÊNDICE DD – Resultados da avaliação dos cuidadores segundo a EMEP, no grupo de 17 a 23 meses

Participantes (17-23m)	Tipos de problemas relatados	Escala Modos de Enfrentamento de Problemas			
		Estratégias de enfrentamento dos cuidadores			
		Focalização no problema	Focalização na emoção	Práticas religiosas e/ou pensamento fantasioso	Busca de suporte social
01	Familiar	0	0	0	1
02	Vários tipos de problemas	0	0	0	0
03	Desemprego	0	0	0	0
04	Desemprego	0	0	1	0
05	Financeiro	0	0	0	0
06	Financeiro	0	0	0	1
07	Financeiro	0	0	0	0
08	Vários tipos de problemas	0	0	0	0
09	Pessoal	0	1	0	1
10	Financeiro	0	0	0	0
11	Vários tipos de problemas	1	0	1	0
12	Pessoal	0	0	0	0
13	Financeiro	0	0	0	0
14	Vários tipos de problemas	0	0	0	0
15	Familiar	0	0	0	0
16	Vários tipos de problemas	0	0	0	1
17	Conjugal	0	0	0	1
18	Vários tipos de problemas	1	1	0	0
19	Vários tipos de problemas	1	1	0	1
20	Vários tipos de problemas	0	0	1	1
21	Financeiro	0	0	0	0
22	Conjugal	0	0	0	0
23	Conjugal	0	0	0	1
24	Financeiro	0	0	0	0

Classificação na EMEP: 1 = clínico; 0 = não clínico; NR = mãe disse não ter problema

APÊNDICE EE – Resultados da avaliação dos cuidadores segundo a EMEP, no grupo de 24 a 30 meses

Participantes (24-30m)	Tipos de problemas relatados	Escala Modos de Enfrentamento de Problemas			
		Estratégias de enfrentamento dos cuidadores			
		Focalização no problema	Focalização na emoção	Práticas religiosas e/ou pensamento fantasioso	Busca de suporte social
01	Vários tipos de problemas	0	0	0	1
02	Desemprego	0	0	0	1
03	Conjugal	0	0	0	0
04	Financeiro	0	0	0	0
05	Saúde	0	0	0	0
06	Conjugal	0	0	0	0
07	Vários tipos de problemas	0	0	0	0
08	Financeiro	0	0	0	0
09	Conjugal	0	1	0	0
10	Vários tipos de problemas	0	1	0	1
11	Financeiro	0	0	0	0
12	Vários tipos de problemas	0	0	0	0
13	Conjugal	0	0	0	1
14	Pessoal	0	0	0	1
15	Desemprego	0	0	0	0
16	Familiar	0	0	0	0
17	Vários tipos de problemas	0	0	0	0
18	Financeiro	0	0	0	1
19	Vários tipos de problemas	0	0	0	1
20	Conjugal	0	0	0	1
21	Saúde	0	1	0	0
22	Vários tipos de problemas	0	1	0	0
23	Vários tipos de problemas	0	0	0	0
24	Vários tipos de problemas	0	0	0	0
25	Conjugal	0	0	0	0
26	Vários tipos de problemas	0	0	0	0
27	Familiar	0	0	0	0
28	Vários tipos de problemas	0	0	0	0
29	Vários tipos de problemas	0	0	0	1

Classificação na EMEP: 1 = clínico; 0 = não clínico; NR = mãe disse não ter problema

APÊNDICE FF – Resultados da avaliação dos cuidadores segundo a EMEP, no grupo de 31 a 44 meses

Participantes (31-44m)	Tipos de problemas relatados	Escala Modos de Enfrentamento de Problemas			
		Estratégias de enfrentamento dos cuidadores			
		Focalização no problema	Focalização na emoção	Práticas religiosas e/ou pensamento fantasioso	Busca de suporte social
01	Vários tipos de problemas	0	0	0	1
02	NR	NR	NR	NR	NR
03	Financeiro	0	0	0	1
04	Conjugal	0	0	0	1
05	Pessoal	0	0	0	1
06	Alcoolismo do marido	0	0	0	0
07	Alcoolismo do marido	0	0	0	1
08	Alcoolismo do marido	0	0	0	1
09	Vários tipos de problemas	1	1	0	1
10	Saúde	0	0	0	1
11	Vários tipos de problemas	0	0	0	0
12	Financeiro	0	0	0	0
13	Financeiro	0	0	0	1
14	Financeiro	0	0	0	0
15	Vários tipos de problemas	0	0	0	0
16	Familiar	0	0	0	1
17	Familiar	0	0	0	1
18	Familiar	0	0	0	1
19	Pessoal	0	0	1	1
20	Vários tipos de problemas	0	0	0	0
21	Vários tipos de problemas	0	0	0	0
22	Vários tipos de problemas	0	0	0	0
23	Pessoal	0	0	0	0
24	Vários tipos de problemas	0	0	0	1
25	Gravidez solteira	0	0	0	0
26	Desemprego	0	0	0	0
27	NR	NR	NR	NR	NR

Classificação na EMEP: 1 = clínico; 0 = não clínico; NR = mãe disse não ter problema

Apêndice GG - Número de itens de risco, segundo Rutter, presentes em cada família, na amostra total e nos grupos por faixa etária – Porcentagem (%)

Número de itens de risco	Amostra total (n = 120)	Grupos por Faixa Etária				
		6-7 meses (n = 20)	11-14 meses (n = 20)	17-23 meses (n = 24)	24-30 meses (n = 29)	31-44 meses (n = 27)
		f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Baixo						
0	7 (6)	2 (10)	1 (5)	3 (12)	1 (4)	0
Moderado						
1	19 (16)	2 (10)	4 (20)	4 (17)	5 (17)	4 (15)
2	30 (25)	6 (30)	5 (25)	5 (21)	8 (28)	6 (22)
Severo						
3	20 (16)	3 (15)	2 (10)	4 (17)	6 (21)	5 (19)
4	17 (14)	2 (10)	3 (15)	4 (17)	3 (10)	5 (18)
5	17 (14)	4 (20)	3 (15)	3 (12)	3 (10)	4 (15)
6	7 (6)	1 (5)	0	1 (4)	2 (7)	3 (11)
7	2 (2)	0	2 (10)	0	0	0
8	1 (1)	0	0	0	1 (3)	0

Apêndice HH - Avaliação do risco psicossocial de acordo com Rutter, Quinton (1977), no grupo de 6-7 meses

Participantes (6-7m)	Índice de risco psicossocial*	Itens de risco psicossocial**									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
2	2	1	0	0	1	1	1	1	0	0	1
3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
4	2	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1
5	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
7	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0
10	2	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1
11	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
14	2	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0
15	2	1	1	0	0	1	0	1	0	0	1
16	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0
17	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
18	2	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0
19	2	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1
20	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0

*Índice de risco psicossocial: 0 = baixo (0-2); 1 = moderado (3); 2 = severo (4 ou mais); **1 = baixo nível educacional dos pais; 2 = habitação superlotada; 3 = pais com doença psiquiátrica (sintomas); 4 = história de delinquência dos pais; 5 = problemas conjugais (conflitos freqüentes, separação, distância emocional); 6 = maternidade/paternidade precoce (< 18 anos ou relacionamento < 6 meses); 7 = rejeição da gravidez; 8 = falta de apoio e integração social (falta de amigos e de ajuda no cuidado da criança); 9 = dificuldades severas crônicas (desemprego/doença por mais de um ano); 10 = falta de capacidade de lidar com problemas (lidar inadequado com eventos estressores, retraimento, resignação, dramatização exagerada)

Apêndice II - Avaliação do risco psicossocial de acordo com Rutter, Quinton (1977), no grupo de 11-14 meses

Participantes (11-14m)	Índice de risco psicossocial*	Itens de risco psicossocial**									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
2	2	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0
3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0
4	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
6	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
7	2	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0
8	2	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1
9	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
10	2	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1
11	2	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1
12	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0
13	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0
14	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	2	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1
16	2	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1
17	2	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1
18	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0

*Índice de risco psicossocial: 0 = baixo (0-2); 1 = moderado (3); 2 = severo (4 ou mais); **1 = baixo nível educacional dos pais; 2 = habitação superlotada; 3 = pais com doença psiquiátrica (sintomas); 4 = história de delinquência dos pais; 5 = problemas conjugais (conflitos freqüentes, separação, distância emocional); 6 = maternidade/paternidade precoce (< 18 anos ou relacionamento < 6 meses); 7 = rejeição da gravidez; 8 = falta de apoio e integração social (falta de amigos e de ajuda no cuidado da criança); 9 = dificuldades severas crônicas (desemprego/doença por mais de um ano); 10 = falta de capacidade de lidar com problemas (lidar inadequado com eventos estressores, retraimento, resignação, dramatização exagerada)

Apêndice JJ - Avaliação do risco psicossocial de acordo com Rutter, Quinton (1977), no grupo de 17-23 meses

Participantes (17-23m)	Índice de risco psicossocial*	Itens de risco psicossocial**									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0
3	2	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
6	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1
7	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
9	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
10	2	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0
11	2	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1
12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
13	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
14	2	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1
15	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
16	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
17	2	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	2	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1
20	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
21	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0
22	2	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1
23	2	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1
24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

*Índice de risco psicossocial: 0 = baixo (0-2); 1 = moderado (3); 2 = severo (4 ou mais); **1 = baixo nível educacional dos pais; 2 = habitação superlotada; 3 = pais com doença psiquiátrica (sintomas); 4 = história de delinquência dos pais; 5 = problemas conjugais (conflitos frequentes, separação, distância emocional); 6 = maternidade/paternidade precoce (< 18 anos ou relacionamento < 6 meses); 7 = rejeição da gravidez; 8 = falta de apoio e integração social (falta de amigos e de ajuda no cuidado da criança); 9 = dificuldades severas crônicas (desemprego/doença por mais de um ano); 10 = falta de capacidade de lidar com problemas (lidar inadequado com eventos estressores, retraimento, resignação, dramatização exagerada)

Apêndice KK - Avaliação do risco psicossocial de acordo com Rutter, Quinton (1977), no grupo de 24-30 meses

Participantes (24-30m)	Índice de risco psicossocial*	Itens de risco psicossocial**									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	2	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1
2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3	2	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1
4	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1
5	2	1	0	0	0	1	1	0	1	1	1
6	2	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1
7	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
9	2	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1
10	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
11	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
12	2	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1
13	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0
14	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0
16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
17	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
19	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0
20	2	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1
21	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
22	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
23	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
24	2	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1
25	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0
26	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
27	2	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0
28	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
29	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

*Índice de risco psicossocial: 0 = baixo (0-2); 1 = moderado (3); 2 = severo (4 ou mais); **1 = baixo nível educacional dos pais; 2 = habitação superlotada; 3 = pais com doença psiquiátrica (sintomas); 4 = história de delinquência dos pais; 5 = problemas conjugais (conflitos frequentes, separação, distância emocional); 6 = maternidade/paternidade precoce (< 18 anos ou relacionamento < 6 meses); 7 = rejeição da gravidez; 8 = falta de apoio e integração social (falta de amigos e de ajuda no cuidado da criança); 9 = dificuldades severas crônicas (desemprego/doença por mais de um ano); 10 = falta de capacidade de lidar com problemas (lidar inadequado com eventos estressores, retraimento, resignação, dramatização exagerada)

Apêndice LL - Avaliação do risco psicossocial de acordo com Rutter, Quinton (1977), no grupo de 31-44 meses

Participantes (31-44m)	Índice de risco psicossocial*	Itens de risco psicossocial**									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
2	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
3	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0
4	2	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0
5	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0
6	2	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1
7	2	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0
8	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
9	2	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1
10	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0
11	2	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0
12	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
13	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0
14	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1
15	2	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1
16	2	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1
17	2	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1
18	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0
20	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
21	2	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1
22	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
24	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0
25	2	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1
26	2	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0
27	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0

*Índice de risco psicossocial: 0 = baixo (0-2); 1 = moderado (3); 2 = severo (4 ou mais); **1 = baixo nível educacional dos pais; 2 = habitação superlotada; 3 = pais com doença psiquiátrica (sintomas); 4 = história de delinquência dos pais; 5 = problemas conjugais (conflitos frequentes, separação, distância emocional); 6 = maternidade/paternidade precoce (< 18 anos ou relacionamento < 6 meses); 7 = rejeição da gravidez; 8 = falta de apoio e integração social (falta de amigos e de ajuda no cuidado da criança); 9 = dificuldades severas crônicas (desemprego/doença por mais de um ano); 10 = falta de capacidade de lidar com problemas (lidar inadequado com eventos estressores, retraimento, resignação, dramatização exagerada)

APÊNDICE MM – Indicadores de risco do desenvolvimento das crianças do grupo de 24 a 30 meses, por meio do Teste de Denver-II: classificação em termos da presença de risco ou não e nas áreas (linguagem, motora fina e ampla e pessoal/social) a presença de cuidado, atraso ou normalidade e LAVE: classificação em termos da presença de risco ou não e a pontuação-padrão, na reavaliação

Participantes (24-30m)	Áreas do Denver-II				LAVE		
	Classificação	Linguagem	Motor Amplo	Motor Fino	Pessoal/Soci al	Pontuação	Classificação
01	R	A	N	A	A	97,9	NC
02	R	A	N	C	N	98,6	NC
04	N	N	N	N	N	103,9	NC
05	N	C	N	N	N	110,0	NC
06	R	C	N	N	N	63,7	NC
08	R	C	C	C	N	105,5	NC
09	R	N	A	N	A	106,6	NC
15	R	A	N	C	N	98,7	NC
16	N	N	C	N	N	109,7	NC
17	N	N	N	N	N	109,5	NC
20	R	C	C	C	C	93,7	NC
27	R	C	N	A	C	109,2	NC
29	N	N	N	N	N	105,3	NC

Classificação no Denver-II: R = risco, NR = não risco; Áreas do Denver-II: N = normalidade, C = cuidado, A = atraso; Classificação na LAVE: C = clínico ($\leq 45,00$), NC = não clínico

APÊNDICE NN – Indicadores de risco do desenvolvimento das crianças do grupo de 31 a 44 meses, por meio do Teste de Denver-II: classificação em termos da presença de risco ou não e nas áreas (linguagem, motora fina e ampla e pessoal/social) a presença de cuidado, atraso ou normalidade e LAVE: classificação em termos da presença de risco ou não e a pontuação-padrão, na reavaliação

Participantes (31-44m)	Áreas do Denver-II				LAVE		
	Classificação	Linguagem	Motor Ampla	Motor Fino	Pessoal/Soci al	Pontuação	Classificação
01	R	N	C	C	N	100,0	NC
02	R	C	N	C	C	106,4	NC
04	R	A	N	A	N	105,2	NC
05	R	N	C	C	N	109,4	NC
06	N	N	N	N	N	106,7	NC
07	R	C	N	C	C	101,1	NC
11	R	A	C	N	N	103,6	NC
12	R	N	C	C	N	108,9	NC
13	N	C	N	N	N	107,2	NC
14	R	N	N	C	N	87,8	NC
16	R	A	A	A	A	0	C
17	R	A	A	A	A	26,4	C
18	N	N	C	N	N	108,6	NC
20	N	N	N	N	N	108,6	NC
26	R	A	C	N	N	103,6	NC

Classificação no Denver-II: R = risco, NR = não risco; Áreas do Denver-II: N = normalidade, C = cuidado, A = atraso; Classificação na LAVE: C = clínico ($\leq 45,00$), NC = não clínico

APÊNDICE OO - Indicadores de risco do comportamento das crianças, segundo a percepção dos cuidadores do grupo de 24 a 30 meses, por meio do CBCL: classificação em termos de índice de normalidade, *borderline* e clínico, na reavaliação

Participantes (24-30m)	Ampos grupos de síndromes			Escala de síndromes							Escala segundo DSM IV				
	TP	PI	PE	RE	AD	QS	R	PS	PA _t	CA	PA _f	PA _n	PDI	PDAH	POD
01	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
02	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
04	C	C	C	B	C	B	C	N	N	C	N	C	C	N	B
05	B	N	B	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
06	C	C	C	C	C	N	B	C	N	C	C	C	C	B	C
08	C	B	C	B	N	N	N	N	N	C	B	N	N	N	C
09	N	B	N	N	N	B	N	N	N	N	N	N	N	N	N
15	B	C	N	N	B	B	N	C	N	N	N	C	N	N	N
16	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
17	N	N	N	B	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
20	N	N	N	N	N	N	N	N	C	N	N	N	N	N	N
27	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
29	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N

Ampos grupos de síndromes: TP = total de problemas, PI = problemas de internalização, PE = problemas de externalização; Escala de síndromes: RE = reativa emocionalmente, AD = ansiedade/depressão, QS = queixas somáticas, R = retraimento, PS = problemas de sono, At = problemas de atenção, CA = comportamento agressivo; Escala DSM IV: PA_f = problemas afetivos; PA_n = problemas de ansiedade; PDI – problemas desenvolvimentais invasivos; PDAH = problemas de déficit de atenção e hiperatividade; POD = problemas oposicionais desafiantes; N = normal; B = *borderline*; C = clínico

APÊNDICE PP - Indicadores de risco do comportamento das crianças, segundo a percepção dos cuidadores do grupo de 31 a 44 meses, por meio do CBCL: classificação em termos de índice de normalidade, *borderline* e clínico, na reavaliação

Participantes (31-44m)	Amplios grupos de síndromes			Escala de síndromes							Escala segundo DSM IV				
	TP	PI	PE	RE	AD	QS	R	PS	PA	CA	PAf	PAn	PDI	PDAH	POD
01	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
02	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
03	B	C	N	B	B	N	N	N	N	N	B	C	N	N	N
04	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
05	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
06	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
07	N	C	N	B	B	B	N	N	N	N	N	N	N	N	N
11	B	C	N	C	N	N	C	N	C	N	N	N	B	N	N
12	N	N	N	N	B	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
13	N	B	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
14	N	B	N	N	B	N	N	N	N	N	N	C	N	N	N
16	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	B	N	N
17	C	C	C	C	N	N	B	N	N	C	N	N	C	N	C
18	N	N	N	N	N	B	N	N	N	N	N	N	N	N	N
20	B	B	B	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	B
22	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
26	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N

Amplios grupos de síndromes: TP = total de problemas, PI = problemas de internalização, PE = problemas de externalização; Escalas de síndromes: RE = reativa emocionalmente, AD = ansiedade/depressão, QS = queixas somáticas, R = retraimento, PS = problemas de sono, At = problemas de atenção, CA = comportamento agressivo; Escalas DSM IV: PAf = problemas afetivos; PAn = problemas de ansiedade; PDI – problemas desenvolvimentais invasivos; PDAH = problemas de déficit de atenção e hiperatividade; POD = problemas oposicionais desafiante; N = normal; B = *borderline*; C = clínico

APÊNDICE QQ - Resultados dos eventos adversos relatados pelos cuidadores em termos do número de eventos, classificação em quartis e fonte estressora, no grupo de crianças de 24 a 30 meses, na reavaliação

Participantes (24-30m)	Número de eventos relatados	Classificação em Quartis ⁽¹⁾	Escala de Eventos Vitais					
			Fontes estressoras ⁽²⁾					
			Trabalho	Perda de suporte social	Família	Mudanças no ambiente	Dificuldades pessoais	Finanças
01	3	I	0	0	0	0	1	1
02	2	I	0	0	0	1	1	0
04	5	M	1	0	1	1	1	1
05	12	S	1	1	1	0	1	1
06	11	S	1	1	1	1	1	1
08	8	S	1	0	0	0	1	1
09	6	M	0	0	1	1	1	0
15	8	S	1	0	0	1	1	1
16	3	I	0	0	1	0	1	0
17	3	I	0	1	1	0	0	1
20	11	S	0	1	1	1	1	1
25	8	S	1	0	1	1	1	1
27	6	M	1	1	1	0	0	1
29	3	I	0	1	1	0	1	0

⁽¹⁾ Classificação da amostra do estudo: I = Inferior à 4ª parte (0 a 4 itens relatados), M = Médio (5 a 7 itens relatados), S = Superior à 4ª parte (8 a 15 itens relatados); ⁽²⁾ Fontes estressoras: 0 = não relatado pelo cuidador, 1 = relatado pelo cuidador

APÊNDICE RR - Resultados dos eventos adversos relatados pelos cuidadores em termos do número de eventos, classificação em quartis e fonte estressora, no grupo de crianças de 31 a 44 meses, na reavaliação

Participantes (31-44m)	Número de eventos relatados	Classificação em Quartis ⁽¹⁾	Escala de Eventos Vitais					
			Fontes estressoras ⁽²⁾					
			Trabalho	Perda de suporte social	Família	Mudanças no ambiente	Dificuldades pessoais	Finanças
01	5	M	0	0	1	1	1	1
02	7	M	1	0	1	1	1	1
03	7	M	0	0	1	1	1	1
04	4	I	1	0	1	1	0	0
05	7	M	1	1	1	1	0	1
06	8	S	1	0	1	0	1	0
07	7	M	1	1	0	0	1	1
11	4	I	0	0	1	1	0	1
12	2	I	0	1	0	0	0	1
13	2	I	0	0	0	0	0	1
14	11	S	1	1	1	1	1	1
16	7	M	0	1	1	0	1	1
17	8	S	0	1	1	1	1	1
18	6	M	0	1	1	1	1	0
20	2	I	0	0	1	0	0	0
22	3	I	1	0	0	0	1	1
26	7	M	1	1	0	0	1	1

⁽¹⁾ Classificação da amostra do estudo: I = Inferior à 4ª parte (0 a 4 itens relatados), M = Médio (5 a 7 itens relatados), S = Superior à 4ª parte (8 a 15 itens relatados); ⁽²⁾ Fontes estressoras: 0 = não relatado pelo cuidador, 1 = relatado pelo cuidador

APÊNDICE SS – Resultados da avaliação dos cuidadores segundo a EMEP, no grupo de 24 a 30 meses, na reavaliação

Participantes (24-30m)	Tipos de problemas relatados	Escala Modos de Enfrentamento de Problemas			
		Estratégias de enfrentamento dos cuidadores			
		Focalização no problema	Focalização na emoção	Práticas religiosas e/ou pensamento fantasioso	Busca de suporte social
01	Vários problemas	0	0	0	0
02	Família	0	0	0	1
04	Financeiro	0	0	0	1
05	Vários	0	0	0	0
06	Vários	0	1	0	1
08	Vários	0	0	0	0
09	Saúde	0	0	0	1
15	Vários	0	0	0	0
16	Familiar	0	0	0	0
17	Vários	0	0	0	0
20	Vários	1	1	1	1
25	Vários	0	0	0	0
27	Vários	0	0	0	0
29	Familiar	0	0	0	0

Classificação na EMEP: 1 = clínico; 0 = não clínico

APÊNDICE TT – Resultados da avaliação dos cuidadores segundo a EMEP, no grupo de 31 a 44 meses, na reavaliação

Participantes (31-44m)	Tipos de problemas relatados	Escala Modos de Enfrentamento de Problemas			
		Estratégias de enfrentamento dos cuidadores			
		Focalização no problema	Focalização na emoção	Práticas religiosas e/ou pensamento fantasioso	Busca de suporte social
01	Vários	0	0	0	0
02	Emocional	0	1	0	0
03	Vários	0	0	0	0
04	Conjugal	0	0	0	0
05	Pessoal	0	0	0	0
06	Conjugal	0	0	0	0
07	Vários	0	0	0	0
11	Vários	0	0	0	0
12	Financeiro	0	0	0	1
13	Financeiro	0	0	0	0
14	Emocional	0	0	1	0
16	Vários	0	0	0	0
17	Vários	0	0	0	0
18	Vários	0	0	0	1
20	Vários	0	0	0	0
22	Financeiro	0	0	0	0
26	Vários	0	0	0	0

Classificação na EMEP: 1 = clínico; 0 = não clínico

APÊNDICE UU - Dicionário do SPSS

Grupos de crianças por faixa etária	1 (6-7m) 2 (11-14m) 3 (17-23m) 4 (24-30m) 5 (31-44m)
Sexo da criança	1 = masculino 2 = feminino
Escola	0 = não freqüenta 1 = freqüenta
Cuidadores	1 = pais 2 = avós
Idade da cuidadora	Número de anos
Escolaridade da cuidadora em categorias	0 = analfabeto 1 = primário incompleto 2 = primário completo/ginasial incompleto 3 = ginasial completo/colegial incompleto 4 = colegial completo/superior incompleto 5 = superior completo
Estado Civil	1 = solteiro 2 = união estável 3 = separado 4 = viúvo
Idade do cuidador	Número de anos
Escolaridade do cuidador em categorias	0 = analfabeto 1 = primário incompleto 2 = primário completo/ginasial incompleto 3 = ginasial completo/colegial incompleto 4 = colegial completo/superior incompleto 5 = superior completo
Mãe possui renda de trabalho	0 = não tem renda 1 = tem renda
Ocupação da cuidadora	0 = desemprego 1 = do lar 2 = aposentado 3 = não qualificado 4 = semiquualificado 5 = qualificado manual 6 = qualificado não manual 7 = intermediário
Pai possui renda de trabalho	0 = não tem renda 1 = tem renda
Ocupação do cuidador	0 = desemprego

	1 = aposentado
	2 = não qualificado
	3 = semiquualificado
	4 = qualificado manual
	5 = qualificado não manual
	6 = intermediário
Classificação sócio-econômica	1 = E: < ou = 19
	2 = D: 20 a 34
	3 = C: 35 a 58
	4 = B: 59 a 88
	5 = A: > ou = 89
Quem é o chefe da família?	1 = pai
	2 = mãe
	3 = avós
	4 = pai e mãe
Mora na Favela/ Não Favela	0 = não favela
	1 = favela
Tipo de moradia	0 = própria
	1 = alugada
	2 = emprestada
Condições de saneamento básico: tem luz?	0 = não
	1 = sim
Condições de saneamento básico: tem asfalto?	0 = não
	1 = sim
Condições de saneamento básico: tem água encanada?	0 = não
	1 = sim
Condições de saneamento básico: tem rede de esgoto?	0 = não
	1 = sim
Nº de cômodos da casa	Escore
Tipo de casa	1 = outros
	2 = material aproveitado
	3 = madeira
	4 = taipa não revestida
	5 = taipa revestida
	6 = tijolo/adobe
Destino do lixo	1 = céu aberto
	2 = enterrado
	3 = queimado
	4 = coletado
Tratamento de água	1 = sem tratamento
	2 = cloração
	3 = fervura
	4 = filtração
Abastecimento de água	1 = outros
	2 = poço ou nascente
	3 = rede pública
Destino de fezes/urina	1 = céu aberto
	2 = fossa
	3 = sistema de esgoto
Tem plano de saúde?	0 = não

Participa de grupos comunitários?	1 = sim 0 = nenhum 1 = cooperativa 2 = grupo religioso 3 = associações
Nº de pessoas que moram na casa	Escore
Densidade habitacional	Escore (nº pessoas /nº cômodos)
Renda familiar	Escore
Mãe é migrante?	0 = não 1 = sim
Pai é migrante?	0 = não 1 = sim
Há quantos anos mãe está em Ribeirão?	Escore em anos
Há quantos anos pai está em Ribeirão?	Escore em anos
Freqüenta alguma religião?	0 = não 1 = sim
Qual religião freqüenta?	0 = evangélica 1 = católica 2 = espírita 3 = nenhuma
Gravidez planejada?	0 = não 1 = sim
Aceitou a gravidez?	0 = não 1 = sim
Aceitação do pai em relação ao bebê	0 = não 1 = sim
Maternidade/paternidade pecoces (< 18 anos ou relacionamento < 6m)	Escore em meses
Idade gestacional	1 = prematuro 2 = a termo
Fez pré-natal?	0 = não 1 = sim
A partir de que mês?	Escore em meses
Se não fez o pré-natal completo por quê?	0 = fez o pré-natal 1 = não sabia da gravidez 2 = não quis fazer 3 = empecilhos no serviço de saúde da cidade 4 = era solteira e não havia contado para família 5 = trabalhava
Apresentou riscos pré-natal?	0 = não 1 = sim
Risco pré-natal: hipertensão	0 = não 1 = sim
Risco pré-natal: diabetes	0 = não 1 = sim
Risco pré-natal: infecção materna	0 = não

Risco pré-natal: infecção urinária	1 = sim 0 = não
Risco pré-natal: sangramentos	1 = sim 0 = não
Risco pré-natal: álcool	1 = sim 0 = não
Risco pré-natal: tabagismo	1 = sim 0 = não
Risco pré-natal: drogas	1 = sim 0 = não
Risco pré-natal: toxoplasmose	1 = sim 0 = não
Risco pré-natal: quedas	1 = sim 0 = não
Risco pré-natal: contração	1 = sim 0 = não
Risco pré-natal: perda do líquido amniótico	1 = sim 0 = não
Risco pré-natal: anemia	1 = sim 0 = não
Risco pré-natal: mãe soropositivo	1 = sim 0 = não
Risco pré-natal: mãe com hepatite C	1 = sim 0 = não
Risco pré-natal: depressão	1 = sim 0 = não
Risco pré-natal: hospitalização	1 = sim 0 = não
Risco pré-natal: violência doméstica	1 = sim 0 = não
Risco pré-natal: início de AVC	1 = sim 0 = não
Nº de gestações	Escore
Nº de filhos	Escore
Tipo de parto	0 = fórceps 1 = cesárea não eletiva 2 = cesárea eletiva 3 = normal
Peso ao nascimento	Escore em gramas
Estatura ao nascimento	Escore em centímetros
Precisou de atendimento médico especial ao nascimento?	0 = não 1 = sim
A criança teve risco perinatal?	0 = não 1 = sim
A criança teve icterícia?	0 = não 1 = sim
A criança nasceu prematura?	0 = não 1 = sim
A criança nasceu com peso abaixo	0 = não

de 2500g?	1 = sim
A criança teve anóxia?	0 = não
	1 = sim
A criança teve alterações respiratórias?	0 = não
	1 = sim
A criança teve infecção?	0 = não
	1 = sim
A criança apresentou antecedentes mórbidos?	0 = não
	1 = sim
A criança teve otites de repetição?	0 = não
	1 = sim
A criança teve doenças infecciosas	0 = não
	1 = sim
A criança teve problema visual?	0 = não
	1 = sim
A criança teve internação hospitalar?	0 = não
	1 = sim
A criança foi amamentada?	0 = não
	1 = sim
Por quanto tempo a criança foi amamentada?	Escore em meses
A vacinação está em dia?	0 = não
	1 = sim
Estado nutricional aos 6 meses	0 = abaixo
	1 = normal
	2 = acima
Onde a criança dorme?	0 = cama com pais
	1 = cama com irmãos
	2 = sozinha no berço/cama
Comportamento durante o sono	0 = tranquilo
	1 = agitado
A criança tem alguma dificuldade de alimentação?	0 = não
	1 = sim
Qual o problema de alimentação?	0 = não tem problema
	1 = fica enrolando para comer
	2 = não come o suficiente
Quando sustentou a cabeça?	Escore em meses
Quando sentou sem apoio?	Escore em meses
Quando engatinhou?	Escore em meses
Quando andou?	Escore em meses
Quando falou?	Escore em meses
Cuidado pela mãe?	0 = não
	1 = sim
Cuidado pelo pai?	0 = não
	1 = sim
Cuidado pelas avós?	0 = não
	1 = sim
Cuidado por irmãos?	0 = não
	1 = sim
Tem dificuldade com a fala?	0 = não

Como é o temperamento do bebê?	1 = sim 1 = negativo 2 = positivo
A criança ainda faz cocô na roupa?	0 = não 1 = sim
A criança ainda faz xixi na roupa?	0 = não 1 = sim
Está sendo ensinada?	0 = não 1 = sim
Denver 1	0 = não risco 1 = risco
Denver Linguagem	0 = normal 1 = cuidado 2 = atraso
Denver Motor Grosseiro	0 = normal 1 = cuidado 2 = atraso
Denver Motor Fino	0 = normal 1 = cuidado 2 = atraso
Denver Pessoal-Social	0 = normal 1 = cuidado 2 = atraso
HOME Escore Total	Escore
Classificação no HOME	1 = inferior à 4ª parte (0-25) 2 = médio (26-36) 3 = superior à 4ª parte (37-45)
Responsividade	Escore (nº de itens positivos)
Fuga por punição e restrição	Escore (nº de itens positivos)
Organização do ambiente físico geral	Escore (nº de itens positivos)
Provisão de materiais apropriados	Escore (nº de itens positivos)
Envolvimento maternal com a criança	Escore (nº de itens positivos)
Oportunidades para variar o estímulo do cotidiano	Escore (nº de itens positivos)
Escala de Eventos Vitais (EEV)	Escore (nº de itens relatados pelos cuidadores)
Classificação na EEV	1 = inferior à 4ª parte (0-4) 2 = médio (5-7) 3 = superior à 4ª parte (8-15)
Área Trabalho	0 = ausente 1 = presente
Área Perda de suporte social	0 = ausente 1 = presente
Área Família	0 = ausente 1 = presente
Área Mudanças no ambiente	0 = ausente 1 = presente
Área Dificuldades pessoais	0 = ausente 1 = presente
Área Finanças	0 = ausente

	1 = presente
Mudança de trabalho	0 = ausente
	1 = presente
Dificuldades com a chefia	0 = ausente
	1 = presente
Perda do emprego	0 = ausente
	1 = presente
Reconhecimento profissional	0 = ausente
	1 = presente
Morte de alguém da família	0 = ausente
	1 = presente
Morte de um amigo	0 = ausente
	1 = presente
Morte do cônjuge	0 = ausente
	1 = presente
Doença na família	0 = ausente
	1 = presente
Separação	0 = ausente
	1 = presente
Casamento	0 = ausente
	1 = presente
Gravidez	0 = ausente
	1 = presente
Nascimento na família	0 = ausente
	1 = presente
Reconciliação matrimonial	0 = ausente
	1 = presente
Mudança de escola	0 = ausente
	1 = presente
Mudança de casa	0 = ausente
	1 = presente
Mudança do nº de pessoas morando em casa	0 = ausente
	1 = presente
Problemas de saúde	0 = ausente
	1 = presente
Mudanças de hábitos pessoais	0 = ausente
	1 = presente
Mudanças de atividades sociais	0 = ausente
	1 = presente
Mudanças de atividades recreativas	0 = ausente
	1 = presente
Mudanças de atividades religiosas	0 = ausente
	1 = presente
Acidentes	0 = ausente
	1 = presente
Dificuldades sexuais	0 = ausente
	1 = presente
Aposentadoria	0 = ausente
	1 = presente
Perdas financeiras	0 = ausente

Dívidas	1 = presente 0 = ausente
Escore LAVE	1 = presente
LAVE - Capovilla	Escore-padrão da Escala 0 = não clínico 1 = clínico
LAVE – Número de palavras	Número
LAVE - Percentil	Número
LAVE – Rescorla	0 = normal 1 = atraso
CBCL Total de problemas	T-escore do Inventário
CBCL resultado total de problemas	0 = não clínico 1 = borderline 2 = clínico
Reação emocional	T-escore do Inventário
CBCL resultado reação emocional	0 = não clínico 1 = borderline 2 = clínico
Ansiedade/Depressão	T-escore do Inventário
CBCL resultado ansiedade/depressão	0 = não clínico 1 = borderline 2 = clínico
Queixas somáticas	T-escore do Inventário
CBCL resultado queixas somáticas	0 = não clínico 1 = borderline 2 = clínico
Retraimento	T-escore do Inventário
CBCL resultado retraimento	0 = não clínico 1 = borderline 2 = clínico
Problemas com o sono	T-escore do Inventário
CBCL resultado problemas com o sono	0 = não clínico 1 = borderline 2 = clínico
Problemas de atenção	T-escore do Inventário
CBCL resultado problemas de atenção	0 = não clínico 1 = borderline 2 = clínico
Comportamento agressivo	T-escore do Inventário
CBCL resultado comportamento agressivo	0 = não clínico 1 = borderline 2 = clínico
Problemas de internalização	T-escore do Inventário
CBCL resultado problemas de internalização	0 = não clínico 1 = borderline 2 = clínico
Problemas de externalização	T-escore do Inventário
CBCL resultado problemas de externalização	0 = não clínico 1 = borderline 2 = clínico

Problemas afetivos CBCL resultado problemas afetivos	T-escore do Inventário 0 = não clínico 1 = borderline 2 = clínico
Problemas de ansiedade CBCL resultado problemas de ansiedade	T-escore do Inventário 0 = não clínico 1 = borderline 2 = clínico
Problemas desenvolvimentais invasivos CBCL resultado problemas desenvolvimentais invasivos	T-escore do Inventário 0 = não clínico 1 = borderline 2 = clínico
Problemas de déficit de atenção e hiperatividade CBCL resultado problemas déficit atenção e hiperatividade	T-escore do Inventário 0 = não clínico 1 = borderline 2 = clínico
Problemas oposicionais desafiantes CBCL resultado problemas oposicionais desafiantes	T-escore do Inventário 0 = não clínico 1 = borderline 2 = clínico
EMEP relato de problema financeiro	0 = ausência 1 = presença
EMEP relato de problema de desemprego	0 = ausência 1 = presença
EMEP relato de problema pessoal	0 = ausência 1 = presença
EMEP relato de problema conjugal	0 = ausência 1 = presença
EMEP relato de problema familiar	0 = ausência 1 = presença
EMEP relato de problema de saúde	0 = ausência 1 = presença
EMEP relato de gravidez solteira	0 = ausência 1 = presença
EMEP relato de alcoolismo do marido	0 = ausência 1 = presença
EMEP soma do nº de problemas relatados	Escore (nº de problemas relatados)
EMEP - Tipo de problemas enfrentado	1 = vários tipos de problemas 2 = financeiro 3 = desemprego 4 = pessoal 5 = conjugal 6 = família 7 = saúde 8 = gravidez solteira 9 = alcoolismo do marido

Soma dos escores do fator 1: focalização no problema EMEP resultado fator 1	Escore (média e desvio-padrão) 0 = não clínico 1 = clínico
Soma dos escores do fator 2: focalização na emoção EMEP resultado fator 2	Escore (média e desvio-padrão) 0 = não clínico 1 = clínico
Soma dos escores do fator 3: práticas religiosas/pensamento fantasioso EMEP resultado fator 3	Escore (média e desvio-padrão) 0 = não clínico 1 = clínico
Soma dos escores do fator 4: busca de suporte social EMEP resultado fator 4	Escore (média e desvio-padrão) 0 = não clínico 1 = clínico
Índice de risco segundo Rutter	0 = baixo 1 = moderado 2 = severo
Baixo nível educacional dos pais	0 = não 1 = sim
Habitação superlotada	0 = não 1 = sim
Doença psiquiátrica dos pais	0 = não 1 = sim
História de delinquência dos pais	0 = não 1 = sim
Problemas conjugais (conflitos frequentes, separação, distância emocional)	0 = não 1 = sim
Maternidade/paternidade precoces (< 18 anos ou relacionamento < 6m)	0 = não 1 = sim
Rejeição da gravidez	0 = não 1 = sim
Falta de apoio e integração social (falta de amigos e de ajuda no cuidado da criança)	0 = não 1 = sim
Dificuldades severas crônicas (desemprego/doença por + de 1 ano)	0 = não 1 = sim
Falta de capacidade de lidar com problemas (lidar inadequado com eventos estressores do problema, retraimento, resignação, dramatização exagerada)	0 = não 1 = sim
Soma dos itens de risco/proteção psicosocial	Número
Índice de risco psicossocial - Classificação segundo a amostra do estudo	0 = baixo (0-2) 1 = moderado (3) 2 = severo (4 ou mais)

APÊNDICE V V – Artigo encaminhado para a Revista Cadernos de Saúde
Pública.

FATORES DE RISCO PARA PROBLEMAS DE DESENVOLVIMENTO INFANTIL

RISK FACTORS FOR INFANT'S DEVELOPMENTAL PROBLEMS

Risco e desenvolvimento infantil

Margaret Rose Santa Maria-Mengel

Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências Médicas - Saúde Mental -
da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP

Maria Beatriz Martins Linhares

Professora Doutora do Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica
da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP

O presente artigo é parte da Tese de Doutorado intitulada “Vigilância do desenvolvimento em Programa de Saúde da Família: triagem para detecção de riscos para problemas de desenvolvimento em crianças” da primeira autora sob orientação da segunda.

Fonte de Apoio Financeiro:

Bolsa de Doutorado CAPES, para primeira autora, e Bolsa de Produtividade em Pesquisa CNPq, para a segunda autora; Auxílio da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do HCFMRP-USP

Endereço para Correspondência:

Profa Dra Maria Beatriz Martins Linhares

Laboratório de Pesquisa em Prevenção em Problemas de Desenvolvimento e Comportamento da Criança (sala 52/53), FMRP-USP - Prédio da Saúde Mental- Campus USP/RP.

Avenida Tenente Catão Roxo, 2650 Ribeirão Preto, SP- CEP: 14048-900. Brasil.

Fone: (16) 3602-4610

e-mail: linhares@fmrp.usp.br; mrs2@uol.com.br

Resumo

Os objetivos do presente estudo foram detectar riscos para problemas do desenvolvimento da criança nos quatro primeiros anos de vida, identificar recursos protetores no ambiente familiar e verificar as melhores variáveis preditoras dos riscos. A amostra não-clínica foi composta por 120 crianças cadastradas em um Programa de Saúde da Família. Os instrumentos de avaliação utilizados foram: Teste de Triagem de Denver-II, Lista de Avaliação do Vocabulário Expressivo, Roteiro de Entrevista sobre Risco Psicossocial, Índice de Risco Psicossocial de Rutter, Inventário HOME, Escala de Eventos Vitais e classificação ABIPEME. Os resultados mostraram que 33% da amostra apresentavam risco para problemas de desenvolvimento. A análise de regressão logística indicou que quanto menor a escolaridade do pai, maior a chance de risco para problemas de desenvolvimento. A história do 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. Em conclusão, a triagem de riscos para problemas de desenvolvimento e a análise da estimulação do contexto familiar devem ser incluídas nas intervenções preventivas do PSF.

Palavras-chave: desenvolvimento infantil; risco; triagem; Programa de Saúde da Família.

Abstract

The purposes of the present study were to detect risks for child developmental problems in the first four years of life, to identify the protective resources in the familiar environment, and to verify the best predictive variables for the risks. The non-clinical sample was composed by 120 children who participate in the Familiar Health Program. The assessment instruments used were: Denver-II Screening Test, Language Development Survey, Interview Guide for Psychosocial Risk, Rutter's Psychosocial Risk Index, HOME Inventory, Life Events Scale and ABIPEME classification. The results showed that 33% of sample presented risk for developmental problems. The logistic regression analysis indicated that the lower the father's grade school level, the higher probability of risk for developmental problems. Both the history of low nutritional status at six months of age and the psychosocial risk environmental contributed to a higher chance of having expressive language problems. In conclusion, the screening tests of risk for developmental problems and the analysis of familiar context stimulation must be included in the preventive interventions in Familiar Health Programs.

Key-words: infant development; risk; screening test; Familiar Health Program

Os três primeiros anos de vida da criança têm sido priorizados por ser uma etapa do desenvolvimento inicial caracterizada por aquisições importantes e pela plasticidade cerebral¹. Nesta fase, ocorrem grandes avanços nas áreas motora, cognitiva e social², assim como a aquisição e domínio da linguagem³, que são essenciais para o desenvolvimento global e a aprendizagem da criança. Por outro lado, neste período o tecido nervoso mais cresce e amadurece estando, portanto, mais sujeito aos danos⁴.

O interesse pela prevenção de doenças e/ou comportamentos desviantes tem aumentado, nos últimos anos, entre os pesquisadores da área de Saúde. Há uma busca pela qualidade de vida, no sentido de uma boa adaptação durante seu processo de desenvolvimento. Esta perspectiva pode ser verificada de forma marcante nos Programas de Saúde da Família inseridos na comunidade. Nesse sentido, o enfoque de risco tem sido utilizado como uma forma de reconhecer e acompanhar precocemente alguns grupos mais vulneráveis a morbidades. Esta ação é importante para que se ofereça atendimento de acordo com o nível de risco que a pessoa apresenta. Risco foi definido por Sarue et al.⁵ como “a maior possibilidade que um indivíduo ou grupo de pessoas tem de sofrer no futuro um dano em sua saúde”.

A identificação eficaz de crianças em risco, usando uma abordagem compreensiva, começa com um exame dos fatores de risco que contribuem para as desordens da criança, tornando-a vulnerável para o enfrentamento das tarefas evolutivas do ciclo vital. Os riscos ao desenvolvimento podem ser dos seguintes tipos: fatores de risco da própria criança (componentes biológicos, temperamento e a própria sintomatologia), fatores de risco da família (história parental e funcionamento

familiar) e fatores de risco do ambiente familiar e da comunidade (nível sócio-econômico da família, suporte social, escolaridade e contexto cultural)⁶.

Um outro fator deve ser levado em conta na avaliação de fatores de risco, a “resiliência” que, segundo Rutter⁷, são as diferenças individuais na resposta das pessoas ao estresse e adversidade que funcionam como fatores de proteção. A resiliência é um processo pelo qual a pessoa passa e adquire a habilidade de superar adversidades, por meio do poder de recuperação construído na sua trajetória de desenvolvimento. Por exemplo, pessoas com percursos similares irão se diferenciar pelo fato de algumas conseguirem superar as crises e outras não. Porém, a resistência às crises é relativa e não absoluta, pois a pessoa pode se mostrar resiliente em uma determinada situação e em outra não.

O contexto familiar contribui sobremaneira para o processo de resiliência em trajetórias de desenvolvimento, podendo trazer proteção ou agravar os fatores de risco. Segundo Bronfrenbrenner⁸, a criança deve ser entendida nos seus diferentes contextos de desenvolvimento, incluindo desde o micro-sistema familiar até o macro-sistema da cultura em que esta se insere. Rutter⁹ avalia o risco psicossocial familiar por meio de um índice, que inclui variáveis relevantes presentes no dia-a-dia da criança, a saber: baixa escolaridade dos pais, problemas conjugais freqüentes, habitação superlotada, rejeição a gravidez, maternidade/paternidade precoce e outros.

A compreensão da interação entre indivíduo e ambiente e o interjogo entre risco e proteção para a compreensão dos problemas de desenvolvimento e comportamento da criança podem ser compreendidas por meio da abordagem da Psicopatologia do Desenvolvimento¹⁰. Esta destaca que as falhas adaptativas na história de desenvolvimento do indivíduo são os melhores preditores para desordens

futuras do que sintomas isolados. Esta perspectiva tem implicações na prevenção, ao identificar fatores favorecedores e mantenedores da Saúde Mental; no diagnóstico, ao realizar classificações contextualizadas do processo de desenvolvimento desencadeante de processos psicopatológicos; no prognóstico, ao afirmar sobre a noção não linear ou descontínua entre o desenvolvimento da criança e do adulto^{7,11}

No âmbito da prevenção, o rastreamento de riscos no desenvolvimento inicial requer instrumentos que possam ser aplicados em larga escala e por diferentes profissionais para detecção precoce de possíveis problemas. Esta prática mostra-se consonante com os objetivos de atenção primária à saúde da criança. Neste sentido, existem vários instrumentos sob a forma de Listas e Inventários, a saber: o Teste Triagem de Desenvolvimento Denver-II, que avalia o desenvolvimento da motricidade ampla e fina, da linguagem (receptiva e expressiva) e de habilidades pessoal-sociais, considerando a classificação de Risco (cuidado ou atraso) e Normal^{2,12,13,14,15} e a Lista de Avaliação de Vocabulário Expressivo (LAVE) para avaliação do desenvolvimento da linguagem^{3,16}. Paralelamente à avaliação de indicadores do desenvolvimento da criança faz-se necessária também a avaliação de riscos e recursos do contexto ambiental familiar. O Inventário HOME^{17,18,19}, que avalia a quantidade, qualidade de estimulação e o suporte disponível para a criança no ambiente familiar, tem sido utilizado em estudos brasileiros^{20,21}.

O especialista em desenvolvimento infantil como formador de recursos humanos para vigilância do desenvolvimento na atenção primária à saúde da criança necessita conhecer como se comporta uma criança com desenvolvimento típico, assim como identificar quais os fatores que podem contribuir para o desenvolvimento atípico. Dessa forma pode ajudar a reconhecer as falhas

adaptativas, os sinais subclínicos ou clínicos sugestivos de transtornos do desenvolvimento. Considerando-se a relevância de programas de detecção de risco para problemas do desenvolvimento inicial da criança em Programas de Saúde da Família, realizou-se o presente estudo com o objetivo de: a) detectar os fatores de risco para problemas do desenvolvimento da criança nos quatro primeiros anos de vida; b) identificar recursos protetores no contexto do ambiente familiar; c) verificar a relação entre riscos no desenvolvimento da criança e fatores do ambiente familiar e identificar as melhores variáveis preditoras dos riscos.

MÉTODO

A amostra do presente estudo foi composta por 120 crianças de 6 a 44 meses, de ambos os sexos, procedentes de uma amostra não clínica e 107 famílias de uma comunidade atendida no Núcleo de Saúde da Família IV do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A população cadastrada neste Núcleo por ocasião da coleta de dados era composta por 311 crianças, sendo 76 de recém-nascidos até 12 meses e 235 com idade entre 12 e 48 meses. A amostra potencial inicial foi constituída por 199 crianças; porém 79 (40%) não participaram do estudo pelos seguintes motivos: recusa em participar do estudo (16%), mudanças de residência das famílias para fora da área de abrangência do Núcleo IV (18%) e impossibilidade para participar devido ao horário de trabalho da mãe (6%). Portanto, a amostra final foi composta por 120 crianças.

O Núcleo IV de Saúde da Família inclui famílias residentes no bairro de Monte Alegre e está na área de abrangência do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP no bairro de Sumarezinho. As famílias cadastradas recebem atendimento de uma equipe de profissionais (médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, dentista e

agente comunitário de saúde), tanto para acompanhamento clínico e preventivo da saúde quanto para atendimento clínico eventual, ou seja, quando surge um problema de saúde. Foi realizada consulta às fichas de cadastramento das famílias dos agentes comunitários e aos prontuários de crianças que fazem parte do atendimento do Núcleo IV do PSF para identificar aquelas que atendiam ao critério da idade, ou seja, ter entre seis e 44 meses. Após a identificação das crianças foi feito o contato com a família e o convite para participar do estudo. As famílias assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e participaram de uma entrevista devolutiva sobre os resultados da avaliação, assim como receberam orientações e, quando necessário, foram encaminhadas para especialistas. O presente estudo foi aprovado pela Diretoria Acadêmica de Ensino e Pesquisa do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da FMRP-USP.

A avaliação da criança e do ambiente familiar foi previamente agendada e realizada em uma única visita domiciliar. As crianças foram avaliadas individualmente por meio do Teste de Denver-II^{12,13}, que indica risco ou normalidade no desenvolvimento identificando indicadores de atraso ou cuidado. As mães responderam ao Roteiro de Entrevista para Risco Biopsicossocial (elaborado pelas autoras deste estudo), Índice de Risco Psicossocial de Rutter⁸, a Lista de Avaliação do Vocabulário Expressivo¹⁶ (somente para crianças de 24 a 44 meses), a Escala de Eventos Vitais²² e Questionário da Associação Brasileira de Institutos de Pesquisa de Mercado – ABIPEME²³. O Inventário HOME para Observação e Medida do Ambiente²¹ foi preenchido por meio da observação da pesquisadora no lar da criança durante uma visita domiciliar.

Realizou-se a análise estatística descritiva das características sócio-demográficas da amostra e das variáveis estudadas em termos de resultados obtidos por meio dos instrumentos de avaliação. Além disso, procedeu-se à análise de correlação de postos de Spearman e análise de regressão logística. Os dados foram processados pelo *Statistical Package for Social Sciences for Windows* versão 12.0 (SPSS). O nível de significância adotado no estudo foi de 5% ($\leq 0,05$).

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 120 crianças de 6 a 44 meses (Mediana = 22 meses), sendo 58% do sexo masculino, incluindo 27% freqüentadoras de creche ou escola de Educação Infantil. As crianças integravam 107 famílias, pois em algumas destas havia mais de uma criança com idade dentro do critério de participação no estudo. Com relação às características das famílias, estas eram formadas predominantemente (98%) pelos pais biológicos como cuidadores responsáveis pelas crianças. Quanto ao estado civil dos pais, predominou a união estável (77%) havendo uma parcela de 18% de mães solteiras. As mães e os pais eram adultos jovens, com idade mediana de 25/29 e variação de 14-49/20-58, respectivamente, e no caso de os cuidadores serem os avós, estes eram idosos com idade mediana de 70/72, respectivamente, variando entre 68-70/72-78. O nível escolar predominante dos cuidadores foi de quatro anos de estudo, o que situa uma escolarização de nível fundamental. Quanto à ocupação profissional, 53% das cuidadoras não desempenhavam atividade remunerada permanecendo no lar, e 24% estavam desempregadas. Os cuidadores, por sua vez, tinham atividade ocupacional não-qualificada ou semiquificada, em sua maioria (66%) e 10% estavam desempregados.

Quanto à classe sócio-econômica, pouco mais da metade (54%) procedia de famílias do nível D, enquanto que o restante era predominantemente dos níveis C (22%) e E (17%), segundo a classificação ABIPEME. A figura paterna, na maior parte das famílias (71%), era considerada o chefe da família. A renda familiar variou de uma condição de ausência de renda declarada até R\$ 2.300,00, situando-se na faixa mediana de R\$ 500,00. Quanto ao local da residência a grande maioria das crianças (68%) morava na região localizada na favela.

Inserir Tabela 1

De acordo com o teste de triagem de Denver-II, verificou-se que 33% do total de 120 crianças apresentaram risco para problemas de desenvolvimento. O risco ocorreu mais devido à presença de indicadores de “cuidados” do que propriamente de “atrasos” no desenvolvimento global. Nas áreas específicas de linguagem, motricidade fina e ampla houve a presença de itens com “cuidado” em 35%, 19% e 21%, respectivamente. Deve-se destacar que na área de linguagem expressiva e receptiva houve alto índice (39%) de crianças que apresentaram indicadores de “cuidado” ou “atraso”.

Com relação aos resultados na LAVE, verificou-se que, das 56 crianças avaliadas na faixa de 24 a 44 meses, ocorreu uma mediana de 90,95 de pontuação-padrão. Houve predomínio de classificação normal (93%), com pequena porcentagem de risco (7%) para problemas de desenvolvimento específico da linguagem expressiva, que envolvia a avaliação do vocabulário no repertório da fala das crianças.

Inserir Tabela 2

Na Tabela 2 observa-se que, no escore total do HOME, a mediana foi de 30 pontos em um conjunto de 45 itens. Pode-se acrescentar que, 74% das crianças

apresentaram um nível médio de estimulação no ambiente familiar, de acordo com a padronização do HOME. Com relação aos escores nas subescalas do HOME, em geral, as pontuações foram altas com exceção de provisão de materiais apropriados à idade da criança. Pode-se salientar que nesta subescala, assim como na de aceitação da criança e de envolvimento materno, o limite inferior da amplitude de variação foi de zero; isto significa que em algumas famílias não havia brinquedos disponíveis para a criança, havia pouca aceitação desta e pouco envolvimento por parte das mães.

Inserir Tabela 3

Observa-se na Tabela 3 que a mediana de eventos vitais potencialmente estressores vivenciados no último ano pelas famílias, relatados pelas mães na Escala de Eventos Vitais, foi de seis eventos, com variação de zero a 15 eventos. Nota-se que a maior ocorrência de eventos adversos se deu nas áreas relativas a assuntos de família e dificuldades pessoais em relação às demais áreas.

A maior incidência dos eventos da Escala de Eventos Vitais na amostra, que ocorreram acima de 25%, foram os relacionados a dívidas (54%) e perdas financeiras (44%), seguido de nascimento na família (45%), perda do emprego (43%), mudanças de atividades recreativas (41%) e mudança do número de pessoas morando na casa (40%).

Inserir Tabela 4

Na Tabela 4 as correlações estatisticamente significativas revelaram que, quanto menos organizado o ambiente físico geral do lar, assim como quanto mais baixo o nível escolar do pai, mais riscos para problemas de desenvolvimento global da criança. Por outro lado, quanto menos oportunidade de oferecimento de estímulos diversificados no dia-a-dia, assim como quanto maior o número de

eventos potencialmente estressores na família (do tipo nascimento, doença ou separação conjugal), menos risco para problemas de desenvolvimento global da criança.

Além disso, especificamente na área da linguagem expressiva (vocabulário), a maior a probabilidade de a criança ter o desenvolvimento da linguagem sem problemas esteve relacionada a maior responsividade materna, maior organização do ambiente físico do lar, mais alto nível de escolarização do pai, o fato de a criança ser cuidada pela mãe e os pais terem idade acima dos 18 anos.

Inserir Tabela 5

Na Tabela 5, o modelo de predição analisado por meio da regressão logística permitiu verificar que, apenas a variável escolaridade do pai mostrou ser preditora do risco para problemas de desenvolvimento global da criança na faixa de 6 a 44 meses. Com relação ao desenvolvimento da linguagem expressiva, foram encontradas duas variáveis como melhores preditoras do vocabulário da criança. Crianças com história de estado nutricional abaixo do normal aos seis meses de idade apresentaram 16 vezes mais chance de ter problemas de linguagem. Além disso, a presença de alto risco psicossocial no ambiente familiar da criança, medido pelo índice de Rutter, que incluía fatores do tipo baixa escolaridade dos pais, habitação superlotada, problemas conjugais entre outros, implicava em quatro vezes mais chance de a criança ter problemas no desenvolvimento da linguagem expressiva na faixa de 24 a 44 meses.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo, relativos às dificuldades e recursos individuais da criança, mostraram que na amostra de 120 crianças de 6 a 44 meses, 33% destas estavam em risco para problemas de desenvolvimento; houve a

presença de mais indicadores de cuidados do que propriamente de atrasos na aquisição de habilidades desenvolvimentais. As áreas de motricidade ampla e fina estavam mais preservadas em comparação à área da linguagem; enquanto nas primeiras os riscos foram da ordem de 21% e 19%, respectivamente, na segunda área houve risco em 35% das crianças da amostra estudada. Estas apresentaram cuidados em itens de linguagem, tanto do tipo expressiva quanto receptiva. Paralelamente, de modo específico na avaliação do repertório de vocabulário, relativo à linguagem expressiva, das crianças na faixa 24 a 44 meses, notou-se um índice de risco em torno de 7% da amostra.

Os resultados do presente estudo são semelhantes ao do estudo brasileiro de Halpern et al.², no qual usaram o teste de Denver-II e encontraram 34% de suspeita de atraso no desenvolvimento de crianças sem risco estabelecido aos 12 meses de idade cronológica corrigida, que haviam nascido no hospital de Pelotas e residiam na zona urbana.

Cabe ressaltar que o índice de suspeita de risco na linguagem, identificada por meio do Denver-II, foi maior do que o encontrado pela LAVE. O Denver-II avalia a linguagem receptiva e expressiva no que se refere aos aspectos de compreensão e expressão não só por palavras, mas por sons imitando o adulto ou pelo gesto de apontar do bebê. Esses indicadores de problemas da linguagem receptiva sugerem a necessidade de investigar de forma cuidadosa possíveis problemas auditivos.

A LAVE, por sua vez, avalia a linguagem expressiva, ou seja, aquela que se apresenta por meio de palavras emitidas de forma compreensível para familiares e para pessoas estranhas à criança. A presença de crianças em risco na área de linguagem expressiva, nos primeiros anos de vida merece atenção e cuidado por ser uma área de extrema importância para o desenvolvimento, na medida em que está

vinculada diretamente à comunicação social, desenvolvimento cognitivo e aprendizagem escolar.

Segundo Pedromônico¹⁵, a faixa etária de 22 a 36 meses consiste em um marco para a definição de atrasos na emissão de palavras pelas crianças. Portanto, identificando-se provável atraso nessa idade, deve-se encaminhar a criança para profissional especializado, a fim de diagnosticar possíveis distúrbios de linguagem.

Nossos achados mostraram que as crianças que apresentaram risco na linguagem expressiva também apresentaram risco no desenvolvimento global. Nesse sentido, reforça a necessidade de avaliar precisamente a área da linguagem, pois esta pode também afetar outras áreas do desenvolvimento da criança, por exemplo, a pessoal-social que envolve interações sociais.

Quanto ao contexto de desenvolvimento das crianças da amostra estudada, observou-se que, no ambiente familiar, havia indícios de grave risco psicossocial. Os cuidadores das crianças apresentavam baixo nível de escolaridade (em torno de quatro anos de estudo), profissões semiquualificadas ou não qualificadas, pertenciam ao segmento de classe sócio-econômico D e tinham renda familiar mediana inferior a dois salários mínimos vigentes. A maior parte das mães não geravam renda, pois permaneciam no lar (53%) ou estavam desempregadas (24%).

De acordo com Bronfenbrenner⁸, as variáveis de escolaridade e emprego dos pais são consideradas variáveis distais nos contextos de desenvolvimento da criança, que por sua vez podem influenciar diretamente as interações sociais proximais que ocorrem no micro-sistema familiar, afetando desta forma indiretamente o seu desenvolvimento. Sessenta e oito por cento das crianças do estudo moravam na região da favela. Essa configuração de indicadores permite verificar que as crianças possuíam contextos de desenvolvimento com múltiplos

riscos psicossociais distais, envolvendo baixa escolarização e renda familiar insuficiente para o provimento de recursos materiais básicos para o seu sustento.

A escolaridade da mãe pode ter uma influência direta sobre o desenvolvimento, tanto global quanto de áreas específicas, da criança, exercendo um papel de mecanismo de proteção contra o efeito das adversidades dos fatores de risco²⁰. No presente estudo houve associação entre a escolaridade do pai e o desempenho da criança, tanto no Teste de Denver-II quanto na LAVE. Este resultado sugere a hipótese explicativa de que quanto maior o nível de escolaridade do pai, mais qualificado seu emprego e conseqüentemente esses fatores podem favorecer maior renda e oportunidade de melhores condições de estímulos adequados para o favorecimento e promoção do desenvolvimento da criança.

Com relação às variáveis proximais do contexto familiar, a amostra do presente estudo mostrou bons índices de estimulação ambiental, na medida em que 87% das famílias classificaram-se na média ou acima desta pela observação do Inventário HOME. Quanto melhor a responsividade por parte da mãe em relação à criança e melhor a organização do ambiente físico geral do lar, estas apresentaram menos risco na área de linguagem expressiva. Isso reforça o resultado da associação entre linguagem da criança e variáveis parentais; além da escolaridade paterna, a responsividade materna mostrou associação significativa com desenvolvimento da linguagem. O fato de as crianças serem cuidadas por pais biológicos com união estável e contar com estímulos positivos no lar parecem constituir-se em mecanismos protetores no contexto da adversidade psicossocial em que as famílias vivem.

Por outro lado, os cuidadores das crianças mencionaram como fontes de estresse assuntos de família e dificuldades pessoais, financeira ou de trabalho. A

literatura aponta que o ambiente familiar que apresenta menos recursos e maior adversidade, incluindo problemas nas relações interpessoais, falhas dos pais quanto à supervisão, monitoramento e suporte, indícios de menor investimento dos pais no desenvolvimento da criança, práticas punitivas e modelos adultos agressivos, pode trazer problemas ao desenvolvimento emocional e comportamental da criança²⁴.

O modelo de predição mostrou que quanto maior o nível escolar do pai menor a chance de risco para o desenvolvimento global da criança. Este resultado pode estar de acordo com a hipótese de que quanto maior o nível de escolaridade, melhor poderá ser o emprego do pai, o que promoverá renda e oportunidade de melhores condições de estímulos adequados para o favorecimento do desenvolvimento da criança. Assim como a escolaridade da mãe age como fator de proteção para o desenvolvimento da criança a do pai também pode ter esse poder. O incremento do processo de escolarização dos pais se trata de uma questão social relevante, na medida em que tem reflexos positivos no contexto ambiental familiar e no desenvolvimento dos filhos.

A história do estado nutricional abaixo do normal aos seis meses de idade apresentou 16 vezes mais chance de causar problemas no desenvolvimento da linguagem expressiva nas crianças entre 24 e 44 meses, confirmando o resultado do estudo de Lucas et al.²⁵ sobre a influência do aleitamento materno nas funções cognitivas de crianças nascidas pré-termo. Os autores mostraram que aos 7-8 anos, principalmente nas habilidades de linguagem, os escores cognitivos foram altamente preditivos para a fase adulta. A administração de nutrição em condições subótimas durante o período plástico precoce de rápido crescimento do cérebro pode causar prejuízos cerebrais, que poderão ser permanentes com relação às funções cognitivas, principalmente em meninos.

No presente estudo observou-se que a presença dos fatores de risco psicossocial na vida da criança aumentava em quatro vezes a chance de apresentar problemas na linguagem expressiva. Segundo Rutter⁸, a gravidez quando acontece com menos de seis meses de relacionamento pode ser um fator de risco que somado a outros, como a idade dos pais (< 18 anos), rejeição a gravidez ou baixo nível educacional dos pais, pode se constituir em risco psicossocial. Pode-se pensar que com a presença de vários desses problemas o cuidador não esteja disponível para dar os estímulos verbais necessários à criança para que ela possa desenvolver seu vocabulário. Aliados a esses fatores o índice de Rutter inclui baixa escolaridade e desemprego crônico que como visto anteriormente constitui-se em variáveis com forte impacto no desenvolvimento da criança.

Apesar de haver risco psicossocial distal presente na amostra estudada, este pode ter o seu efeito negativo moderado por mecanismos de proteção ao desenvolvimento, proporcionados por variáveis proximais da dinâmica social e de estimulação das relações familiares, que foram avaliadas positivamente por meio do HOME. As primeiras interações da criança com o meio social, especialmente com os cuidadores primários, são fundamentais para seu desenvolvimento, pois é uma fase em que o cérebro se desenvolve rapidamente estabelecendo as conexões neurais e criando um contexto que se amplia em uma rede de relações, causando forte impacto nos três primeiros anos de vida da criança¹.

O estudo sobre crianças em desenvolvimento deve levar em conta muitas vezes os fatores de risco psicossocial que não podem ser eliminados, mas podem ter seus efeitos negativos neutralizados por ações efetivas de suporte psicossocial para facilitar o desfecho com sucesso de trajetórias de desenvolvimento. O processo

de resiliência⁷ em meio à adversidade pode ser exatamente explicado pelo interjogo entre fatores de risco e mecanismos de proteção.

Nesse sentido, portanto, a atuação na assistência primária em Programas de Saúde da Família necessita transcender à avaliação circunscrita ao crescimento físico da criança e identificação de doenças, para um programa amplo de vigilância do desenvolvimento. Deve manter ações preventivas orientadas tanto para a saúde quanto para a detecção do risco ou ameaças ao desenvolvimento, assim como identificação de recursos protetores para neutralizar os efeitos negativos das adversidades. Torna-se importante ter um protocolo mínimo que possa ser disponibilizado e seguido nos serviços de atenção primária e Programa de Saúde da Família, de modo a operacionalizar a vigilância do desenvolvimento. Um programa bem sucedido com ênfase no atendimento a crianças menores de dois anos pode ser encontrado no Manual de Vigilância do Desenvolvimento Infantil desenvolvido por Figueiras et al.¹² e utilizado pelos profissionais que atuam na atenção primária da Secretaria Municipal de Saúde de Belém-PA.

Estudos futuros podem focalizar as inter-relações da dinâmica familiar em delineamentos longitudinais, a fim de contribuir para completar o panorama dos indicadores de risco para o desenvolvimento da criança e melhoria das condições de saúde. Além disso, pode-se testar modelos de intervenção que levem em conta a neutralização dos fatores de risco identificados como adversos para o desenvolvimento global e, em particular, da linguagem.

AGRADECIMENTOS

A CAPES, pela bolsa de estudos concedida, que permitiu a dedicação total da pesquisadora ao estudo, a FAEPA/HCFMRP pelo apoio financeiro ao projeto e apresentação de resultados em eventos científicos e aos profissionais da equipe do

Núcleo de Saúde da Família IV do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, onde foi realizada a coleta de dados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Shore R. Rethinking the brain: new insights into early development. Families and Work Institute; 1997.
2. Halpern R., Giugliani E.R.J., Victora C.G., Barros F.C., Horta B.L. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. J Pediatr (Rio J) 2000; 76 (6): 421-428.
3. Rescorla L. The Language Development Survey: a screening tool for delayed language in toddlers. J Speech Hear Disord 1989; 54 (4): 587-597.
4. Pedromônico, M.R.M. Distúrbios do desenvolvimento: avaliando o desenvolvimento. Arq. Neuro-psiquiatr (São Paulo) 2001; 59 (Supl 1): 16-17.
5. Sarue H.E., Bertoni N., Diaz A.G., Serrano C.V. O conceito de risco e a programação dos cuidados de saúde. Manual básico de aprendizagem inicial. Montevideu. Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano CLAP, 1984 (Publicação Científica nº 1007).
6. Lewis R.J., Dlugokinski E.L., Caputo L.M., Griffin R.B. Children at risk for emotional disorders: risk and resource dimensions. Clin Psychol Rev 1988; 8: 417-440.
7. Rutter M., Sroufe L.A. Developmental psychopathology: concepts and challenges. Dev Psychopathol 2000; 12: 265-296.
8. Bronfenbrenner U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Trad. M.A.V. Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas Sul; 1996. Original publicado em 1979.

9. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. *Am J Orthopsychiatry* 1987; 57 (3): 316-331.
10. Achenbach T. M. Developmental Psychopathology. In Bronstein M. H., Lamb M. E. editors. *Developmental Psychology: an advanced textbook*. Hillsdale; New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1992. p. 629-676.
11. Sameroff A.J. Developmental systems and psychopathology. *Dev Psychopathol* 2000; 12: 297-312.
12. Figueiras, A.C.M.; Souza, I.C.N.; Rios, V.G.; Benguigui, Y. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI: Módulo II. Washington, D.C.: OPAS, 2005.
13. Frankenburg K. W., Dodds J., Archer P., Bresnick B., et al. *Denver-II: Technical Manual and Training Manual*. Denver: Denver Developmental Materials Inc.;1990.
14. Halpern R., Barros F.C., Horta B.L., Victora C.G. 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. Saúde Públ. (Rio de Janeiro)* 1996; 12 (Supl. 1): 73-78.
15. Pedromônico, M.R.M. Instrumentos de triagem e a vigilância do desenvolvimento da criança de 0 a 6 anos. In Mendes E. G., Almeida M. A., Williams L. C. A. organizadores. *Temas Educ. Esp. São Carlos: Ed. UFSCar;* 2004. p. 325- 330.
16. Capovilla F.C., Capovilla A.G.S. Desenvolvimento lingüístico na criança dos dois aos seis anos: tradução e standardização do Peabody Picture Vocabulary Test de Dunn & Dunn, e da Language Development Survey de Rescorla. *Cienc. cogn. (Brasília)* 1997; 1 (1): 353-380.

17. Bradley R.H., Caldwell B.M. Home observation for measurement of the environment: a revision of the preschool scale. *Am J Ment Defic* 1979; 84 (3): 235-244.
18. Bradley R.H., Mundfrom D.J., Whiteside L., Casey P.H., Barrett K. A factor analytic study of the infant-toddler and early childhood versions of the HOME Inventory administered to white, black, and hispanic american parents of children born preterm. *Child Dev* 1994; 65: 880-888.
19. Caldwell B.M., Bradley R.H. Administration Manual HOME Observation for Measurement of the Environment: revised edition. University of Arkansas at Little Rock. Little Rock, Arkansas, 1984.
20. Andrade S.A., Santos D.N., Bastos A.C., Pedromônico M.R.M., Almeida-Filho N., Barreto M.L. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. *Rev Saúde Pública (São Paulo)* 2005; 39 (4): 606-611.
21. Zamberlan M.A.T., Biasoli-Alves Z.M.M. Interações familiares: teoria, pesquisa e subsídios à intervenção. Londrina: Editora Universidade Estadual de Londrina (UEL); 1997.
22. Savoia M.G. Instrumentos para avaliação de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping) em situações de estresse. In Gorenstein C., Andrade L.H.S.G., Zuardi A.W. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 377-386.
23. Mattar F.N. Análise crítica dos estudos de estratificação sócio-econômica de ABA- ABIPEME. *RAUSP (São Paulo)* 1995; 30 (1): 57-74.

24. Ferreira M.C.T., Marturano E.M. Ambiente familiar e os problemas do comportamento apresentados por crianças com baixo desempenho escolar. *Psicol. Refl. Crít.* (Porto Alegre) 2002; 15 (1): 35-44.
25. Lucas A., Morley R., Cole T.J. Randomized trial of early diet in preterm babies and later intelligence quotient. *BMJ* 1998; 317: 1481-1487.

Tabela 1

Risco no desenvolvimento da criança, avaliado pelo Teste de Denver-II - porcentagem de crianças (%) (n = 120).

Indicadores de risco no desenvolvimento	%
Classificação Global	
Normal	67
Risco	33
Áreas	
Linguagem	
Normal	61
Cuidado	35
Atraso	4
Motora Ampla	
Normal	77
Cuidado	21
Atraso	2
Motora Fina	
Normal	80
Cuidado	19
Atraso	1
Pessoal-Social	
Normal	82
Cuidado	17
Atraso	1

Tabela 2

Estimulação no ambiente familiar, avaliada pelo Inventário HOME (escore) - mediana (Med) e valores mínimo e máximo (min-max) (n = 120).

Estimulação no Ambiente Familiar	Med (min-max)	
(escores no Inventário HOME)		
Total	30/45	(16-42)
Subescalas		
Responsividade	9/11 ⁽¹⁾	(4-11)
Fuga por punição e restrição	5/6	(0-6)
Organização do ambiente físico em geral	6/8	(2-8)
Provisão de materiais apropriados	5/9	(0-9)
Envolvimento maternal com a criança	4/6	(0-6)
Oportunidades para variar o estímulo do cotidiano	3/5	(1-5)

⁽¹⁾ Os denominadores referem-se ao mínimo total de itens em cada sub-escala

Tabela 3

Eventos Vitais (escore) - mediana (Med), amplitude de variação (min-max) e incidência dos tipos de eventos (i) (n = 119).

Eventos Vitais (26 itens)	Valores
Escore – Med (min-max)	6 (0-15)
Tipo de evento vital	i
Família	76%
Dificuldades pessoais	75%
Finanças	66%
Trabalho	62%
Mudanças no ambiente	52%
Perda de suporte social	44%

Tabela 4

Correlações entre variáveis do desenvolvimento da criança e do ambiente familiar.

Variáveis do desenvolvimento da criança	Variáveis do ambiente familiar	<i>r</i>
Desenvolvimento Global (Classificação no Denver-II)	Escolaridade do pai	-0,18*
	Organização do ambiente físico geral (HOME)	-0,20*
	Oportunidade para variar o estímulo do cotidiano (HOME)	0,32**
	Evento vital adverso na família (EEV)	-0,22*
Linguagem (Classificação na LAVE)	Escolaridade do pai	-0,43**
	Cuidado pela mãe	-0,55**
	Maternidade/paternidade precoce	0,32*
	Responsividade (HOME)	-0,28*
	Organização do ambiente físico geral (HOME)	-0,27*

 Teste de correlação de postos de Spearman (* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$)

Tabela 5

Análise de regressão logística dos fatores de risco para o desenvolvimento da criança

Indicadores do desenvolvimento	Valor de p	OR	IC (95%)
Desenvolvimento Global (Denver-II) - 6 a 44m			
Escolaridade do pai	0,04	0,40	0,17-0,97
Linguagem expressiva (LAVE) - 24 a 44m			
Estado nutricional aos 6m	0,05	16,94	0,93-308,07
Índice de Risco psicossocial de Rutter (soma de itens)	0,05	4,07	0,96-17,18

Valor de $p \leq 0,05$; OR = Odds Ratio; IC = Intervalos de Confiança

ANEXO A - Aprovação da Direção Acadêmica de Ensino e Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (09/2003)

Universidade de São Paulo
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
CENTRO DE SAÚDE ESCOLA
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
Telefone PABX: (016) 633-2331 / 4480 - FAX: (016) 633-2331
Rua Terezina, 690 - CEP 14055-370 - Ribeirão Preto - SP

DIREÇÃO ACADÊMICA DE ENSINO E PESQUISA

LIBERAÇÃO DE PESQUISA Nº 09/2003

Em: 10 / 03 / 2003

Para: Profa. Dra. Maria Beatriz Martins Linhares

Comunicamos que a (o) pesquisadora (or) Margaret Rose Santa Maria cumpriu as exigências operacionais e legais, podendo dar início à sua coleta de dados para o trabalho Programa de "Vigilância" do desenvolvimento no Programa de Saúde de Família: Procedimento de triagem para identificar fatores de risco e mecanismos de proteção para transtornos de desenvolvimento em crianças de 6 a 36 meses de idade

Atenciosamente,

Prof.ª Maria do Carmo Guimarães G. Caccia Bava
Diretora Acadêmica de Ensino e Pesquisa
Centro de Saúde Escola-FMRP-USP.

ANEXO B - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (0059/CEP/CSE-FMRP-USP)

	Universidade de São Paulo <i>Campus de Ribeirão Preto</i> FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA Telefone PABX: (016) 633-2331 / 4480 - FAX: (016) 633-2331 Rua , Cuiabá, 601 - CEP 14055-370 - Ribeirão Preto - SP

OF. N °.78 /03/COORD.CEP/CSE-FMRP-USP . 20 DE FEVEREIRO DE 2002.

Senhora Professora,

Vimos na presente oportunidade comunicar que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 16ª reunião ordinária, realizada em 18 de fevereiro de 2002, analisou e apreciou o parecer do relator, referente ao **Projeto de Pesquisa: Programa de “Vigilância do Desenvolvimento” no Programa de Saúde da Família: Procedimento de Triagem para Identificar Fatores de Risco e Mecanismos de Proteção para Transtornos de Desenvolvimento em Crianças de 6 a 36 Meses de Idade.** Protocolo: 0059/CEP/CSE-FMRP-USP, que será conduzido por V.Sª. e pela orientanda Margaret Rose Santa Maria. **Foi aprovado.**

Lembramos que em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

Sendo o que tínhamos para o momento, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof.º Dr. Antônio Ribeiro Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilma. Sra.
Prof.ª. Dra. Maria Beatriz Martins Linhares
Departamento de Neurologia, Psiquiatria e Psicologia Médica
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP

ANEXO C – Material e Protocolo do Teste de Denver-II⁸ **Material do Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver – II (KIT)**

---

⁸ Frankenburg K. W., Dodds J., Archer P., Bresnick B., et al. Denver-II: Technical Manual and Training Manual. Denver: Denver Developmental Materials Inc.;1990.

Universidade de São Paulo - FMRPUSP - Psicologia Pediátrica - Neonatologia / HCFMRP
 Responsáveis: Profa. Dra. Maria Beatriz Martins Linhares / Ana Emilia Vita Carvalho / Ana Maria de Almeida Motta
 Tradução: Profa. Dra. Márcia R.M. Pedromônico / Eliane Lopes Bragatto / Renata Strobilius (UNIFESP/EPM)
 Formatação: Eliane Lopes Bragatto / Renata Strobilius - Fonoaudiologia

Denver II

Nome:

RGHC:

RI:

Material do Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver – II (para a criança reconhecer e nomear).

ANEXO D – Protocolo da LAVE

Lista de Avaliação de Vocabulário Expressivo – LAVE⁹

Por favor, preencha o formulário abaixo que permitirá que tenhamos acesso a informações importantes sobre a criança:

Data: ____/____/____ Seu Nome: _____ Parentesco com a criança: _____
 Nome da criança: _____ DN: ____/____/____ Sexo: M F

	MÃE	PAI
Nome		
Endereço		
Telefone		
Data de Nascimento		
Estado Civil		
Escolaridade		
Emprego	Não empregado ( ) Emprego Tempo Parcial ( ) Emprego Tempo Integral ( )	Não empregado ( ) Emprego Tempo Parcial ( ) Emprego Tempo Integral ( )
Ocupação		

Renda familiar: R\$ _____

Por favor, escreva o sexo e idade de outras crianças da família: _____

Alguém em sua família apresentou atraso ao aprender a falar? _____ Se sim, quem? _____

Antecedentes Mórbitos: Doenças Crônicas da Criança: _____

Peso ao Nascimento _____ Tipo de Parto _____ Intercorrências Peri-natais ( ) Sim ( ) Não

Quais? _____ Alta Hospitalar em _____ dias

Sua criança é prematura? _____ Se sim, quantas semanas? _____

Quantas infecções de ouvido sua criança teve? _____

Outras infecções ou convulsões? Quais? _____

Sua criança é cuidada por babá? _____ Quantas horas por semana? _____

Sua criança já foi ao fonoaudiólogo? _____ Qual o motivo? _____

Sua criança já foi ao psicólogo? _____ Qual o motivo? _____

Sua criança tem ____ anos e ____ meses de idade. Ela já tem ____ meses de escolarização (não incluir os períodos de férias) e forma frases com até ( ) uma palavra ( ) duas palavras ( ) três palavras ( ) quatro palavras ( ) cinco palavras

( ) seis palavras ( ) sete ou mais palavras

Além da escola, sua criança tem aulas de algum outro tipo? ( ) natação ( ) balé ( ) música ( ) línguas ( ) creche ( ) outros _____

Você está preocupado com o desenvolvimento de linguagem de sua criança? _____

Se sim, em que sentido? _____

POR FAVOR, COMPLETE AGORA A LISTA DE VOCABULÁRIO NA PÁGINA SEGUINTE.

Depois de assinalar a lista, responda às questões abaixo:

Por favor, escreva algumas outras palavras que sua criança usa aqui:

_____

Ela combina duas ou mais palavras em frases? (ex.: mais bolo, bebê está chorando) ( ) Sim ( ) Não

Por favor, escreva abaixo TRÊS das frases mais longas ou mais bem construídas que sua criança tenha falado:

---

⁹ Achenbach T.M., Rescola L. Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles. University of Vermont. Research Center for Children, Youth, & families. Burlington. VT.; 2000. Tradução e Adaptação por Capovilla F.C., Capovilla A.G.S. Desenvolvimento lingüístico na criança dos dois aos seis anos: tradução e standardização do Peabody Picture Vocabulary Test de Dunn & Dunn, e da Language Development Survey de Rescola. Cienc. cogn. (Brasília) 1997; 1 (1): 353-380.

Por favor, na lista abaixo faça um risco sobre cada palavra que sua criança fala. Você pode incluir palavras que a criança não pronuncia claramente. Não inclua palavras que sua criança pode compreender, mas não fala. Também não inclua palavras que sua criança repete depois de você, por imitação, mas não fala espontaneamente.

COMIDAS	Calçada	Pé	Ir	Sofá	Fralda	Preto
Água	Casa	Peito	Jantar	Telefone	Jaqueta	Que
Bala	Chuva	Perna	Jogar	Tigela	Meias	Quebrado
Banana	Estrela	Pescoço	Lavar	Toalha	Pijama	Quente
Bebida	Flor	Queixo	Ler	Travesseiro	Sapato	Sujo
Biscoito	Lua	Rosto	Mostrar	TV	Short	Vermelho
Bolacha	Neve	LUGARES	Olhar	Xícara	Tênis	OUTROS
Bolinho	Rua	Cantina	Parar	OBJETOS	Vestido	(palavrões)
Bolo	Sol	Escola	Passar	Caderno	VEÍCULO	A, B, C, etc.
Cachorro-quente	ANIMAIS	Hospital	Pegar	Caneta	Avião	Aqui
Café	Abelha	Igreja	Pular	Chave	Barco	Au au
Carne	Cachorro	Loja	Querer	Dinheiro	Bicicleta	Bem vindo
Chá	Cavalo	McDonald's	Sair	Escova	Caminhão	Boa noite
Chiclete	Cobra	Parque	Sentar	Escova de dente	Carrinho	Comigo
Comida	Coelho	Quarto	Ter	Guarda-chuva	Carro	Desculpe
Doce	Elefante	Zoológico	Tomar	Lápis	Moto	Desligado
Hambúrguer	Filhote	AÇÕES	Tossir	Lenço	Ônibus	Em
Laranja	Galinha	Abraçar	Trazer	Mochila	Patins	Embaixo
Leite	Gato	Acabar	Ver	Moeda	Trem	Fora
Maçã	Macaco	Acertar	Vir	Óculos	MODIFICADORES	Longe
Macarrão	Mosquito	Ajudar	Xixi	Papel	Aberto	Gostoso
Manteiga	Pássaro	Almoçar	CASA	Pente	Acabou	Lá
Ovo	Pato	Amar	Berço	PESSOAS	Amarelo	Ligado
Pão	Peixe	Andar	Cadeira	(animal	Azul	Me
Pizza	Peru	Arrumar	Cama	estimação)	Baixo	Miau
Queijo	Porco	Banho	Chão	(próprio	Bom	Mim
Refrigerante	Sapo	Bater	Chuveiro	nome/apelido)	Bonito	Não
Sopa	Tartaruga	Bater palmas	Cobertor	Bebê ou Nenê	Branco	O que
Sorvete	Tigre	Beber	Colher	Homem	Cansado	Obrigado
Suco	Urso	Beijar	Copo	Mãe ou Mamãe	Certo	Oi
Sucrilhos	Vaca	Cantar	Escada	Médico	Credo	Onde
Torrada	PARTES DO	Chutar	Espelho	Menina	Em cima	Por favor
Uva	CORPO	Cócegas	Faca	Menino	Escuro	Por que
BRINQUEDOS	Barriga	Cocô	Garfo	Mulher	Fechado	Quietos
Balanço	Boca	Comer	Garrafa	Pai ou Papai	Fedido	Sim
Balão	Bochecha	Conseguir	Janela	Tia	Feliz	Tchau
Bola	Braço	Correr	Lixo	Tio	Fome	Você
Bolinha de sabão	Bumbum	Cortar	Luz	Vó ou Vovó	Frio	Xuxa
Boneca	Cabelo	Dançar	Mesa	Vô ou Vovô	Grande	1, 2, 3 etc.
Escorregador	Cotovelo	Dar	Pia	ROUPAS	Isso	
Lápis de cor	Dedão	Descansar	Porta	Blusa	Limpo	
Lego	Dedo	Dormir	Prato	Botas	Mais	
Livro	Dentes	Empurrar	Privada	Calça	Mau	
Presente	Joelho	Esconde-esconde	Rádio	Camisa	Meu	
Ursinho de pelúcia	Mão	Fazer	Relógio	Camiseta	Molhado	
AMBIENTE	Nariz	Fechar	Sabão	Chapéu	Pequeno	
Árvore	Olho		Sala	Chinelo	Pesado	
	Orelha			Cinto		
				Cueca / Calcinha		

Achenbach T.M., Rescola L. Manual for the ASEBA Preschool Forms & Profiles. University of Vermont. Research Center for Children, Youth, & families. Burlington. VT.; 2000. Tradução e Adaptação por Capovilla F.C., Capovilla A.G.S. Desenvolvimento lingüístico na criança dos dois aos seis anos: tradução e standardização do Peabody Picture Vocabulary Test de Dunn & Dunn, e da Language Development Survey de Rescorla. Cienc. cogn. (Brasília) 1997; 1 (1): 353-380.

ANEXO E – Protocolo do Inventário HOME

Inventário HOME para Observação e Medida do Ambiente (0 a 3 anos)¹⁰

Folha de Registro

Nome da criança: ..... Data da Visita:.....
 Data de Nascimento:..... Entrevistador:.....
 Relação da pessoa entrevistada com a criança:.....
 Local da entrevista: .....
 Pessoas presentes no local no momento da entrevista: .....
 Comentários:.....
 .....
 .....

I – Responsividade emocional e verbal da mãe	SIM	NÃO
1. Mãe espontaneamente vocaliza para a criança pelo menos duas vezes durante a visita (excluindo repreensão).		
2. Mãe responde às vocalizações da criança com uma resposta verbal (se criança não vocalizar não pontuar).		
3. Mãe fala à criança o nome de algum objeto durante a visita ou diz o nome da pessoa ou objeto no estilo “ensinando”.		
4. A linguagem da mãe é distinta, clara e audível.		
5. A mãe inicia intercâmbios verbais além das perguntas do observador, faz espontaneamente comentários.		
6. A mãe expressa idéias livre e facilmente, e usa afirmações de extensão apropriada à conversação (dá mais resposta resumida).		
7. Mãe espontaneamente permite que a criança ocasionalmente se envolva em brincadeiras de bagunça.		
8. Mãe espontaneamente elogia as qualidades da criança ou comportamento, ou os dois durante a entrevista.		
9. Quando falando da ou para a criança a voz da mãe transmite um sentimento positivo.		
10. Mãe acaricia ou beija a criança pelo menos uma vez durante a visita.		
11. Mãe mostra alguma resposta emocional positiva quando a criança é elogiada pelo visitante.		
SUBESCORE		

II Fuga por punição e restrição	SIM	NÃO
12. Mãe não grita com a criança durante a visita.		
13. Mãe não expressa publicamente aborrecimento ou hostilidade perto da criança.		
14. Mãe não bate nem espanca a criança.		
15. Mãe relata que não puniu a criança fisicamente, mais de uma vez durante a última semana.		
16. Mãe não repreende ou deprecia a criança durante a visita.		
17. Mãe não interfere em ações com a criança ou restringe seus movimentos não mais de três vezes durante a visita, incluindo aspectos verbais.		
SUBESCORE		

¹⁰ Caldwell B.M., Bradley R.H. Administration Manual HOME Observation for Measurement of the Environment: revised edition. University of Arkansas at Little Rock. Little Rock, Arkansas, 1984. No Brasil utilizado por Zamberlan M.A.T., Biasoli-Alves Z.M.M. Interações familiares: teoria, pesquisa e subsídios à intervenção. Londrina: Editora Universidade Estadual de Londrina (UEL); 1997.

III - Organização do ambiente físico geral	SIM	NÃO
18. No mínimo dez livros estão presentes e visíveis.		
19. Família tem algum animal de estimação.		
20. Quando a mãe está fora o cuidado é promovido por uma das três pessoas que a substituem regularmente.		
21. Alguém levou a criança a um supermercado pelo menos uma vez na última semana.		
22. A criança sai de casa pelo menos quatro vezes por semana.		
23. A criança é levada regularmente ao consultório médico ou clínico.		
24. A criança tem um lugar especial no qual mantém seus brinquedos e pertences.		
25. A criança brinca em lugar livre de perigos.		
SUBESCORE		

IV - Provisão de materiais apropriados	SIM	NÃO
26. A criança tem algum brinquedo ou equipamento que exija atividade muscular.		
27. A criança tem brinquedo de empurrar ou puxar.		
28. A criança tem voador, carro de criança, patinete ou triciclo.		
29. A mãe da criança dá brinquedos ou atividades interessantes para a criança durante a visita.		
30. A mãe da criança dá brinquedos de aprendizado apropriado para a idade.		
31. A mãe da criança dá equipamentos de aprendizado apropriado para a idade: móveis, cadeira, etc..		
32. A mãe dá brinquedos de coordenação viso-manual, itens para entrar e sair do recipiente, brinquedos de encaixar, enfiar contas.		
33. A mãe dá brinquedos de coordenação viso-manual, que lhe permita fazer combinações, empilhar caixas, blocos ou brinquedos de construção.		
34. A mãe dá brinquedos de música e literatura.		
SUBESCORE		

V - Envolvimento maternal com a criança	SIM	NÃO
35. Mãe procura manter a criança no seu campo visual e a olha freqüentemente.		
36. Mãe fala com a criança enquanto faz seu trabalho.		
37. Mãe encoraja conscientemente os avanços e desenvolvimentos.		
38. Mãe investe em brinquedos para desenvolvimento importante da atenção.		
39. Mãe designa períodos para a criança brincar.		
40. Mãe dá brinquedos que provocam mudanças na criança para que desenvolva novas habilidades.		
SUBESCORE		

VI - Oportunidades para variar o estímulo do cotidiano	SIM	NÃO
41. Pai é responsável por algum tipo de cuidado com a criança todos os dias.		
42. Mãe lê histórias pelo menos três vezes por semana para a criança.		
43. Criança come pelo menos uma refeição diária com a mãe e o pai.		
44. Família visita ou recebe visitas de parentes.		
45. Criança tem três ou mais livros seus.		
SUBESCORE		

Subescala	Escore	Menor que a 4ª parte	Médio	Superior à 4ª parte
I. Responsividade		0 – 6	7 – 9	10 – 11
II. Aceitação		0 – 4	5 – 6	7 – 8
III. Organização		0 – 3	4 – 5	6
IV. Materiais		0 – 4	5 – 7	8 – 9
V. Envolvimento		0 – 2	3 – 4	5 – 6
VI. Variedade		0 – 1	2 – 3	4 – 5
Escore Total		0 – 25	26 – 36	37 – 45

Para um rápido perfil de uma família, coloque um X na coluna que corresponde ao escore bruto em cada subescala e o escore total.

ANEXO F – Protocolo da Escala de Eventos Vitais

ESCALA DE EVENTOS VITAIS¹¹

Nome da criança: _____ Data: _____

Assinale os eventos que lhe ocorreram no último ano:

- ( ) Morte do cônjuge
- ( ) Separação
- ( ) Casamento
- ( ) Morte de alguém da família
- ( ) Gravidez
- ( ) Doença na família
- ( ) Acréscimo ou diminuição do nº. de pessoas morando em sua casa
- ( ) Nascimento na família
- ( ) Mudança de casa
- ( ) Mudança de escola
- ( ) Reconciliação matrimonial
- ( ) Aposentadoria
- ( ) Perda de emprego
- ( ) Mudança de trabalho (favorável ou desfavorável)
- ( ) Dificuldades com a chefia
- ( ) Reconhecimento profissional
- ( ) Acidentes
- ( ) Perdas financeiras
- ( ) Dificuldades sexuais
- ( ) Problemas de saúde
- ( ) Morte de um amigo
- ( ) Dívidas
- ( ) Mudanças de hábitos pessoais
- ( ) Mudanças de atividades recreativas
- ( ) Mudanças de atividades religiosas
- ( ) Mudanças de atividades sociais
- ( ) Outros. Especificar: _____
- _____
- _____

¹¹ Savoia M.G. Instrumentos para avaliação de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (coping) em situações de estresse. In Gorenstein C., Andrade L.H.S.G., Zuardi A.W. Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial; 2000. p. 377-386.

ANEXO G – Protocolo do Questionário ABIPEME¹²

(Associação Brasileira dos Institutos de Pesquisa de Mercado)

Nome da criança: _____ Data: _____

Dados de Classificação

A. Quem é o chefe de família na sua casa?

( ) o próprio entrevistado

( ) outrem: _____

B. Qual foi o grau de instrução mais alto que o chefe-de-família obteve? Qual o último ano de escola que o chefe-de-família cursou? _____

Categorias para a classificação	Pontos ABIPEME
Não estudou primário completo	0
Primário completo e ginásio incompleto	5
Ginasial completo e colegial incompleto	10
Colegial completo e universitário incompleto	15
Universitário completo	21

C.

Na sua casa tem (cada item abaixo)?	Não	Sim
Aparelho de vídeo cassete	( )	10
Máquina de lavar roupa	( )	8
Geladeira	( )	7
Aspirador de pó	( )	6

D. Quantos (cada item abaixo) existem em sua casa?

Itens possuídos	Nenhum	Número de itens possuídos e pontos					
		1	2	3	4	5	6/+
Carros		4	9	13	18	22	26
TV a cores		4	7	14	14	18	22
Banheiros		2	5	10	10	12	15
Empregados mensal		5	11	21	21	26	32
Rádios		2	3	6	6	8	9

Total: _____

Classe sócio-econômica pelo total de pontos ABIPEME TOTAL: _____

A	> ou = 89
B	59 a 88
C	35 a 58
D	20 a 34
E	< ou = 19

¹²Mattar F.N. Análise crítica dos estudos de estratificação sócio-econômica de ABA- ABIPEME. RAUSP (São Paulo) 1995; 30 (1): 57-74.

ANEXO H – Protocolo da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas

ESCALA MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMAS – EMEP Gimenes e Queiroz (1997)

Seidl, E. M. F. & Tróccoli, B. T. (2000). Escala Modos de Enfrentar Problemas: validação de uma medida de estratégias de enfrentamento. Em SBP (Org.) Resumos de Comunicações Científicas. XXX Reunião Anual de Psicologia (p. 208). Brasília: SBP.

Seidl, E. M. F.; Tróccoli, B. T. & Zannon, C. M. I. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. Manuscrito submetido para publicação.

As pessoas reagem de diferentes maneiras a situações difíceis ou estressantes. Para responder a este questionário, pense sobre como você está lidando com o fato de ter uma criança pequena, pensando se houve problemas conjugais (conflitos frequentes, separação, distância emocional); rejeição da gravidez; falta de apoio e integração social (falta de amigos e de ajuda no cuidado da criança), ou outra situação que envolva sua vida pessoal e a criança. Concentre-se nas coisas que você faz, pensa ou sente para enfrentar esta condição, no momento atual.

Veja um exemplo: Eu estou buscando ajuda profissional para enfrentar o meu problema.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

Você deve assinalar a alternativa que corresponde melhor ao que você está fazendo quanto à busca de ajuda profissional para enfrentar o seu problema com a saúde de seu filho. Se você não está buscando ajuda profissional, marque com um X ou um círculo o número 1 (nunca faço isso); se você está buscando sempre esse tipo de ajuda, marque o número 5 (eu faço isso sempre). Se a sua busca de ajuda profissional é diferente dessas duas opções, marque 2, 3 ou 4, conforme ela está ocorrendo.

Não há respostas certas ou erradas. O que importa é como você está lidando com a situação. Pedimos que você responda todas as questões, não deixando nenhuma em branco.

Obrigado pela sua participação!

1.	Eu levo em conta o lado positivo das coisas.	1	2	3	4	5
2.	Eu me culpo.	1	2	3	4	5
3.	Eu me concentro em alguma coisa boa que pode vir desta situação.	1	2	3	4	5
4.	Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo.	1	2	3	4	5
5.	Procuro um culpado para a situação.	1	2	3	4	5
6.	Espero que um milagre aconteça.	1	2	3	4	5
7.	Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite.	1	2	3	4	5
8.	Eu rezo / oro.	1	2	3	4	5
9.	Converso com alguém sobre como estou me sentindo.	1	2	3	4	5
10.	Eu insisto e luto pelo que eu quero.	1	2	3	4	5
11.	Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo.	1	2	3	4	5
12.	Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer.	1	2	3	4	5
13.	Desconto em outras pessoas.	1	2	3	4	5
14.	Encontro diferentes soluções para o meu problema.	1	2	3	4	5
15.	Tento ser uma pessoa mais forte e otimista.	1	2	3	4	5
16.	Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida.	1	2	3	4	5
17.	Eu me concentro nas coisas boas da minha vida.	1	2	3	4	5
18.	Eu desejaria mudar o modo como eu me sinto.	1	2	3	4	5
19.	Aceito a simpatia e a compreensão de alguém.	1	2	3	4	5
20.	Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema.	1	2	3	4	5

Seidl, E. M. F. & Tróccoli, B. T. (2000). Escala Modos de Enfrentar Problemas: validação de uma medida de estratégias de enfrentamento. Em SBP (Org.) Resumos de Comunicações Científicas. XXX Reunião Anual de Psicologia (p. 208). Brasília: SBP.

Seidl, E. M. F.; Tróccoli, B. T. & Zannon, C. M. I. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. Manuscrito submetido para publicação.

1	2	3	4	5
Eu nunca faço isso	Eu faço isso um pouco	Eu faço isso às vezes	Eu faço isso muito	Eu faço isso sempre

21.	Pratico mais a religião desde que tenho esse problema.	1	2	3	4	5
22.	Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim.	1	2	3	4	5
23.	Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema.	1	2	3	4	5
24.	Eu sei o que deve ser feito estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido.	1	2	3	4	5
25.	Eu acho que as pessoas foram injustas comigo.	1	2	3	4	5
26.	Eu sonho ou imagino um tempo melhor do que aquele em que estou.	1	2	3	4	5
27.	Tento esquecer o problema todo.	1	2	3	4	5
28.	Estou mudando e me tornando uma pessoa mais experiente.	1	2	3	4	5
29.	Eu culpo os outros.	1	2	3	4	5
30.	Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores.	1	2	3	4	5
31.	Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema.	1	2	3	4	5
32.	Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira idéia.	1	2	3	4	5
33.	Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo.	1	2	3	4	5
34.	Procuo me afastar das pessoas em geral.	1	2	3	4	5
35.	Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer.	1	2	3	4	5
36.	Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez.	1	2	3	4	5
37.	Descubro quem mais é ou foi responsável.	1	2	3	4	5
38.	Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor.	1	2	3	4	5
39.	Eu sairei dessa experiência melhor do que entrei nela.	1	2	3	4	5
40.	Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui.	1	2	3	4	5
41.	Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo.	1	2	3	4	5
42.	Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo. ...	1	2	3	4	5
43.	Converso com alguém para obter informações sobre a situação.	1	2	3	4	5
44.	Eu me apego à minha fé para superar esta situação.	1	2	3	4	5
45.	Eu tento não fechar portas atrás de mim. Tento deixar em aberto várias saídas para o problema.	1	2	3	4	5

• Você tem feito alguma outra coisa para enfrentar ou lidar com o seu problema?

Favor verificar se todos os itens foram preenchidos.
Muito obrigada pela sua colaboração!