UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FFCLRP - DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**Indicadores comportamentais e de depressão infantil de uma coorte de
escolares estratificada pelo peso ao nascer**

CLAUDIA MAZZER RODRIGUES

Ribeirão Preto

2013

CLAUDIA MAZZER RODRIGUES

**Indicadores comportamentais e de depressão infantil de uma coorte de
escolares estratificada pelo peso ao nascer**

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia,
Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da Universidade
de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em
Ciências.

Área de Concentração: Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sonia Regina Loureiro

Ribeirão Preto

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Rodrigues, Claudia Mazzer

Indicadores comportamentais e de depressão infantil de uma coorte de escolares estratificada pelo peso ao nascer/ Claudia Mazzer Rodrigues; orientadora: Sonia Regina Loureiro- Ribeirão Preto, 2013.

172 f.

Dissertação (Mestrado) – Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Área de Concentração: Psicologia.

1. Peso ao nascer, 2. Comportamento, 3. Depressão Infantil, 4. Fatores de risco, 5. Crianças em idade escolar.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Rodrigues, Claudia Mazzer

Título: Indicadores comportamentais e de depressão infantil de uma coorte de escolares estratificada pelo peso ao nascer

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, da USP, para a obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de Concentração: Psicologia.

Aprovada em: _____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Estudo subvencionado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, mediante concessão de bolsa de Mestrado, no período de março a setembro de 2011 - Processo 2010/13780-6.

Para minha mãe Edilamar, com saudade e gratidão.

Para minha afilhada Laura, com alegria.

Para meu noivo Emilio, com amor.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof^ª. Dr^ª. Sonia Regina Loureiro, que me inspira constantemente por sua competência como professora e pesquisadora. Obrigada pela atenção, dedicação, confiança e pelos inúmeros ensinamentos ao longo desses anos.

Aos meus amados pais, Carlos e Edilamar, pelos ensinamentos e pela inspiração. Obrigada pai, pelo exemplo de dedicação e superação. Obrigada mãe, por ser minha referência de vida e estar sempre presente em minha memória e em meu coração.

Aos meus queridos irmãos, Flávia e Carlos Gustavo, pelas constantes demonstrações de carinho e companheirismo.

À minha afilhada, Laura, pela alegria e pelo colorido que trouxe a minha vida.

Ao meu noivo, Emilio, pela presença constante e pelo amor dedicado. Obrigada por acreditar, por compartilhar sonhos e, principalmente, me incentivar sempre.

Às minhas queridas amigas, Fernanda e Andressa, por tornarem meu caminhar acadêmico muito mais divertido. Obrigada pela convivência sempre carinhosa e compreensiva.

Às minhas colegas de trabalho e à minha supervisora pela compreensão e pelo apoio ao meu aprimoramento profissional.

À psicóloga, Dr^ª. Adriana Martins Saur, pela generosidade e pelas contribuições valiosas.

Às professoras, Dr^ª. Sonia Regina Pasian e Dr^ª. Flávia Helena Pereira Padovani, pelas contribuições enriquecedoras dadas a este estudo no momento do exame de qualificação.

Ao Geraldo Cássio de Reis pelo apoio e assessoria estatística.

A todas as crianças, mães e pais que participaram deste estudo, por disponibilizarem seu tempo e, assim, contribuírem com possíveis avanços na área do desenvolvimento infantil.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pela concessão da bolsa de mestrado e pelo apoio financeiro para a realização deste estudo.

(...) E há que se cuidar do broto para que a vida nos dê flor.

Milton Nascimento

RESUMO

Rodrigues, C. M. (2013). *Indicadores comportamentais e de depressão infantil de uma coorte de escolares estratificada pelo peso ao nascer*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O baixo peso ao nascer tem sido reconhecido como uma condição adversa ao desenvolvimento infantil, podendo, sob a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento, ser considerado uma condição de risco biológico. O impacto negativo para os desfechos comportamentais em escolares tem sido amplamente estudado, contudo os achados são escassos quando da avaliação da depressão infantil. Propôs-se um estudo prospectivo de coorte, com o objetivo geral de comparar e correlacionar os indicadores comportamentais e de depressão infantil de uma coorte de crianças em idade escolar, estratificada em cinco grupos de peso ao nascer, segundo os valores de referência da Organização Mundial da Saúde (OMS), a saber: muito baixo peso ao nascer (MBP), baixo peso ao nascer (BP), peso insuficiente ao nascer (PI), peso normal ao nascer (PN) e muito alto peso ao nascer (MAP). Foram avaliadas 665 crianças, aos 10-11 anos de idade, de ambos os sexos, nascidas em Ribeirão Preto-SP. Procedeu-se à avaliação dos indicadores comportamentais, por meio do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) respondido pelos pais e à avaliação dos indicadores de depressão, por meio do Inventário de Depressão Infantil (CDI) respondido pelas próprias crianças. Para o levantamento das condições clínicas das crianças e das características sociodemográficas das famílias, foram utilizadas informações de um Questionário Complementar. Os dados foram codificados de acordo com as proposições dos instrumentos e analisados por procedimentos de estatística não-paramétrica ($p \leq 0,05$). Em relação aos indicadores comportamentais, o grupo MBP apresentou escores mais elevados referentes à hiperatividade em comparação a todos os outros grupos, e aos problemas de relacionamento com colegas em comparação ao grupo MAP. Quanto aos indicadores de depressão infantil, o grupo MBP apresentou escores mais elevados de indicadores de depressão quando comparado aos demais grupos. No que se refere à associação dos indicadores comportamentais, relatados pelos pais, aos indicadores de depressão infantil, relatados pelas crianças, verificou-se, para todos os grupos, exceto para o MBP, que as crianças que apresentaram escores mais elevados de depressão infantil na sua autoavaliação, obtiveram também escores de dificuldades comportamentais gerais mais elevados na percepção dos pais. Considerou-se que a sintomatologia depressiva relatada pelas crianças foi identificada pelos pais como a presença de dificuldades comportamentais com manifestações diversas. Observou-se, para todos os grupos, que as variáveis sociodemográficas relativas à menor qualificação da ocupação do pai/chefe da família, à menor escolaridade dos pais e à inclusão em classes econômicas menos favorecidas foram as que apresentaram maior número de associações à presença de problemas comportamentais. O mesmo não foi observado para a depressão. Constatou-se uma maior vulnerabilidade das crianças expostas ao fator de risco biológico relativo ao muito baixo peso ao nascer para as dificuldades comportamentais, especialmente a hiperatividade, e para a depressão infantil. Destaca-se a importância da avaliação dos indicadores de problemas infantis por diferentes informantes visando resultados mais consistentes. A identificação precoce de dificuldades comportamentais e de indicadores de depressão associados ao peso ao nascer pode contribuir para o planejamento de programas de prevenção e intervenção para a promoção da saúde mental infantil.

Palavras-chave: Peso ao nascer. Comportamento. Sintomas depressivos. Fatores de risco. Crianças em idade escolar.

ABSTRACT

Rodrigues, C. M. (2013). *Behavioral and child depression indicators of a school-age children cohort stratified by birth weight*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Low birth weight has been recognized as an adverse condition to child development and may be considered as a biological risk condition, from the perspective of developmental psychopathology. The impact of this risk factor for behavioral outcomes in school-age children has been widely studied, however the findings about the assessment of children depression are still scarce. In this context, a prospective cohort study was proposed, with the general aim to compare and correlate behavioral and depression indicators in a cohort of school-age children, stratified into five groups of birth weight, according to the reference values of the World Health Organization (WHO), namely: very low birth weight (VLBW), low birth weight (LBW), insufficient birth weight (IBW), normal birth weight (NBW) and high birth weight (HBW). For this purpose, 665 children were evaluated, between the ages of 10-11 years old, of both sexes, from Ribeirão Preto, state of São Paulo, Brazil. Proceeded thus to the assessment of behavioral indicators, using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) completed by parents, and the assessment of depression indicators, using the Children's Depression Inventory (CDI) answered by children. Aiming to survey the children's clinical conditions and the families' sociodemographic characteristics, information from a supplementary questionnaire were used. Data were coded according to the instruments' propositions and analyzed by non-parametric statistics ($p \leq 0,05$). In relation to behavioral indicators, the VLBW group had higher scores regarding hyperactivity compared to all other groups, and peer relationship problem compared to HBW group. For indicators of child depression, the VLBW group showed higher scores for child depression when compared to other groups. Regarding the association of behavioral indicators, reported by parents, to child depression indicators, reported by children, it was verified, in all groups, except in the VLBW, that children who had higher scores of depression indicators in self-assessment, also obtained higher scores to general behavioral difficulties in parents' perception. It was considered that the depressive symptoms reported by children were identified by parents as the presence of behavioral difficulties with diverse manifestations. It was also observed, in all groups, that the sociodemographic variables related to less qualified occupation of father or householder, lower parental education and belong to disadvantaged economic classes showed the greatest number of associations to the presence of behavioral problems. The same was not observed for child depression. Therefore, it was noticed that there was a greater vulnerability in children exposed to the biological risk factor related to very low birth weight for behavioral difficulties, especially hyperactivity, and child depression. It is important to highlight the value of assessing indicators of child problems by different informants, with the goal to find results more consistent. Early identification of behavioral difficulties and depression indicators associated with birth weight may contribute for planning prevention and intervention programs, in order to promote children's mental health.

Keywords: Birth weight. Behavior. Child Depression. Risk factors. School-age children.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Percurso da composição da amostra do estudo.....	64
Quadro 1 -	Síntese dos principais achados relativos às variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, tendo por referência os grupos de peso ao nascer (n= 665).....	85
Quadro 2 -	Síntese dos principais achados relativos aos indicadores comportamentais e de depressão infantil, tendo por referência os grupos de peso ao nascer (n= 665).....	89
Quadro 3 -	Síntese dos principais achados relativos aos indicadores de problemas comportamentais gerais, de sintomas emocionais, de hiperatividade e de relacionamento com colegas e aos indicadores de depressão infantil, tendo por referência as variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, para cada um dos grupos de peso ao nascer (n= 665).....	106

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Amostra incluída no estudo, distribuída de acordo com o critério peso ao nascer da OMS (1994) – (n= 665)	65
Tabela 2 -	Características biológicas, ao nascimento, das crianças da coorte estratificada em cinco grupos de peso ao nascer (n= 665)	80
Tabela 3 -	Características clínicas das crianças da coorte estratificada em cinco grupos de peso ao nascer (n= 665).....	81
Tabela 4 -	Características sociodemográficas das crianças e famílias da coorte estratificada em cinco grupos de peso ao nascer (n= 665)	83
Tabela 5 -	Indicadores comportamentais, por meio do SDQ, apresentados pela coorte de crianças, estratificada em cinco grupos de peso ao nascer (n= 665).....	87
Tabela 6 -	Indicadores de depressão, por meio do CDI, apresentados pela coorte de crianças, estratificada em cinco grupos de peso ao nascer (n= 665)	88
Tabela 7 -	Comparações entre os cinco grupos de peso ao nascer, relativas aos indicadores comportamentais (SDQ) e de depressão infantil (CDI) apresentados pelas crianças da coorte estudada (n= 665).....	90
Tabela 8 -	Correlações significativas entre os indicadores de depressão infantil (CDI) e os indicadores comportamentais (SDQ) apresentados pela coorte de crianças, estratificada em cinco grupos de peso ao nascer (n= 665)	92
Tabela 9 -	Correlações significativas entre os indicadores comportamentais (SDQ) e os indicadores de depressão infantil (CDI) apresentados pelas crianças da coorte, tendo por referência o peso ao nascer	94
Tabela 10 -	MBP- Variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, com diferenças significativas, quando da comparação com os indicadores comportamentais e de depressão infantil (n= 23).....	95

Tabela 11 - BP- Variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, com diferenças significativas, quando da comparação com os indicadores comportamentais e de depressão infantil (n= 120)	96
Tabela 12 - PI- Variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, com diferenças significativas, quando da comparação com os indicadores comportamentais e de depressão infantil (n= 160)	98
Tabela 13 - PN- Variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, com diferenças significativas, quando da comparação com os indicadores comportamentais e de depressão infantil (n= 343)	101
Tabela 14 - MAP- Variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, com diferenças significativas, quando da comparação com os indicadores comportamentais e de depressão infantil (n= 19)	104

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

MBP	Muito baixo peso
BP	Baixo peso
PI	Peso insuficiente
PN	Peso normal
MAP	Muito alto peso
PIG	Pequeno para a idade gestacional
AIG	Adequado para a idade gestacional
GIG	Grande para a idade gestacional
SDQ	Questionário de Capacidades e Dificuldades
CDI	Inventário de Depressão Infantil
OMS	Organização Mundial da Saúde
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário Complementar	156
--	-----

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Termo de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMRP-USP	159
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	164
ANEXO C – Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)	167
ANEXO D – Inventário de Depressão Infantil (CDI)	170

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	31
1.1. O desenvolvimento infantil segundo a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento.....	33
1.2. O baixo peso ao nascer e suas implicações para o desenvolvimento da criança.....	37
1.3. Indicadores comportamentais de crianças em idade escolar nascidas com baixo peso.....	40
1.4. Indicadores de depressão infantil de escolares nascidos com baixo peso	48
2. OBJETIVOS	55
3. MÉTODO.....	59
3.1. Aspectos éticos	61
3.2. Caracterização da situação do estudo	61
3.3. Participantes	63
3.3.1. Percurso amostral	63
3.3.2. Amostra	64
3.4. Instrumentos e Medidas.....	65
3.4.1. Avaliação dos indicadores comportamentais	65
3.4.2. Avaliação dos indicadores de depressão infantil.....	67
3.4.3. Avaliação clínica e sociodemográfica	69
3.5. Procedimento	70
3.5.1. Coleta de Dados.....	70
3.5.2. Tratamento estatístico dos dados	72
3.5.2.1. Codificação dos dados	72
3.5.2.2. Análise dos dados	74
4. RESULTADOS	77
4.1. Caracterização do perfil biológico, clínico e sociodemográfico da coorte de crianças, estratificada com base em cinco grupos de peso ao nascer	79
4.2. Caracterização do perfil comportamental e de depressão infantil da coorte de crianças, estratificada com base em cinco grupos de peso ao nascer	86
4.3. Comparações dos indicadores comportamentais e de depressão infantil da coorte de crianças, estratificada em cinco grupos de peso ao nascer	90
4.4. Correlações entre indicadores comportamentais e de depressão infantil da coorte de crianças, tendo por referência o peso ao nascer.....	92

4.5. Comparações entre as variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas e os indicadores comportamentais e de depressão infantil da coorte, para cada grupo de peso ao nascer	94
--	----

5. DISCUSSÃO.....	111
--------------------------	------------

5.1. As crianças nascidas com baixo peso apresentaram mais problemas comportamentais e indicadores de depressão infantil na idade escolar?.....	113
---	-----

5.2. Os indicadores de dificuldades comportamentais relatados pelos pais, especialmente os sintomas emocionais, apresentaram associação com os indicadores de depressão infantil relatados pelas crianças?	122
--	-----

5.3. Nos grupos estratificados pela variável peso ao nascer, as variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas mais negativas se associaram à presença de mais indicadores de problemas comportamentais e de depressão infantil?	126
--	-----

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
--------------------------------------	------------

7. REFERÊNCIAS	141
-----------------------------	------------

APÊNDICES.....	153
-----------------------	------------

ANEXOS	157
---------------------	------------

1. INTRODUÇÃO

A introdução do presente estudo encontra-se organizada em quatro tópicos. O primeiro deles intitula-se *O desenvolvimento infantil segundo a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento*, e aborda, de forma breve, os conceitos básicos para a compreensão do desenvolvimento das crianças sob a abordagem teórica adotada no estudo. O segundo tópico, *O baixo peso ao nascer e suas implicações para o desenvolvimento da criança*, trata das influências do fator de risco biológico relativo ao baixo peso ao nascer para o desenvolvimento infantil. O terceiro tópico, *Indicadores comportamentais de crianças em idade escolar nascidas com baixo peso*, apresenta estudos voltados para o impacto do nascimento com baixo peso para o desempenho comportamental de escolares. No quarto tópico, *Indicadores de depressão infantil de escolares nascidos com baixo peso*, são abordados estudos sobre a influência do baixo peso ao nascer e os indicadores de sintomatologia depressiva de crianças em idade escolar. Esse tópico é finalizado com a apresentação da justificativa para o presente estudo e das hipóteses norteadoras do mesmo.

1.1. O desenvolvimento infantil segundo a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento

Várias abordagens teóricas têm se dedicado ao estudo do desenvolvimento infantil, dentre as quais se inclui a psicopatologia do desenvolvimento, cuja ascendência ocorreu a partir da década de 70, por meio dos esforços de pesquisadores de diversas disciplinas, tais como a embriologia, a genética, as neurociências, a psicanálise, a psicologia clínica, experimental e do desenvolvimento. Nesse sentido, trata-se de uma perspectiva que ultrapassa os limites disciplinares e que pressupõe a necessidade de investigações de múltiplos fatores, variáveis e domínios para o estudo dos complexos processos subjacentes ao desenvolvimento da criança (Toth & Cicchetti, 2010; Cummings, Davies & Campbell, 2000).

Por ser um campo ainda recente, em constante progresso e cada vez mais dinâmico e multidisciplinar, ocorrem algumas divergências quanto a sua definição. No entanto, para muitos teóricos, a singularidade dessa perspectiva consiste no foco que atribui tanto aos processos desenvolvimentais adaptativos quanto desadaptativos (Cummings et al., 2000; Masten, 2006).

A psicopatologia do desenvolvimento é entendida como uma disciplina científica voltada predominantemente para a elucidação do interjogo entre os aspectos biológicos,

psicológicos e sociais implicados tanto no desenvolvimento típico quanto atípico, ao longo do ciclo vital, uma vez que pressupõe que para se compreender o funcionamento normal de um organismo, é necessária a investigação de sua patologia, e do mesmo modo, para se conhecer melhor a sua patologia, é imperativo o estudo de sua condição de funcionamento normal (Cicchetti & Toth, 1998).

Ao integrar a compreensão da patologia e do funcionamento normal, tal abordagem considera o desenvolvimento como decorrente de uma série de reorganizações qualitativas dos domínios do funcionamento biológico e psicológico, sendo estes, os componentes de um sistema geral de regulação e adaptação, no qual o indivíduo e o contexto atuam conjuntamente (Ialongo et al., 2006; Bordin, 2005). Dessa forma, o conhecimento das dificuldades possíveis de ocorrerem nas trajetórias desenvolvimentais, bem como a consideração da relevância do contexto para o desenvolvimento, são condições fundamentais para que se possa atuar no sentido de evitar que problemas se estabeleçam e interfiram no processo adaptativo do indivíduo (Achenbach, 1992; Medeiros, 2004).

Investiga-se, portanto, os fatores que podem figurar como risco ou proteção ao desenvolvimento e o modo como estes afetam o funcionamento e a adaptação do indivíduo frente às adversidades, favorecendo a vulnerabilidade ou a resiliência (Masten & Gerwitz, 2006). Considera-se ainda, que na trajetória desenvolvimental, as experiências negativas e positivas apresentam significados e impactos diversos, dependendo das tarefas desenvolvimentais esperadas para cada período, das circunstâncias de vida, das características pessoais de cada indivíduo, do suporte disponível e dos riscos acumulados até dado momento (Miller, 1996; Rutter, 1985).

Nesse sentido, sob a ótica da psicopatologia desenvolvimental, para o estudo do desenvolvimento humano, faz-se essencial a compreensão de alguns conceitos básicos, tais como fatores de risco e de proteção, condições adversas, vulnerabilidade, resiliência e tarefas desenvolvimentais, os quais serão abordados a seguir, de maneira breve.

Os fatores de risco são entendidos como variáveis que podem aumentar a probabilidade de um indivíduo desenvolver determinada desordem quando comparado aos indivíduos da população em geral (Linhares, Bordin & Carvalho, 2004a). Tais fatores podem ser classificados como biológicos ou ambientais. Os fatores de risco biológicos correspondem a eventos nos períodos pré, peri e pós-natal, como por exemplo, o baixo peso ao nascer, a prematuridade, a anóxia neonatal e os problemas genéticos, os quais podem influenciar negativamente o desenvolvimento das crianças (Sameroff & Fiese, 2005). Os fatores de risco ambientais englobam as experiências adversas relacionadas à família, à sociedade e ao meio

ambiente no qual a criança está inserida, tais como a baixa escolaridade dos pais, a falta de recursos sociais e educacionais e as práticas educativas inadequadas (Graminha & Martins, 1997).

Verifica-se na literatura científica, que muitos estudos têm conferido destaque ao fator de risco biológico relativo ao baixo peso ao nascer e aos fatores de risco ambientais referentes aos aspectos socioeconômicos (Breslau & Chicoalt, 2000; Kelly, Nazroo, McMunn, Boreham & Marmot, 2001; Saigal et al. 2003; Costello, Worthman, Erkanli & Angold, 2007; Conrad, Richman, Lindgren & Nopoulos, 2010).

Ressalta-se que a classificação desses fatores de risco em biológicos e ambientais apresenta fins didáticos, sendo pouco condizente com a realidade, uma vez que, na maioria das situações, ocorre uma sobreposição dos mesmos (Bear, 2004). A consideração de um fator de risco isoladamente é, em geral, insuficiente para explicar uma variação no desenvolvimento, pois, frequentemente, diferentes fatores de risco co-ocorrem e são seus efeitos cumulativos que têm sido apontados como particularmente prejudiciais, podendo resultar em psicopatologias (Sameroff & Fiese, 2005).

Os indivíduos também estão expostos aos fatores de proteção, que são compreendidos, como fatores que potencialmente interrompem a atuação dos mecanismos de risco, favorecendo um desenvolvimento saudável, o que não significa, porém, a anulação do risco. Em outras palavras, são fatores que estão associados a resultados positivos do desenvolvimento, independentemente da adversidade ou risco, podendo estar relacionados aos atributos pessoais, às relações ou aos contextos de vida (Masten & Gerwitz, 2006).

Segundo Ialongo et al. (2006) é o dinâmico interjogo dos fatores de risco e de proteção que influencia a trajetória desenvolvimental, afetando a qualidade da organização dos sistemas biológico e psicológico, conforme se processa o desenvolvimento do indivíduo. Os referidos autores destacam que a psicopatologia do desenvolvimento tem incorporado modelos probabilísticos, e não deterministas, para a explicação de disfunções.

As condições ambientais adversas, por sua vez, correspondem às situações em que experiências negativas repetitivas ou duradouras são passíveis de ocasionarem repercussões negativas para a adaptação da pessoa (Masten & Gerwitz, 2006). Os contextos de adversidade e risco favorecem a vulnerabilidade, que se caracteriza pela susceptibilidade do indivíduo a apresentar um resultado negativo diante de experiências negativas. Segundo Yunes e Szymanski (2001), a vulnerabilidade pode ser decorrente de influências genéticas ou experiências prévias, podendo ser atribuída a diversas condições, como anormalidades físicas,

trauma pré-natal, nascimento pré-termo, má nutrição pré-natal, apego inseguro, perdas, entre outras.

Em contraposição às condições de vulnerabilidade, situa-se a resiliência que, segundo Rutter (1985), caracteriza-se pelas respostas positivas frente aos contextos de adversidade e risco, envolvendo a variação individual na resposta inicial à experiência negativa e no processo de recuperação. Todavia, apesar de relacionar-se a aspectos particulares do indivíduo, não se trata de um traço ou característica pessoal, mas de um resultado da interação entre componentes constitucionais e ambientais (Yunes, 2003). Assim, de acordo com Linhares et al. (2004a), a resiliência expressa o poder de recuperação que se constrói no percurso do desenvolvimento.

Para Bee (2003), cada criança apresenta alguns fatores protetores, algumas vulnerabilidades inatas e alguns recursos, de modo que sua resistência diante de estresses e transições desenvolvimentais, dependerá do valor atribuído a cada um desses itens e da quantidade de condições estressantes que terá que enfrentar simultaneamente. Segundo a autora, isso quer dizer que, perante as mesmas adversidades, os indivíduos podem apresentar adaptação ou desadaptação ao longo do desenvolvimento em função da interação entre os fatores de risco e de proteção.

No decorrer do desenvolvimento, as reorganizações qualitativas dos sistemas biológico e psicológico ocorrem conforme a pessoa vai sendo, progressivamente, desafiada pelas chamadas tarefas de desenvolvimento (Ialongo et al., 2006). As tarefas desenvolvimentais referentes a cada fase do desenvolvimento são consideradas um dos principais critérios para a avaliação da adaptação ou desadaptação infantil. Tais tarefas correspondem a padrões de desempenho esperados, em determinados períodos do desenvolvimento, pela sociedade ou por grupos sociais específicos (Masten & Gewirtz, 2006).

No período escolar, as principais tarefas de desenvolvimento incluem a aprendizagem acadêmica, a competência de auto-regulação e a socialização (Linhares, Chimello, Bordin, Carvalho & Martinez, 2005). A criança em idade escolar tem seu contexto sociocultural ampliado, vivencia novos papéis sociais e experimenta exigências formais de aprendizagem, necessitando adquirir novas habilidades. Prejuízos em qualquer uma dessas tarefas favorecem a vulnerabilidade, trazendo, possivelmente, dificuldades que podem influenciar não somente a fase escolar, mas também as etapas posteriores do seu desenvolvimento (Marturano & Loureiro, 2003).

A contextualização do momento do desenvolvimento, bem como a realização de uma análise criteriosa dos processos ou mecanismos de risco e proteção, são condições essenciais

para que se possa conhecer a variedade de respostas possíveis frente às adversidades, o que, por sua vez, permite a identificação precoce de recursos e dificuldades, podendo instrumentalizar práticas de saúde mental (Yunes & Szymanski, 2001).

No próximo tópico, destaca-se o fator de risco biológico relativo ao nascimento com baixo peso e o seu impacto para o desenvolvimento infantil.

1.2. O baixo peso ao nascer e suas implicações para o desenvolvimento da criança

A Organização Mundial da Saúde – OMS (1994) considera o peso ao nascer como um importante indicador da saúde e das chances de sobrevivência do bebê e adota a seguinte classificação: a) muito baixo peso ao nascer, para bebês com peso abaixo de 1500g, b) baixo peso ao nascer, para bebês com peso entre 1500g e 2499g, c) peso insuficiente ao nascer, para bebês com peso entre 2500g e 3000g, d) peso normal ao nascer, para bebês com peso entre 3001g e 4250g e e) muito alto peso ao nascer, para bebês com peso superior a 4250g.

Dentre as categorias de peso ao nascer, dois blocos se contrapõem, em um extremo se coloca o muito alto peso ao nascer e no outro, o muito baixo peso e o baixo peso ao nascer. De forma breve e ilustrativa, aborda-se o muito alto peso ao nascer, já que tal fator tem sido menos estudado como condição de risco para o desenvolvimento das crianças. Por outro lado, o nascimento com baixo peso tem sido considerado um dos principais fatores de risco biológico para o desenvolvimento infantil (Goulart, 2004), sendo esse o foco abordado no presente estudo.

Apesar de menos investigado, alguns estudos têm verificado a associação do muito alto peso ao nascer com doenças como a diabetes tipo 2 (Wei et al., 2003; Harder, Rodekamp, Schellong, Dudenhausen & Plagemann, 2007) e a hipertensão (Tian et al., 2006), e ainda com psicopatologias como a esquizofrenia (Bersani et al., 2007; Wegelius et al., 2011) e a depressão (Herva et al., 2008).

Em estudo de meta-análise, Harder et al. (2007) observaram, por meio dos estudos analisados, que o alto peso ao nascer pode aumentar o risco para diabetes na vida adulta. O estudo de Tian et al. (2006) verificou que o alto peso ao nascer também apresentou associação a um maior risco de desenvolvimento de hipertensão. Musselmann, Betan, Larsen & Phillips (2003) e Meyer, Armenian, Eaton & Ford (2004) verificaram a associação do diabetes e da

hipertensão em relação à depressão, destacando o peso ao nascer enquanto preditor para tais patologias.

No que diz respeito aos transtornos psiquiátricos, como a esquizofrenia e a depressão, alguns estudos investigaram a maior suscetibilidade dos indivíduos nascidos com alto peso para o desenvolvimento de tais transtornos. Em recente estudo de coorte, Wegelius et al. (2011) observaram que o alto peso ao nascer associou-se à maior vulnerabilidade para esquizofrenia. Em outro estudo de coorte, Herva et al. (2007) verificaram a associação entre o nascimento com alto peso e o risco aumentado para a presença de depressão na vida adulta, contudo apenas para mulheres.

Mais amplamente estudados como condições que interferem no desenvolvimento infantil, o baixo peso e o muito baixo peso ao nascer, na maioria dos casos, decorrentes do parto prematuro ou da restrição do crescimento intrauterino, consistem em fatores subjacentes em 60 a 80% das mortes neonatais (Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2009).

Os últimos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos- SISNAC, do Sistema Único de Saúde- SUS, indicaram que, no ano de 2010, o total de nascidos vivos no Brasil foi de 2.861.868, sendo que 224.329 destes bebês nasceram com baixo peso ou com muito baixo peso (7,8%). Na região Sudeste, ocorreram 96.210 nascimentos com baixo peso ou muito baixo peso (8,6%). No estado de São Paulo, o baixo peso e o muito baixo peso atingiram 51.682 recém-nascidos (8,6%) (Brasil, 2010). Em um período de dez anos, a taxa de nascimentos com baixo peso aumentou 0,8% no país (Brasil, 2000, 2010).

Apesar do aumento dos nascimentos com baixo peso e da preocupante associação desta condição de risco à mortalidade de crianças, vários estudos têm indicado uma importante redução da mortalidade infantil ao longo das últimas décadas no mundo todo (Roberts et al., 2008; Albuquerque et al., 2009; Spittle, Boyd, Inder & Doyle, 2009; Bos & Roze, 2011). No Brasil esta redução de mortalidade também foi verificada, de acordo com o relatório “Situação Mundial da Infância 2012 – Crianças em um mundo urbano”, divulgado pela UNICEF, de modo que a taxa de mortalidade de bebês, com idade inferior a um ano, diminuiu mais de 60% entre os anos de 1990 e 2010 (Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2012).

O significativo aumento da sobrevivência de bebês nascidos com baixo peso e, principalmente, com muito baixo peso, se justifica pelos avanços tecnológicos e científicos da Neonatologia, da Farmacologia e do atendimento à gestante de risco, tais como: o uso de esteróides no pré-natal de gestantes com risco de parto pré-termo, o tratamento com surfactante para recém-nascidos com síndrome de desconforto respiratório, as novas

modalidades de suporte ventilatório, entre outros, bem como pela promoção de políticas públicas de saúde na área da prevenção (Tommiska et al., 2001; Segre, 2003; Abernethy, Palaniappan & Cooke, 2002; Bhutta, Cleves, Casey, Cradock & Anand, 2002; Bohnert & Breslau, 2008).

Contudo, a diminuição da mortalidade foi acompanhada do aumento da morbidade dessas crianças, transformando-se em um aspecto importante dos cuidados neonatais e despertando o interesse para realização de investigações voltadas para o desenvolvimento futuro das mesmas (Breslau & Chilcoat, 2000; Msall & Park, 2008).

A relevância epidemiológica e clínica dos recém-nascidos de risco evidencia a necessidade de estudos específicos e do acompanhamento de seu desenvolvimento. Reconhece-se que a condição de risco relativa ao nascimento com baixo peso expõe a criança a uma série de adversidades. Algumas delas podem ser percebidas logo após o nascimento, pois tais crianças são mais suscetíveis a várias doenças que complicam seu período neonatal (Usher, 1984), e ao necessitarem de hospitalização, ficam expostas a procedimentos médicos recorrentes, à iluminação e à estimulação sonora excessivas, além de sofrerem restrições no contato físico com a mãe (Linhares, Martins & Klein, 2004b).

Outras adversidades, no entanto, podem se fazer presentes ao longo do desenvolvimento da criança, especialmente no que se refere aos fatores relacionados ao ambiente familiar, uma vez que a família desempenha papel fundamental no desenvolvimento da criança, inclusive quanto à aquisição de adequadas estratégias de enfrentamento e regulação emocional. No período de hospitalização, as restrições no contato com a família podem comprometer o processo de vinculação, o que, posteriormente, poderá resultar em uma interação, entre os pais e a criança com vulnerabilidade, permeada por particularidades, bem como no emprego de estratégias de enfrentamento inadequadas diante das situações de conflitos familiares (Klein & Linhares, 2006; Greenley et al., 2007). Nesse contexto, os fatores de risco psicossociais relativos aos aspectos sociodemográficos das famílias, principalmente no que se refere ao status socioeconômico e à educação materna, também podem figurar como condições adversas (Hack et al., 2004; Mendelson et al. 2008).

Além da variável biológica relativa ao baixo peso, devem ser consideradas as diversas variáveis ambientais frequentemente envolvidas, as quais podem tanto atenuar, quanto agravar a condição de risco neonatal. Quando as interações entre fator de risco biológico e fatores de risco psicossociais estabelecem uma situação de múltiplo risco, na qual um fator agrava o outro, aumenta-se a probabilidade de prejuízos ao desenvolvimento da criança (Linhares et al., 2004b).

Nesse sentido, muitos estudos têm indicado que as crianças com baixo peso ao nascer apresentam risco aumentado para uma série de dificuldades em diferentes domínios ao longo do ciclo vital. Na idade escolar, quando comparadas com crianças nascidas com peso normal, as crianças com baixo peso ao nascer têm sido consideradas mais vulneráveis aos déficits cognitivos (Carvalho, Linhares & Martinez, 2001; Martínez-Cruz et al., 2006), às dificuldades de aprendizagem (Rodrigues, Mello & Fonseca, 2006), às dificuldades comportamentais (Kelly et al., 2001; Linhares et al., 2005) e às desordens emocionais, dentre elas a depressão infantil (Hayes & Sharif, 2009; Lieshout & Boylan, 2010).

Nos tópicos a seguir, são relatados estudos voltados para a investigação de associações entre o fator de risco biológico relativo ao baixo peso ao nascer e os indicadores comportamentais e de depressão infantil apresentados pelas crianças na idade escolar, com a finalidade de oferecer um breve panorama sobre o que vem sendo estudado sobre o tema.

1.3. Indicadores comportamentais de crianças em idade escolar nascidas com baixo peso

Muitos estudos, disponíveis na literatura científica, têm investigado os efeitos da condição biológica relativa ao nascimento de baixo peso para o comportamento infantil. Os aspectos comportamentais infantis têm sido alvo de interesse por se configurarem como indicadores relevantes do desenvolvimento e dos recursos de saúde mental da criança (Breslau & Chilcoat, 2000; Kelly et al., 2001; Bordin, Linhares & Jorge, 2001; Linhares et al., 2005; Wiles et al., 2006; Hack et al., 2009).

O comportamento infantil pode ser considerado como um comportamento-problema quando for percebido como atípico ou desviante e assim permanecer por mais de seis meses, ou quando apresentar gravidade extrema (Bee, 2003). Os problemas comportamentais possíveis de serem apresentados ao longo do desenvolvimento, segundo Achenbach (1992), podem ser diferenciados em três categorias de transtornos: *problemas externalizantes*, que correspondem ao comportamento desviante dirigido para o externo, como os transtornos de conduta, delinquência e agressividade; *problemas internalizantes*, que se referem ao comportamento cujo desvio é interno, como os transtornos depressivos, de ansiedade e alimentares; e *problemas de atenção*, relativos aos transtornos de déficit de atenção e hiperatividade.

Nas avaliações, informações sobre o problema comportamental da criança são consideradas mais consistentes quando obtidas a partir de diferentes informantes, incluindo-se os pais, os professores e as próprias crianças. Os pais são fontes importantes, pois estão geralmente familiarizados com o funcionamento do filho ao longo do tempo e em diferentes situações. Os professores podem informar sobre os comportamentos apresentados pela criança no contexto escolar, de grande relevância para o desenvolvimento infantil. E as crianças têm sido consideradas informantes confiáveis sobre seu próprio funcionamento, especialmente quando mais velhas, por conseguirem usar da reflexão (Achenbach, McConaughy, & Howell, 1987; Zukauskienė, Pilkauskaitė-Valickienė, Malinauskienė & Krataviciene, 2004).

Nas avaliações realizadas por pais e filhos, observa-se uma concordância moderada, possivelmente por influência de fatores como a gravidade e o tipo do problema (Sourander, Helstela & Helenius, 1999; Van Der Meer, Dixon & Rose, 2008), o fato de tratarem-se de amostras clínicas ou não clínicas (Kolko & Kazdin, 1993), a idade das crianças e o sexo (Martin, Ford, Dyer-Friedman, Tang & Huffman, 2004), as características familiares e da relação pais-filho (Van Roy et al., 2010) e os aspectos culturais e socioeconômicos (Kolko & Kazdin, 1993).

Segundo Achenbach (1992), os problemas externalizantes e de atenção tendem a apresentar maior concordância quanto aos relatos de diferentes informantes por poderem ser mais facilmente observados, enquanto os problemas internalizantes são, frequentemente, menos reconhecidos por outros informantes que pela própria criança, por serem mais restritos ao seu mundo interno e, portanto, menos visíveis. De acordo com Vanderbilt e Gleason (2010), as diferenças de percepção também devem ser consideradas, uma vez que os pais realizam a avaliação sob a percepção do adulto em relação à vulnerabilidade, fazendo uso da comparação, ao passo que as crianças consideram os padrões comportamentais conforme os percebem para si mesmas.

Nesse sentido, as crianças podem ser mais sensíveis às mínimas alterações e relatá-las, mesmo que tais alterações estejam associadas a menores impactos e sejam menos visíveis para os pais. As crianças são mais expressivas sobre como se sentem e se comportam, mas os sintomas que relatam nem sempre são percebidos pelos pais como impactantes na vida cotidiana (Van Roy, Groholt, Heyerdahl & Clench-Aas, 2010).

As diferenças entre os relatos de pais e crianças não pressupõem a ausência de julgamento válido por nenhum dos informantes, ao contrário, sugere que nem as informações dos pais, nem as das crianças, substituem umas as outras na avaliação do comportamento infantil. Ressalta-se a relevância dos relatos das crianças, especialmente quando os pais não

identificam suas dificuldades, bem como da consideração de que o comportamento infantil não existe isolado das características sociais, familiares ou de outras características da criança, tal como o momento de seu desenvolvimento (Van Roy et al., 2010).

Os indicadores comportamentais, tanto os externalizantes e de atenção, quanto os internalizantes, tornam-se ainda mais importantes na fase escolar, por ser este um período com novas demandas de produtividade e realizações, que se expressam pelo desempenho acadêmico e pela sociabilidade em contexto social distinto do ambiente familiar (Linhares, Bordin & Carvalho, 2004a). O impacto negativo do nascimento com baixo peso para o desempenho comportamental de escolares tem sido abordado por diversos estudos.

Em um desses estudos, Breslau e Chilcoat (2000) examinaram a relação do baixo peso ao nascer e os problemas comportamentais em uma coorte de crianças aos 11 anos de idade, estratificada em baixo peso ao nascer ($\leq 2500\text{g}$) e peso normal ao nascer ($> 2500\text{g}$), bem como por classe socioeconômica baixa e classe socioeconômica média. Nesse estudo, 717 crianças foram avaliadas por seus pais e professores, que responderam, respectivamente, ao *Child Behavior Checklist* (CBCL) e ao *Teacher Report Form* (TRF), de modo que tais avaliações focalizaram as subescalas de problemas de atenção e as de problemas internalizantes e externalizantes. Com base nas informações fornecidas pelos pais e pelos professores, verificaram a associação entre o baixo peso ao nascer e os problemas de atenção de crianças em condição de desvantagem socioeconômica, mas não de crianças da classe média, o que sugere a interação entre a vulnerabilidade biológica referente ao nascimento de baixo peso e o risco ambiental associado à desvantagem socioeconômica. Quanto aos problemas externalizantes, as crianças nascidas com baixo peso apresentaram escores mais elevados quando comparadas às crianças nascidas com peso normal, tanto em crianças provenientes de classe baixa quanto de classe média, não sendo verificada influência do fator socioeconômico. E com relação aos problemas internalizantes, nenhum efeito do baixo peso ao nascer foi constatado.

Nessa direção, Kelly et al. (2001) também buscaram verificar os efeitos do peso ao nascer e dos fatores sociais sobre os desfechos comportamentais e examinar se tais efeitos seriam potencialmente modificáveis. Para tanto, foram avaliadas 5181 crianças, com idades entre quatro e 15 anos, por meio do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), respondido pelos pais. Os resultados obtidos indicaram que o peso ao nascer foi um preditor significativo de elevados escores de hiperatividade, problemas de relacionamento com os pares e dificuldades comportamentais gerais. Verificaram que o efeito do baixo peso ao

nascer foi influenciado por fatores sociais, discutindo a possibilidade de o ambiente social minimizar ou aumentar os riscos de problemas comportamentais.

Alguns estudos desenvolvidos no Brasil serão destacados a seguir.

O estudo transversal de Bordin et al. (2001) investigou o impacto do baixo peso ao nascer para o desenvolvimento infantil, avaliando o desempenho cognitivo e comportamental de 20 crianças, com idades entre oito e 10 anos, nascidas prematuramente e com muito baixo peso ($\leq 1500\text{g}$), por meio da Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter. Como resultados, foram detectados problemas comportamentais com índices sugestivos de necessidade de atendimento psicológico para a maioria das crianças. Os problemas verificados caracterizaram o padrão de comportamento da *criança difícil*, com sinais de desadaptação psicossocial, envolvendo, de um lado os comportamentos externalizantes de agitação, impaciência, não permanência nas atividades e por outro, os comportamentos internalizantes de oscilação de humor, preocupação e agarramento à mãe.

Tais achados foram concordantes aos resultados do estudo de Linhares et al. (2001), também desenvolvido no Brasil, o qual analisou o impacto do nascimento prematuro e de muito baixo peso ($<1500\text{g}$) para o nível intelectual, o status acadêmico e os indicadores comportamentais e emocionais de 34 crianças entre oito e 10 anos de idade, comparadas a 20 crianças nascidas a termo e com peso normal ($>2500\text{g}$). Quanto à avaliação do comportamento, as mães responderam a Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter, sendo verificados mais problemas comportamentais, tais como agitação, impaciência, inquietude e agarramento à mãe, nas crianças nascidas pré-termo e com muito baixo peso quando comparadas às crianças nascidas com peso normal. Para a avaliação dos indicadores emocionais foi utilizado o Desenho da Figura Humana (DFH), e apesar de não terem sido observadas diferenças significativas entre os grupos de peso ao nascer, foram detectados, na fase escolar, indicadores emocionais em 55% das crianças nascidas pré-termo e com muito baixo peso.

Em outro estudo do mesmo grupo de pesquisadores, Linhares et al. (2005) avaliaram o nível intelectual e os indicadores do funcionamento adaptativo, comportamental e emocional de 40 crianças com idades entre oito e 10 anos, sendo 20 delas nascidas pré-termo (<37 semanas) e com muito baixo peso ($\leq 1500\text{g}$) e as outras 20, nascidas a termo e com peso normal ($> 2500\text{g}$). As avaliações, comportamental e emocional, foram realizadas por meio dos mesmos instrumentos do estudo relatado anteriormente, detectando-se significativamente mais problemas comportamentais, tais como enurese, medo, tiques, impaciência e dificuldade de permanência nas atividades no grupo de crianças nascidas pré-termo e com muito baixo

peso quando comparadas ao grupo de crianças nascidas a termo e com peso normal. Contudo, nesse estudo também não foram verificadas diferenças entre os grupos de peso ao nascer quanto aos aspectos emocionais.

Em estudo nacional recente, Saur (2012) investigou a associação dos aspectos emocionais, além dos comportamentais e cognitivos, à condição de nascimento com baixo peso em uma coorte de crianças em idade escolar, bem como as variáveis preditoras para tais desfechos. Para a avaliação dos indicadores emocionais e comportamentais, os pais das crianças responderam ao Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). Os principais achados indicaram a maior vulnerabilidade das crianças nascidas com baixo peso para desfechos emocionais, e também para o desfecho comportamental relativo à hiperatividade. Além disso, as análises de predição apontaram que a escolaridade da mãe e a classificação socioeconômica foram preditoras para todos os desfechos estudados, que o nascimento pequeno para a idade gestacional favoreceu o aumento de dificuldades emocionais e que o sexo masculino favoreceu o aumento de problemas comportamentais.

Problemas comportamentais relacionados ao baixo peso ao nascer também foram verificados no estudo de Wiles et al. (2006), o qual foi realizado no Reino Unido. Os autores avaliaram uma coorte de 12783 crianças nascidas a termo, aos quatro e, posteriormente, aos sete anos de idade, por meio do Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). Os dados indicaram que cada diminuição de um desvio-padrão (0,5kg) no peso ao nascer estava associada a um aumento de 11% na taxa de ocorrência de dificuldades comportamentais gerais aos sete anos. No entanto, os autores verificaram uma diminuição dos escores total e da escala de hiperatividade e o aumento do escore de comportamento pró-social na segunda avaliação em comparação à primeira, o que revelou uma tendência à minimização dos problemas do comportamento ao longo do desenvolvimento.

Em contraposição, no estudo de Bohnert e Breslau (2008), após a avaliação de 823 crianças norte-americanas, de condições socioeconômicas contrastantes, aos seis, aos 11 e aos 17 anos de idade, por meio do *Child Behavior Checklist* (CBCL) e do *Teacher Report Form* (TRF), foi verificado que os desfechos do baixo peso ao nascer não variaram nas diferentes idades de avaliação, evidenciando a estabilidade dos efeitos do nascimento de baixo peso ao longo do desenvolvimento da criança. Todavia, em concordância com os outros estudos, os autores observaram a presença de mais problemas externalizantes e internalizantes nas crianças nascidas com baixo peso, contudo sem a verificação de diferenças significativas, e também mais problemas de atenção nas crianças nascidas com baixo peso e em condição de

desvantagem social, confirmando o interjogo entre as adversidades neonatais e os fatores do ambiente social.

O estudo de Hack et al. (2009) comparou aspectos comportamentais de um grupo de 219 crianças nascidas com extremo baixo peso (<1000g) ao de um grupo de 176 crianças nascidas com peso normal, avaliando-as aos oito anos de idade por meio do *Child Symptom Inventory*. Os resultados evidenciaram mais problemas de atenção e hiperatividade por parte das crianças nascidas com extremo baixo peso. Também foram constatados mais problemas de ansiedade generalizada, transtornos autistas e de síndrome de Asperger nestas crianças.

Outro estudo que avaliou as diferenças entre crianças nascidas com extremo baixo peso (<1000g) e muito baixo peso (1000-1499g) em relação ao grupo controle foi o de Conrad et al. (2010). Uma avaliação comportamental foi realizada pelos pais e professores por meio do *Pediatric Behavior Scale-30*, que abrange quatro dimensões: agressividade/oposição, hiperatividade/déficit de atenção, depressão/ansiedade e saúde física. Os autores constataram que os pais das crianças nascidas com extremo e com muito baixo peso relataram mais indicadores de hiperatividade/déficit de atenção e depressão/ansiedade que os pais das crianças do grupo controle. Todavia, com base na avaliação dos professores não foram verificadas diferenças significativas entre os grupos, evidenciando a existência de divergências nas percepções dos informantes, provavelmente, devido às diferenças dos contextos de avaliação, uma vez que alguns comportamentos podem ser mais facilmente identificados em ambiente familiar que em ambiente escolar. Além disso, os autores verificaram a influência do nível socioeconômico na presença dos indicadores comportamentais relatados pelos pais e professores.

Em estudo com adolescentes, Indredavik et al. (2010) investigaram a influência do nascimento pré-termo e de muito baixo peso ($\leq 1500g$), avaliando-os por meio de uma série de instrumentos, dentre eles: *Children Global Assessment Scale*, *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (K-SADS)* e *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder-Rating Scale IV* e *Child Behavior Check List* do *Achenbach System Empirically Based Assessment*. Esses autores também verificaram que o peso mais baixo ao nascer associou-se aos diagnósticos de transtorno déficit de atenção, hiperatividade e transtorno de ansiedade, bem como ao funcionamento psicossocial prejudicado.

Analisando-se os estudos referidos, verificou-se uma tendência a associação do nascimento com baixo peso a riscos para problemas comportamentais, contudo alguns estudos não confirmaram tal associação. Esse foi o caso do estudo de Carvalho et al. (2001), que investigaram a história de desenvolvimento, aprendizagem e comportamento de 20 crianças

brasileiras, de oito a 10 anos de idade, nascidas com peso inferior a 1500g, em comparação a um grupo controle de 20 crianças nascidas a termo. Para a avaliação comportamental foram realizadas entrevistas e aplicada a Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter às mães. Os resultados sugeriram que, apesar de as crianças com baixo peso ao nascer enfrentarem condições adversas e dificuldades iniciais em seu desenvolvimento, essa vulnerabilidade não aparentou comprometer significativamente o seu processo desenvolvimental quando comparadas às crianças do grupo controle, sendo que os problemas comportamentais verificados estavam mais relacionados à interação da criança com seu ambiente que ao fator de risco biológico em si.

A não confirmação da associação entre baixo peso ao nascer aos problemas comportamentais foi também constatada por Sabet et al. (2009), que avaliaram uma coorte de 1029 crianças residentes na área urbana da África do Sul, com 12 anos de idade, por meio do instrumento *112-item Youth Self Report (YSR)*, e não verificaram associações significativas relacionadas a problemas internalizantes ou externalizantes.

Diante das discordâncias e da variedade de desfechos comportamentais relacionados aos efeitos negativos do baixo peso ao nascer, relatados nas investigações disponíveis na literatura, os estudos de meta-análise e de revisão da literatura apresentam especial relevância e serão destacados a seguir.

A meta-análise realizada por Bhutta et al. (2002) buscou estimar o efeito do nascimento prematuro associado ao nascimento de baixo peso sobre o desempenho cognitivo e comportamental de crianças em idade escolar. Para tanto, foi utilizada a base de dados *Medline* e selecionados estudos de 1980 a 2001, com participantes entre cinco e 14 anos de idade, que utilizaram critérios combinados de seleção das crianças avaliadas, considerando tanto a idade gestacional quanto o peso ao nascer. Os autores verificaram que a prematuridade e o baixo peso ao nascer mostraram-se associados a uma maior ocorrência de problemas de comportamento internalizantes e externalizantes, de modo que as crianças nascidas pré-termo e com muito baixo peso apresentaram mais dificuldades comportamentais quando comparadas as crianças nascidas a termo, principalmente a hiperatividade.

Em estudo de revisão da literatura, Anderson e Doyle (2008) examinaram as dificuldades cognitivas, comportamentais e emocionais de crianças nascidas prematuras (<26 semanas) e com muito baixo peso (<750g). Constataram, nos estudos analisados, que a maioria dessas crianças experimentou significativamente mais prejuízos cognitivos, dificuldades de aprendizagem e problemas comportamentais e emocionais. Contudo, apesar do alto risco biológico, os autores ressaltaram que uma considerável proporção destas crianças

não apresentou qualquer comprometimento, sugerindo que tal variabilidade pode estar relacionada aos fatores genéticos, às condições perinatais e ao ambiente social.

Msall e Park (2008) realizaram um estudo de revisão acerca dos aspectos comportamentais, sociais e adaptativos de crianças nascidas com muito baixo peso (<1500g) e extremo baixo peso (<1000g), examinando também os efeitos da interação entre fatores ambientais e fatores clínicos na promoção de resiliência nestas crianças. Observaram a existência de um crescente reconhecimento, por parte dos estudos disponíveis na literatura, de que estas crianças se mostram mais vulneráveis a uma ampla gama de dificuldades comportamentais, sociais e adaptativas.

Outro estudo de meta-análise realizado por Aarnoudse-Moens, Weisglas-Kuperus, Goudover e Osterlaan (2009) utilizou as bases de dados *PubMed*, *PsycINFO* e *Web of Science* e selecionou artigos publicados entre 1998 e 2008, analisando os efeitos do nascimento muito prematuro (≤ 33 semanas) e do muito baixo peso ao nascer (≤ 1500 g) para o desempenho acadêmico, as funções executivas e o funcionamento comportamental. Os autores verificaram, nos estudos analisados, a presença de dificuldades no desempenho acadêmico, funções executivas comprometidas, problemas de déficit de atenção e problemas comportamentais internalizantes em crianças nascidas prematuras e com muito baixo peso, em comparação aos respectivos grupos controles.

A revisão da literatura realizada por Hayes e Sharif (2009) objetivou avaliar o risco de as crianças nascidas com baixo peso apresentarem mais problemas comportamentais e emocionais que as crianças nascidas com peso normal. As bases de dados eletrônicas consultadas foram *PubMed* e *Scholar Google*, sendo selecionadas 20 publicações a partir do ano 2000. Com base na análise desses estudos, as autoras verificaram um aumento significativo de problemas de comportamento, especialmente problemas de atenção, problemas no funcionamento adaptativo e prejuízos nas relações familiares e sociais em crianças com muito baixo peso ao nascer ou muito prematuras em comparação às crianças nascidas com peso normal e a termo. Constataram ainda, o aumento do risco quando dificuldades cognitivas ou motoras estavam presentes ou quando as circunstâncias sociais eram desfavoráveis.

Com base em uma revisão da literatura, Vanderbilt e Gleason (2010) investigaram o maior risco de crianças nascidas pré-termo e com baixo peso apresentarem problemas neurodesenvolvimentais e de saúde mental. Os autores constataram o risco aumentado para transtornos de atenção e hiperatividade, autismo, problemas de aprendizagem, paralisia cerebral e dificuldades na fala, visão e audição para crianças nascidas com baixo peso

(<2500g) e extremo baixo peso (<1000g) quando comparadas às crianças da população geral. Relataram que a condição de nascimento com baixo peso ou pré-termo associou-se a um maior risco para a presença de problemas de saúde mental e neurodesenvolvimentais, especialmente, quando acompanhados de fatores de risco clínicos ou psiquiátricos e de condições de desvantagem socioeconômica.

Analisando os dados dos estudos empíricos e de revisão apresentados, verificou-se o predomínio do relato de diversas dificuldades comportamentais para as crianças expostas à condição de vulnerabilidade relativa ao baixo peso ao nascer. Embora a maior parte das pesquisas indique desvantagens comportamentais em crianças nascidas com baixo peso, verificou-se também que tal desfecho não ocorreu para todas as crianças. Tal constatação coloca em destaque a importância da consideração das complexas interações entre fatores de risco, condições individuais e contexto ambiental, como assinalado por Bordin et al. (2001), bem como a relevância dos modelos probabilísticos, e não deterministas, incorporados pela psicopatologia do desenvolvimento para a explicação de disfunções (Ialongo et al., 2006).

De maneira geral, foi possível observar que a associação entre o fator de risco relativo ao baixo peso ao nascer e os problemas de atenção e externalizantes foi replicada na maioria dos estudos e demonstrada nos estudos de revisão citados, ao passo que, os dados relativos à associação do baixo peso ao nascer aos problemas internalizantes, mostrarem-se mais divergentes, sugerindo que tais indicadores ainda são menos compreendidos.

No tópico seguinte, são apresentados estudos que abordaram, mais especificamente, os indicadores relativos aos comportamentos internalizantes e aos indicadores de depressão infantil apresentados por escolares, e as suas associações com o baixo peso ao nascer.

1.4. Indicadores de depressão infantil de escolares nascidos com baixo peso

Apesar de, na população geral, os problemas emocionais, tais como a depressão, ocorrerem com maior frequência na adolescência ou no início da vida adulta, estes podem ser precedidos de dificuldades comportamentais e emocionais na infância (Kaufman & Charney, 2000; Costello et al. 2003; Zahn-Waxler, Shirtcliff & Marceau, 2008). Em vista disso e das elevadas taxas de prevalência de depressão na população geral, os estudos que abordam as dificuldades emocionais e, mais especificamente a depressão, em crianças têm sido estimulados (Cambaúva & Silva Jr., 2005).

Durante a infância, por se tratar de um período de vulnerabilidade e dependência, alguns fatores apresentam função crítica em termos de impacto para a saúde da criança, sendo que, dentre os fatores mais estudados, inclui-se o baixo peso ao nascer (Maggi et al., 2005). Ao longo de seu desenvolvimento, as crianças sobreviventes ao nascimento com baixo peso ou pré-termo estão expostas a riscos aumentados para uma série de problemas em diversos domínios, inclusive o emocional. Nesse sentido, indica-se a necessidade de estudos que confirmem a importância de cuidados que englobem, além do monitoramento e manejo das condições clínicas, cognitivas e comportamentais, o acompanhamento do bem-estar psicológico destas crianças (Burnett et al., 2011).

Verifica-se que um número ainda pequeno, mas cada vez maior, de estudos têm apontado que o baixo peso ao nascer está associado a riscos mais elevados também para problemas internalizantes, especialmente a depressão infantil (Gale & Martyn, 2004; Raikkonen et al, 2008; Burnett et al., 2011). A depressão infantil pode resultar em uma série de dificuldades nas diferentes áreas da vida da criança, ocasionando consequências negativas para o seu desenvolvimento posterior, uma vez que uma criança com sintomas depressivos pode apresentar sérios comprometimentos no seu convívio social, no ambiente familiar e escolar (Goodman, Ford, Simmons, Gatward & Meltzer, 2000; Wathier, Dell’Aglio & Bandeira, 2008).

A detecção, já na idade escolar, de sintomas emocionais, em especial os sintomas depressivos, pode ser fundamental no sentido de nortear as estratégias de intervenção e prevenção necessárias. Porém, como mencionado anteriormente, apesar do crescente número de estudos, a associação do baixo peso ao nascer e a depressão em crianças em idade escolar encontra-se ainda pouco investigada.

Observa-se que a maioria dos estudos que abordaram o baixo peso ao nascer e sua associação com a depressão tiveram como foco a adolescência. Dentre os estudos realizados com adolescentes encontra-se o de Saigal et al. (2003), que contou com 263 participantes, com idades entre 12 e 16 anos, nascidos com extremo baixo peso (501-1000g) ou peso normal. Os adolescentes foram avaliados por meio de vários instrumentos, respondidos por eles próprios e por seus pais, tais como o *Ontario Child Health Study-Revised Questionnaire (OCHS-R)*. Nos dados obtidos pela avaliação com os próprios adolescentes, não foram verificadas diferenças significativas em nenhuma subescala entre os grupos de extremo baixo peso ao nascer e o controle, enquanto nos dados referentes à avaliação realizada pelos pais, foram verificados escores significativamente mais elevados nas subescalas de depressão, além

da escala de hiperatividade, para nascidos com extremo baixo peso em comparação ao grupo controle.

A investigação realizada por Patton, Coffey, Carlin, Olsson & Morley (2004), também verificou a relação entre o nascimento com baixo peso e pré-termo e a presença de transtorno depressivo na adolescência. Para tanto, 2032 adolescentes, com idades entre 15 e 17 anos foram avaliados por meio de instrumentos respondidos por eles próprios e por seus pais, sendo eles: a *Clinical Interview Schedule (CIS-R)*, a *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*, o *List of Threatening Experiences Questionnaire* e o *Parental Bonding Instrument (PBI)*. Os autores constataram uma maior suscetibilidade para depressão nos adolescentes nascidos pré-termo e com baixo peso quando comparados aos do grupo controle. Verificaram ainda, que o vínculo materno pobre na infância não se configurou como um mecanismo para associação entre nascimento de baixo peso e prematuro e transtorno depressivo, ao passo que a adversidade social, representada pelos eventos de vida negativos, influenciou o desenvolvimento do transtorno depressivo para os adolescentes que apresentaram previamente sintomas depressivos e de ansiedade.

Dahl et al. (2006) desenvolveram um estudo, objetivando identificar os problemas emocionais, além dos problemas comportamentais e da competência social, diferenciados pelo gênero, em uma coorte de adolescentes nascidos com muito baixo peso comparados aos nascidos com peso normal. Os pais e os adolescentes responderam, respectivamente, ao *Child Behavior Check List* e ao *Youth Self-Report*. Do ponto de vista dos pais, os adolescentes nascidos com muito baixo peso apresentam mais problemas comportamentais e emocionais e menor competência que o grupo normativo de adolescentes. Ao contrário, os adolescentes nascidos com muito baixo peso relataram menos problemas e maior ou similar competência que o grupo normativo. Todavia, as meninas nascidas com muito baixo peso relataram mais problemas emocionais e comportamentais que seus pais, quando comparadas aos meninos nascidos com muito baixo peso. Para o melhor entendimento desses achados aparentemente paradoxais, os autores sugeriram a necessidade de realização de mais estudos, especialmente os prospectivos longitudinais.

O estudo de Rice, Harols e Thapar (2006) foi realizado com crianças e adolescentes, com o objetivo de investigar a associação entre o baixo peso ao nascer e o maior risco para sintomas depressivos, e de testar se tal efeito seria moderado pelo risco familiar e genético para depressão. Para tanto, foram avaliados 2046 gêmeos, com idades entre oito e 17 anos, por meio do *Mood and Feelings Questionnaire (MFQ)*. Os autores constataram uma associação significativa entre a condição de vulnerabilidade ao nascimento e os sintomas

precoces de depressão, assinalando que quanto menor o peso ao nascer para a idade gestacional, mais sintomas depressivos foram identificados para as crianças e os adolescentes com riscos familiares e genéticos para a depressão.

O estudo de Colman, Ploubidis, Wadsworth, Jones & Croudace (2007), por sua vez, realizou avaliações na adolescência e ao longo da vida adulta, buscando examinar se os indicadores neurodesenvolvimentais e o peso ao nascer se associariam aos perfis longitudinais de sintomas depressivos e ansiosos. A coorte estudada contou com 4627 participantes avaliados aos 13, 15, 36, 43 e 53 anos de idade. Os autores verificaram que o grupo com peso ao nascer mais elevado apresentou menos sintomas depressivos, ao passo que o grupo com peso ao nascer mais baixo, apresentou sintomas de depressão mais graves e recorrentes, sugerindo que fatores precoces do desenvolvimento estão associados a sintomas depressivos e ansiosos mesmo a longo prazo.

A confirmação da associação entre baixo peso ao nascer e a presença de sintomatologia depressiva na adolescência e vida adulta pelos achados dos estudos citados, reiteram a necessidade de realização de investigações já na idade escolar, no sentido de se conhecer o curso da depressão ao longo do desenvolvimento.

Dentre os estudos que envolveram crianças em idade escolar, encontra-se o de Nomura et al. (2007), no qual 244 participantes foram avaliados em quatro momentos dos cinco até os 20 anos de idade. Tais participantes foram classificados quanto ao peso ao nascer - baixo peso ($<2500\text{g}$) e peso normal ($\geq 2500\text{g}$) - e à presença ou ausência de pais depressivos, para se avaliar, além da associação entre o baixo peso ao nascer e as desordens afetivas, a influência da depressão parental. Para tanto, foram utilizados vários instrumentos, dentre eles a *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children* e a *Children Global Assessment Scale (CGAS)*. Os dados obtidos sugeriram que, os nascidos com baixo peso em comparação aos nascidos com peso normal, apresentaram risco aumentado em duas a quatro vezes para depressão, transtorno de ansiedade, fobia e ideação suicida, e em seis vezes para o funcionamento global prejudicado. Verificaram também a interação entre os fatores de risco relativos à depressão parental e o peso ao nascer, com associação significativa para o maior risco de depressão, sugerindo que a depressão parental potencializa o efeito do baixo peso ao nascer.

Outro estudo realizado com escolares foi o de Costello et al. (2007), que avaliaram 1420 participantes, com idades entre nove e 16 anos por meio do *Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA)*, classificados quanto ao baixo peso ($\leq 2500\text{g}$) e ao peso

normal ao nascer (>2500g) e verificaram que o baixo peso ao nascer foi preditor para depressão apenas para adolescentes do sexo feminino.

Diferenças de gênero também foram observados nos achados do estudo de Sabet et al. (2009), já mencionado, no qual os autores avaliaram uma coorte de 1029 crianças, com 12 anos de idade, em relação ao seu desempenho comportamental e emocional. Apesar de não verificarem diferença estatisticamente significativa entre as crianças nascidas com baixo peso (<2500g) em comparação às nascidas com peso normal, os autores constataram significativamente mais queixas somáticas em meninas nascidas com baixo peso em comparação às meninas com peso normal ao nascer. Esse achado pode ser explicado por uma das hipóteses formuladas pelos autores, sendo a primeira delas, a de que tais queixas poderiam estar associadas a problemas específicos de saúde, e a segunda, de que as queixas somáticas poderiam estar relacionadas à depressão infantil.

Nessa mesma direção, Lieshout e Boylan (2010) ao investigarem a associação do nascimento de baixo peso (<2500g) a níveis aumentados de sintomas depressivos em crianças e adolescentes, avaliaram 1230 participantes nas idades de quatro a sete e de 10 a 14 anos por meio do *Behavior Problems Index (BPI)*, verificaram que apenas meninas com baixo peso ao nascer apresentaram significativamente mais sintomas depressivos nas idades de 11 a 13 anos.

Foram verificadas, assim, peculiaridades nos dados relatados nos estudos empíricos. No estudo de meta-análise, conduzido por Burnett et al. (2011), com o objetivo de verificar a presença de depressão e ansiedade em escolares, adolescentes e jovens adultos nascidos com baixo peso ou pré-termo, os autores constataram, nos estudos analisados, a presença de riscos aumentados para os indicadores de tais psicopatologias, contudo, assinalaram a necessidade de mais estudos voltados para essas sintomatologias.

Ressalta-se que, no contexto brasileiro, até o momento, dentro dos limites dessa revisão, não foram identificadas publicações referentes à investigação da associação do baixo peso ao nascer e o risco aumentado para depressão infantil em escolares. Além disso, segundo Cardoso et al. (2007) e Correia (2011), os estudos com seguimento de médio e longo prazo de crianças nascidas com baixo peso ainda são escassos no país, apesar da evidente necessidade de realização desse tipo de estudo, principalmente, aqueles nos quais uma mesma coorte seja analisada desde o nascimento até a idade escolar.

Os estudos de coorte abordam grupos de indivíduos que compartilham as mesmas experiências histórico-culturais nas mesmas fases de vida, devido ao fato de terem nascido dentro de uma faixa restrita de anos (Bee, 2003). Dessa forma, tais estudos são imprescindíveis por compararem o impacto de um determinado fator de risco ou proteção, ao

longo do tempo, para grupos expostos ou não expostos a tal fator, mas que vivenciaram as mesmas influências normativas históricas (Papalia, Olds & Feldman, 2000).

Analisando os estudos citados, tanto os voltados para as dificuldades comportamentais quanto para a depressão infantil, verificou-se que, na maioria deles, foi observada uma maior vulnerabilidade das crianças nascidas com baixo peso, especialmente quando consideradas também as influências de fatores de risco ambientais, principalmente, os fatores socioeconômicos. Apesar disso, deve-se atentar para a diversidade dos instrumentos utilizados, das amostras estudadas e dos delineamentos adotados, uma vez que, embora demonstrem a abrangência da temática abordada, revelam também a necessidade de cautela quando da análise e da comparação de resultados, sugerindo ainda a necessidade de se considerar os aspectos contextuais de tais dados.

Nesse contexto, justifica-se a realização do presente estudo, dadas as lacunas observadas na literatura, as divergências dos achados, a escassez de pesquisas, especialmente as voltadas para a depressão infantil, e a necessidade de mais estudos com a utilização de instrumentos aferidos de rastreamento, especialmente no contexto brasileiro. Propõe-se, assim, um estudo de coorte voltado para a investigação das possíveis associações entre o peso ao nascer e os problemas comportamentais e de depressão infantil, por meio de instrumentos aferidos para o rastreamento desses indicadores.

Com base na análise da literatura revisada, foram delimitadas para esse estudo as seguintes hipóteses norteadoras: a) crianças nascidas com baixo peso apresentarão mais problemas comportamentais e indicadores de depressão infantil na idade escolar, b) os indicadores de dificuldades comportamentais relatados pelos pais, especialmente os sintomas emocionais, apresentarão associação com os indicadores de depressão infantil relatados pelas crianças e c) nos grupos estratificados pelo peso ao nascer, as variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, consideradas como condições de risco, terão associação com a presença de mais indicadores de problemas comportamentais e de depressão infantil.

Nesse sentido, este estudo visa a contribuir com o conhecimento científico acerca do baixo peso ao nascer enquanto condição de risco biológico, que associada a outras variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, pode se configurar em uma maior vulnerabilidade para a presença de indicadores comportamentais e de depressão em crianças em idade escolar. A melhor compreensão da influência desta condição de risco poderá subsidiar medidas preventivas e interventivas voltadas para a promoção da saúde mental infantil.

2. OBJETIVOS

O presente estudo teve como objetivo geral caracterizar e comparar os indicadores comportamentais e de depressão infantil de uma coorte de crianças, avaliadas aos 10/11 anos, estratificada quanto ao peso ao nascer, segundo os valores de referência da Organização Mundial de Saúde (OMS).

Delimitou-se como objetivos específicos:

- Comparar as características biológicas, clínicas e sociodemográficas e o perfil comportamental e de depressão infantil das crianças diferenciadas em cinco grupos de peso ao nascer, a saber, muito baixo peso, baixo peso, peso insuficiente, peso normal e muito alto peso, tendo por fonte de dados as informações fornecidas pelos pais e pelas próprias crianças, por meio de instrumentos de avaliação sistemática.
- Verificar, tendo por referência a variável peso ao nascer, as possíveis associações entre os indicadores comportamentais relatados pelos pais e os indicadores de depressão infantil relatados pelas crianças.
- Comparar os indicadores comportamentais e de depressão infantil, em cada um dos cinco grupos de peso ao nascer, tendo por eixo as variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, dicotomizadas em condições contrastantes, tendo por referência os indicadores da literatura relativos às condições de risco.

3. MÉTODO

O presente estudo, prospectivo, de coorte e de base populacional, adotou como delineamento a comparação de grupos de crianças em idade escolar, estratificados pelo peso ao nascer.

3.1. Aspectos éticos

O estudo em questão é parte de um projeto mais amplo denominado “O impacto do tamanho ao nascer na morbidade e nos desenvolvimentos físico, afetivo, cognitivo e psicológico das crianças brasileiras: estudo de coorte de nascidos em Ribeirão Preto em 1994 e em São Luís em 1997”, o qual foi subvencionado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (Processo FAPESP n° 2000/09508-7) e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo (**ANEXO A**). Por se tratar de parte de um projeto que envolveu diferentes avaliações além das avaliações psicológicas, de interesse para esse estudo, os pais ou responsáveis pelas crianças assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) relativo ao conjunto das avaliações realizadas na segunda etapa do projeto, referente à coleta de dados na cidade de Ribeirão Preto nos anos de 2004 e 2005 (**ANEXO B**).

A obtenção da autorização para a participação das crianças e dos pais ou responsáveis no estudo ocorreu após a informação dos objetivos da pesquisa e da colaboração esperada em relação aos participantes. Além disso, foram assegurados aos participantes: o compromisso de sigilo e os direitos de desistência da participação em qualquer momento sem qualquer prejuízo; além de terem acesso à devolutiva dos resultados das avaliações e de receberem orientações e encaminhamentos à rede de saúde, quando necessários, em caso de interesse manifesto.

3.2. Caracterização da situação do estudo

Como referido anteriormente, o presente estudo faz parte de um projeto mais amplo, que foi desenvolvido pelo Núcleo de Estudos da Saúde da Criança e do Adolescente (NESCA) do Departamento de Puericultura e Pediatria da Faculdade de Medicina de Ribeirão

Preto, da Universidade de São Paulo. Tal projeto teve como objetivo geral avaliar o impacto do baixo peso ao nascer e do nascimento pré-termo em duas coortes de crianças sobre um vasto conjunto de variáveis, sendo algumas delas, obesidade, dor abdominal recorrente, saúde respiratória e aspectos psicológicos. Nesse sentido, foram estudadas coortes procedentes de duas comunidades com padrões de vida contrastantes em termos de condições socioeconômicas, a saber: Ribeirão Preto, na região Sudeste, e São Luís, na região Nordeste do Brasil. Ressalta-se que a coorte de São Luís não faz parte do presente estudo.

O projeto maior desenvolveu-se em duas etapas. A primeira etapa ocorreu em 1994, em Ribeirão Preto, quando foram coletados dados sobre todas as crianças nascidas em um período de quatro meses consecutivos, representando um terço dos nascimentos do respectivo ano. Nesse primeiro momento, a avaliação envolveu informações dos registros em prontuários médicos dos hospitais relacionadas às características referentes à gravidez, parto e nascimento das crianças, bem como dados antropométricos dos bebês (peso e comprimento) e características sociodemográficas das famílias, obtidas por entrevistas realizadas com as mães. O estudo em questão tomou como referência estudo de coorte prévio (1978/1979), que demonstrou a inexistência de sazonalidade em Ribeirão Preto em relação à distribuição de nascimentos e de variáveis importantes para o estudo, como as taxas de baixo peso ao nascer, a idade materna no parto e a gemelaridade (Bettioli et al., 1998). Nos anos de 2004 e 2005, ocorreu a segunda etapa do estudo maior, envolvendo também um vasto conjunto de variáveis.

Em 1994, primeira etapa do estudo, ocorreram 3663 nascimentos em Ribeirão Preto, dos quais foram excluídos os nascimentos gemelares ($n=84$, 2,3%) e os filhos de mães que não residiam na cidade ($n=733$, 20,5%), totalizando 2846 crianças avaliadas (Cardoso et al., 2007). Dos nascimentos que ocorrem em Ribeirão Preto, 96% acontecem em hospitais (Bettioli et al., 1998), sendo que todos os hospitais com maternidade dessa cidade colaboraram com o estudo, possibilitando uma elevada taxa de participação ao nascimento.

O presente estudo é parte da segunda etapa, que ocorreu nos anos de 2004 e 2005, abordando exclusivamente a coorte de Ribeirão Preto e envolvendo a avaliação dos aspectos comportamentais e emocionais dessas crianças aos 10/11 anos de idade.

O local de estudo foi, portanto, a cidade de Ribeirão Preto, que pertence à região nordeste do estado de São Paulo e localiza-se em uma região rica e industrializada, com alta renda *per capita*. Suas principais atividades econômicas estão ligadas ao agro-negócio, ao comércio, às finanças e à prestação de serviços. Considerada um importante centro educacional, a cidade contava em 1994, quando do nascimento dos participantes, com uma

universidade pública estadual e quatro universidades particulares. Ainda em 1994, a cidade apresentava uma população aproximada de 461.427 habitantes (Fundação IBGE, 1994). Já em 2004/2005, quando da segunda etapa do estudo, os indicadores econômicos se mantinham e Ribeirão Preto tinha uma população de cerca de 504.923 habitantes (Fundação IBGE, 2004).

3.3. Participantes

3.3.1. Percurso amostral

Das 2846 crianças participantes da primeira fase do estudo maior, ocorrida em 1994, foi possível a localização de 1138 famílias, o que corresponde a 40% da coorte inicial, para a segunda parte do estudo, de seguimento da coorte, que ocorreu em 2004. De acordo com critérios metodológicos adotados no estudo maior (Cardoso et al., 2007), das 1138 famílias localizadas, 790 participaram de pelo menos uma avaliação, clínica e/ou psicológica, aos 10/11 anos de idade.

Nesta segunda etapa, foram realizadas avaliações psicológicas referentes aos aspectos cognitivos, comportamentais e emocionais, coletadas novas informações socioeconômicas e dados relativos à pressão arterial, doenças pulmonares e intestinais. No que diz respeito aos aspectos psicológicos, que se constituíram no foco de interesse desse estudo, foram incluídas 665 crianças, que corresponde a 84,18% da amostra avaliada na segunda etapa do projeto e a 58,44% dos elegíveis para o seguimento.

A perda amostral foi decorrente de duas restrições, sendo a primeira destas, a presença de protocolos que não continham informações suficientes referentes ao peso ao nascer e aos dados socioeconômicos das famílias no momento da avaliação ao nascimento da criança e a segunda, a ausência de realização das avaliações necessárias para o presente estudo por parte das crianças incluídas, apesar da realização de outras avaliações.

A Figura 1 apresenta o percurso amostral.

Figura 1. Percurso da composição da amostra do estudo (n=665)

3.3.2. Amostra

As 665 crianças incluídas neste estudo, avaliadas aos 10/11 anos de idade, nasceram em hospitais diversos da cidade de Ribeirão Preto no período de maio a agosto de 1994, sendo 50,8% (n= 338) do sexo masculino e 49,2% (n= 327) do sexo feminino.

Em conformidade com os objetivos, as crianças foram distribuídas tendo-se como referência o critério de estratificação da coorte definido para o estudo, a saber, cinco grupos de peso, segundo a OMS (1994). A Tabela 1 apresenta a distribuição da coorte.

Tabela 1- Amostra incluída no estudo, distribuída de acordo com o critério peso ao nascer da OMS (1994) - (n= 665)

Critério	Definição	Nº de participantes f (%)
<i>Cinco grupos de peso</i>		n= 665
Muito baixo peso ao nascer- MBP	< 1500g	23 (3,4%)
Baixo peso ao nascer- BP	1500-2499g	120 (18,0%)
Peso insuficiente ao nascer- PI	2500-3000g	160 (24,1%)
Peso normal ao nascer- PN	3001-4250g	343 (51,6%)
Muito alto peso ao nascer- MAP	>4250g	19 (2,9%)

Com base no critério peso ao nascer, segundo a OMS (1994), as 665 crianças incluídas no presente estudo foram distribuídas em cinco grupos de peso ao nascer. Verificou-se o predomínio de crianças com peso normal ao nascer (51,6%), seguido de crianças nascidas com peso insuficiente (24,1%), bem como um pequeno grupo de crianças nascidas com muito baixo peso (3,4%) e com muito alto peso (2,9%).

3.4. Instrumentos e Medidas

Detalhar-se-á a seguir os instrumentos e medidas utilizados no presente estudo.

3.4.1. Avaliação dos indicadores comportamentais

Para a avaliação comportamental das crianças utilizou-se o *Strengths and Difficulties Questionnaire* – Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), desenvolvido por Goodman (1997) (ANEXO C). Trata-se de um instrumento que tem como finalidade o rastreamento de problemas de saúde mental infantil, de acordo com os critérios estabelecidos pelo DSM-IV. Para tal, avalia a presença ou ausência de indicadores comportamentais, em

cinco escalas, sendo elas: sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade, problemas de relacionamento com colegas e comportamento pró-social (Goodman, 2001).

Esse questionário apresenta rápida aplicação, sendo composto por 25 itens, dos quais 10 itens são referentes às capacidades, 14 itens referem-se às dificuldades e 1 item é considerado neutro (“relaciona-se melhor com adultos do que com crianças”). Indicado para avaliar o comportamento de crianças e jovens de quatro a 16 anos, o instrumento apresenta três versões para aplicação com crianças mais velhas, pais e professores, as quais se encontram disponíveis no site www.sdqinfo.com.

No estudo em questão, o SDQ foi respondido pelos pais ou cuidadores das crianças. Na aplicação, os pais devem assinalar para cada sentença: falso, mais ou menos verdadeiro ou verdadeiro. Cada resposta é codificada em 0, 1 ou 2 pontos, que são somados em cada uma das escalas. A pontuação por escala pode variar de 0 a 10 pontos e a pontuação total do instrumento para obtenção do escore total de dificuldades, que compreende as quatro escalas, sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade e problemas de relacionamento com colegas, pode totalizar, no máximo, 40 pontos. A quinta escala relativa ao comportamento pró-social não é incluída nesse escore de dificuldade por se caracterizar como um indicador de capacidade. Ressalta-se que quanto maior a pontuação obtida nas escalas e no escore total, maior a indicação de problemas comportamentais, com exceção da escala de comportamento pró-social.

A adaptação do SDQ às características sócio-culturais brasileiras foi realizada por Fleitlich, Córdazar e Goodman (2000) e as informações referentes à tradução e aos dados psicométricos sobre a validade e fidedignidade do instrumento no Brasil foram descritos por Woerner et al. (2004), conforme detalhamento a seguir.

Estudos acerca das propriedades psicométricas do SDQ foram realizados na cidade de Campos de Jordão, no estado de São Paulo. O primeiro deles foi um estudo de validade, realizado por meio da comparação de médias de uma amostra da comunidade e uma amostra clínica, composta por pacientes diagnosticados com transtornos psiquiátricos. Verificou-se a existência de diferenças significativas ($p < 0,001$) entre o escore total da amostra da comunidade e o escore da amostra clínica, para as versões dos pais e professores, porém o mesmo não foi verificado para a versão de auto-relato.

Um segundo estudo, também de validação, comparou a avaliação do SDQ para problemas mentais e a avaliação por meio do DAWBA (*Development and Well-Being Assessment for Children and Adolescents*). Foram selecionados, randomicamente, 41 participantes da comunidade, com SDQ positivo (com indicador de transtorno) e estes foram

avaliados pelo DAWBA, verificando que 56% preencheram critério para algum diagnóstico do DSM-IV. Foram selecionados, também randomicamente, 40 participantes com SDQ negativo (sem indicador de transtorno), verificando, com base no DAWBA, que apenas 15% apresentaram algum diagnóstico segundo o DSM-IV ($\chi^2 = 13.1$; $p < 0,001$).

Nos estudos sobre a fidedignidade do SDQ foram utilizados o método de teste-reteste e o cálculo do alfa de Cronbach, com resultados satisfatórios. O questionário foi respondido por pais de 17 crianças de um grupo clínico em dois momentos diferentes, com intervalo médio de cerca de 20 dias. Na primeira avaliação, o escore médio de dificuldades totais do SDQ foi 18,47 (DP=6,44) e, na segunda, foi 16,65 (DP= 8,04), mostrando não existir diferença significativa (teste de amostras pareadas, $p = 0,148$). Verificou-se correlação entre as duas avaliações de 0,79 e uma avaliação intra-classe de 0,77 (ambos com $p < 0,001$), considerados valores satisfatórios.

3.4.2. Avaliação dos indicadores de depressão infantil

A avaliação dos indicadores de depressão infantil teve como fonte a autoavaliação das crianças. Ressalta-se que o construto depressão pode referir-se a diferentes níveis de manifestações, indicando desde um sentimento de tristeza até o diagnóstico de um transtorno de humor (Bahls, 2002). No presente estudo, considerou-se como depressão infantil a identificação de sintomatologia depressiva por parte das crianças.

Tal avaliação ocorreu por meio do *Children's Depression Inventory* – Inventário de Depressão Infantil (CDI), elaborado por Kóvacs (1983) (ANEXO D). Trata-se de um instrumento de rastreamento que identifica, em crianças e adolescentes, alterações afetivas, de humor, da capacidade de sentir prazer, das funções vegetativas, de autoavaliação e de outras condutas interpessoais.

O inventário é de rápida aplicação, aborda os sintomas afetivos, cognitivos, somáticos e de conduta e é recomendado para mensurar sintomatologia depressiva em crianças e jovens de sete a 17 anos. Nesse estudo, adotou-se a versão de 27 itens, a qual foi respondida pelas crianças.

Para cada item aplica-se uma escala de resposta de três pontos, na qual a criança deve escolher a que melhor descreve seus sentimentos nas duas últimas semanas. Cada resposta apresenta, de acordo com a gravidade dos sintomas, os valores: 0 (ausência de sintoma), 1

(sintoma leve) e 2 (sintoma claro); sendo o somatório total dos valores o escore a ser considerado. Destaca-se que quanto maior a pontuação obtida, maior a indicação de sintomatologia depressiva.

O CDI foi traduzido, adaptado e normatizado para as características sócio-culturais brasileiras por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995) em um estudo, com a versão de 27 itens, tendo avaliado uma amostra de 305 crianças e adolescentes, de oito a 15 anos, de ambos os sexos, de escolas públicas e privadas da cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba. Por meio de uma análise fatorial, o instrumento revelou-se unidimensional em população normal, não apresentando carga fatorial menor do que $\pm 0,35$ em nenhum dos itens. Com relação à consistência interna, verificou-se um alfa de Cronbach de 0,81. Além disso, nenhuma das variáveis avaliadas – sexo, idade, tipo de escola e escolaridade – influenciou significativamente seus escores, indicando a necessidade de uma norma única para todas as crianças e a possibilidade de uso de uma versão reduzida de 20 itens.

Vários estudos acerca das propriedades psicométricas do CDI, para as versões de 27 e 20 itens, têm confirmado as suas qualidades psicométricas e recomendado o seu uso no Brasil. Duas destas investigações foram realizadas na cidade de Ribeirão Preto - SP, local de realização do presente estudo. A primeira delas, desenvolvida por Hallak (2001), contou com uma amostra de 602 escolares, de sete a 12 anos, provenientes de sete escolas da rede pública da cidade. A análise fatorial revelou cinco fatores pelo critério de Kaiser, com valores maiores que um, explicando 46,63% da variância total dos escores, e na avaliação da consistência interna apresentou alfa de Cronbach de 0,83. O segundo estudo, realizado por Golfeto, Veiga, Souza e Barbeira (2002), também avaliou as propriedades psicométricas do CDI adaptado para o Brasil por meio da análise fatorial e da consistência interna, com uma amostra de 287 escolares de sete a 14 anos de idade. A análise fatorial revelou cinco fatores pelo critério de Kaiser, que foram responsáveis por 47,41% da variância total, e na avaliação da consistência interna, relataram alfa de Cronbach de 0,81.

Outro estudo foi realizado em Campinas – SP por Cruvinel, Boruchovitch e Santos (2008). Esse comparou as qualidades psicométricas do CDI em uma versão reduzida de 20 itens com a original de 27 itens. A versão reduzida foi aplicada a 169 escolares com idades entre oito e 15 anos, pertencentes à rede pública de ensino. A análise fatorial indicou a presença de cinco fatores, explicando 49,6% da variância total, com um alfa de Cronbach de 0,73. A versão original do CDI foi aplicada a 157 crianças com idades entre oito e 12 anos, também provenientes de escolas públicas. A análise fatorial apontou igualmente a existência

de cinco fatores, os quais explicariam 43,9% da variância total, com um alfa de Cronbach de 0,80, valor este superior ao da versão reduzida.

O estudo de Coutinho, Carolino e Medeiros (2008), realizado na cidade de São Luís, no estado do Maranhão, com 280 crianças de nove a 17 anos, verificou a validade de construto do CDI, encontrando resultados que indicaram uma solução unifatorial, representada por 20 itens com cargas fatoriais variando entre 0,40 e 0,72. Tal estrutura fatorial explicou 36,86% da variância total, com alfa de Cronbach de 0,91.

Wathier et al. (2008) também exploraram a estrutura fatorial do instrumento. Participaram do estudo 951 crianças e adolescentes, entre sete e 17 anos, residentes na região metropolitana de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, e em Joaçaba, em Santa Catarina. A análise fatorial exploratória revelou três fatores, responsáveis por 31,89% da variância das respostas, com alfa de Cronbach de 0,85.

Tais estudos demonstraram que o CDI apresenta parâmetros psicométricos satisfatórios, o que recomenda a sua utilidade para a identificação de sintomatologia depressiva em crianças.

3.4.3. Avaliação clínica e sociodemográfica

Para a avaliação dos aspectos clínicos das crianças e dos dados sociodemográficos de suas respectivas famílias utilizou-se de informações provenientes de um amplo questionário utilizado como fonte de dados para o estudo maior, já citado anteriormente. Para os objetivos do presente estudo, foram selecionadas e agrupadas as questões consideradas mais relevantes, sob a forma de um Questionário Complementar (**APÊNDICE A**).

São apresentadas, a seguir, as informações contidas neste questionário.

a) Informações relativas às características biológicas das crianças, ao nascimento: sexo, peso ao nascer e idade gestacional. As informações sobre o sexo e a idade gestacional das crianças foram coletadas por meio de entrevistas realizadas com as mães logo após o nascimento das crianças (em 1994). O cálculo referente à idade gestacional baseou-se na data da última menstruação.

b) Informações relativas às características clínicas das crianças, a saber: tempo de internação ao nascer, problema pulmonar ao nascer, amamentação no peito ou acesso ao

banco de leite e complicações respiratórias na infância. Tais informações foram coletadas na segunda etapa do estudo (em 2004).

c) Informações sociodemográficas das famílias, coletadas na segunda etapa do estudo: situação conjugal da mãe, escolaridade da mãe e do pai/chefe da família, ocupação do chefe de família, número de habitantes no mesmo domicílio e itens relacionados à classe econômica, avaliados por meio do Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresa e Pesquisa (ABEP, 2008). Essa classificação é realizada com base na posse de bens e não com base na renda familiar. Para cada bem que a família possui há uma pontuação correspondente, de modo que cada classe é definida pela soma dessas pontuações.

3.5. Procedimento

3.5.1. Coleta de Dados

Na coleta de dados dos anos de 2004/2005, a localização das crianças ocorreu por meio de consulta ao cadastro geral de alunos da Secretaria Estadual da Educação, o qual permite que qualquer criança, matriculada em escola pública ou particular do município, seja localizada. Após a localização das crianças nas escolas, realizou-se contato telefônico com os pais ou responsáveis com a finalidade de explicar-lhes os objetivos do estudo e solicitar-lhes autorização para a realização das diferentes etapas do estudo maior, envolvendo a aplicação de questionários, avaliação clínica e psicológica.

Quando da aceitação de participação, os pais ou cuidadores foram contatados, por um auxiliar de pesquisa, profissional de nível universitário da área de saúde, para a autorização formal mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Posteriormente à assinatura do TCLE, os pais responderam verbalmente a um questionário sobre um amplo conjunto de informações, incluindo os tópicos selecionados nesse estudo como Questionário Complementar. Ressalta-se que, em alguns poucos casos, quando os pais não puderam comparecer aos locais de avaliação embora tivessem concordado em participar do estudo, os instrumentos foram enviados aos pais e recebidos por meio das crianças,

visando à minimização de perdas. As crianças foram contatadas nas escolas e, após anuência das mesmas, procedeu-se às avaliações psicológicas.

A avaliação psicológica foi realizada por uma equipe treinada, composta por três psicólogas e cinco estagiárias de Psicologia, as quais realizaram as atividades sob a supervisão das psicólogas responsáveis pela organização e orientação das diferentes etapas do estudo. O treinamento incluiu a leitura e a áudio-gravação dos itens do CDI, com a finalidade de ajustar a entonação dada às frases, para que a leitura, no momento da aplicação, pudesse ser realizada de modo homogêneo pelas avaliadoras. A equipe desconhecia as informações relativas ao questionário obtidas anteriormente, tais como condições de nascimento e dados socioeconômicos.

Em geral, os pais responderam por escrito ao Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) na presença da avaliadora. Conforme citado anteriormente, em alguns casos, quando os pais concordaram em participar do estudo, mas não puderam estar presentes nos locais de avaliação, o questionário foi enviado e recebido por meio das crianças nas escolas.

As crianças foram avaliadas em salas oferecidas pelas escolas nas quais estas se encontravam matriculadas ou em uma sala cedida no Hemocentro (HC-FMRP-USP). Em alguns poucos casos, foi necessária a avaliação domiciliar, para minimizar perdas, no entanto, destaca-se que em todas as situações zelou-se pela manutenção de condições de conforto e privacidade.

As avaliações psicológicas ocorreram, em geral, individualmente e, em algumas vezes, em pequenos grupos de, no máximo, três crianças. As instruções e os itens do Inventário de Depressão Infantil (CDI) foram lidos pela aplicadora e as crianças acompanhavam a leitura em um protocolo do inventário. A cada item as crianças apontavam a resposta escolhida e a avaliadora assinalava a mesma na folha de respostas. Quando as crianças apresentavam dúvidas, o que ocorreu esporadicamente, os itens eram novamente lidos, pausadamente, pela avaliadora.

Ressalta-se que, para a avaliação psicológica, além dos instrumentos citados e incluídos neste estudo, as crianças realizaram também atividades referentes ao Desenho da Figura Humana - DFH (Wechsler, 2003) e ao Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (Angelini, Alves, Custódio, Duarte & Duarte, 1999), avaliações estas não abordadas no presente estudo.

3.5.2. Tratamento estatístico dos dados

3.5.2.1. Codificação dos dados

a) Instrumentos:

Todos os instrumentos utilizados no presente estudo foram codificados segundo as referências técnicas de seus respectivos manuais de correção e interpretação, detalhadas a seguir.

- Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ):

Os dados obtidos com os pais, relativos aos aspectos comportamentais das crianças por meio do SDQ, foram codificados de acordo com as proposições de Goodman (1997). Em cada escala, a pontuação dos itens assinalados foi somada. A pontuação total, ou seja, o escore total de dificuldades, foi obtida por meio da soma dos escores de todas as escalas, exceto a escala de comportamento pró-social. Para cada uma das cinco escalas, o instrumento oferece notas relativas às categorias: normal, limítrofe e anormal. Para os objetivos deste estudo, e em concordância com outras pesquisas, decidiu-se agrupar as classificações normal e limítrofe, em contraposição à classificação anormal, tendo por referência a nota de corte, como descrito a seguir.

Segundo Goodman (1997), a nota de corte indicadora de problemas corresponde ao escore total maior que 16, correspondendo à categoria anormal, e sendo os escores iguais ou inferiores a este valor, correspondente às categorias limítrofe e normal. Também cada uma das cinco escalas do instrumento apresenta nota de corte para a definição da classificação nas categorias anormal, limítrofe e normal.

No presente estudo adotou-se, tanto para as classificações do escore total quanto para as classificações das escalas, a nomenclatura Sem Dificuldade para as categorias limítrofe e normal e Com Dificuldade para a categoria anormal.

- Inventário de Depressão Infantil (CDI):

Os dados referentes aos indicadores de depressão infantil obtidos por meio do CDI foram codificados conforme as proposições de Gouveia et al. (1995). Dessa forma, a

pontuação dos itens assinalados foi somada de modo a se obter o escore total, adotando-se como nota de corte indicadora de provável depressão o escore superior a 17.

No presente estudo, para a classificação do escore total foram adotadas as nomenclaturas Provável Depressão e Ausência de Depressão.

b) Variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas:

Os dados relativos às variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, obtidos por meio do Questionário Complementar, foram quantificados sob a forma de frequência e porcentagem. A seguir, são detalhadas as codificações utilizadas na análise dos dados.

- Variáveis biológicas:

As codificações utilizadas na análise dos dados referentes às variáveis biológicas estudadas foram:

- 1) Sexo, categorizado em masculino e feminino
- 2) Idade gestacional, categorizada em nascimento pré-termo (< 37 semanas de gestação) e a termo ($\geq$ 37 semanas de gestação).
- 3) Adequação do peso ao nascer quanto à idade gestacional, categorizada, segundo a curva de Alexander, Himes, Kaufman, Mor e Kogan (1996), em PIG (pequenas para a idade gestacional – abaixo do percentil 10), AIG (adequadas para a idade gestacional – entre os percentis 10 e 90) e GIG (grandes para a idade gestacional – acima do percentil 90).

- Variáveis clínicas:

As codificações relacionadas às variáveis clínicas das crianças foram:

- 1) Tempo de internação, categorizado levando-se em conta o total de dias que a criança ficou internada no hospital após seu nascimento, sem a diferenciação do tipo de internação, e categorizado em um a dois dias, três a 10 dias, 11 a 30 dias e mais de 30 dias.
- 2) Problemas pulmonares ao nascer, categorizados em sim, quando da presença de problemas pulmonares ao nascimento, e não, quando da ausência de problemas.
- 3) Complicações respiratórias na infância, categorizadas em sim, quando da presença de complicações respiratórias na infância, e não, quando da ausência de complicações.
- 4) Amamentação, codificada em sim, no caso da presença da amamentação no peito ou do acesso banco de leite, e não, no caso da ausência da amamentação ou de acesso ao banco de leite.

- Variáveis sociodemográficas:

As codificações relativas às variáveis sociodemográficas das famílias foram:

- 1) Situação conjugal da mãe, categorizada em casada/amasiada e solteira.
- 2) Escolaridade da mãe, categorizada, conforme os anos de estudo, em zero a quatro anos, cinco a oito anos, nove a 11 anos e mais de 12 anos.
- 3) Escolaridade do pai ou chefe da família, categorizada, conforme os anos de estudo, em zero a quatro anos, cinco a oito anos, nove a 11 anos e mais de 12 anos.
- 4) Ocupação do chefe da família, categorizada, conforme sua qualificação, em não manual (mais qualificada), manual qualificado/semi qualificado e manual (não qualificado)/desempregado.
- 5) Classe econômica, categorizada, com base nos critérios da ABEP (2008), nas classes A e B (mais favorecidas) e C, D e E (menos favorecidas).
- 6) Número de moradores residindo na mesma casa, categorizado em um a quatro moradores e cinco ou mais moradores.

O conjunto dos dados foi tabulado em planilhas do Excell, sendo estas posteriormente revisadas e adaptadas ao programa SPSS versão 16.0. Com a finalidade de assegurar a fidedignidade dos registros, procedeu-se a revisão dos protocolos e a digitação do banco de dados, em dois momentos diferentes, por avaliadores independentes para a identificação e correção de possíveis erros.

3.5.2.2. Análise dos dados

No presente estudo utilizou-se de procedimentos de estatística não-paramétrica, uma vez que a distribuição das variáveis não seguiu uma distribuição normal (Teste de Shapiro Wilks, $p > 0,10$). Adotou-se em todas as análises o nível de significância de $p \leq 0,05$.

A seguir, são detalhadas as análises realizadas.

▪ Análises Descritivas:

Com a finalidade de caracterizar o perfil da coorte estudada, as características sociodemográficas das famílias e as características biológicas e clínicas das crianças foram objeto de uma análise descritiva por meio das frequências absolutas e relativas. Foram

calculadas também, as frequências absolutas e relativas dos aspectos comportamentais, fornecidos pelo SDQ, e de depressão infantil, fornecidos pelo CDI.

▪ Análises comparativas:

As análises de comparação entre os cinco grupos de peso foram realizadas conforme descrito a seguir.

- Foram realizadas comparações entre as distribuições percentuais das variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas e dos indicadores comportamentais e de depressão infantil, em função dos cinco grupos de peso ao nascer, sendo utilizados para tal o Teste do Qui-Quadrado e o Teste Exato de Fisher.

- Foram comparadas as médias relativas aos indicadores comportamentais e de depressão infantil dos cinco grupos de peso ao nascer, por meio do Teste de Kruskal-Wallis.

Quando verificadas diferenças significativas, utilizou-se o Teste para Comparação de Proporções, com a correção de Bonferroni, de modo a verificar a direção da diferença.

▪ Análises de associação:

A análise de correlação entre os indicadores comportamentais e de depressão infantil, tendo por referência o peso ao nascer, bem como a análise de associação das variáveis variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas em relação aos indicadores comportamentais e de depressão infantil para cada um dos cinco grupos de peso ao nascer, são descritas a seguir.

- Para a investigação das possíveis correlações entre os indicadores comportamentais, especialmente os relativos aos sintomas emocionais, relatados pelos pais, e os indicadores de depressão infantil relatados pelas crianças, para os cinco grupos de peso ao nascer, utilizou-se o Teste de Correlação de Spearman. Para tanto, foram utilizadas as variáveis numéricas, correlacionando-se as pontuações do escore total do CDI às pontuações do escore total e dos escores das cinco escalas do SDQ, em função dos cinco grupos de peso ao nascer. Para a interpretação dos níveis das correlações identificadas tomou-se por referência o proposto por Primi, Muniz e Nunes (2009).

- Para cada grupo de peso ao nascer, foram verificadas as possíveis diferenças significativas referentes às variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, em relação às pontuações do escore total do CDI e dos escores total e das cinco escalas do SDQ, tendo por método de análise o Teste de Mann-Whitney. Para as comparações, as variáveis biológicas,

clínicas e sociodemográficas foram dicotomizadas, tendo por referência os indicadores da literatura relativos a riscos, com exceção da variável sexo, com base nos seguintes critérios:

Variáveis biológicas

- Sexo: Masculino x Feminino
- Idade Gestacional: Pré-termo x A termo
- Adequação do peso à idade gestacional: PIG x AIG + GIG

Variáveis clínicas

- Tempo de internação: Maior (>30 dias) x Menor (≤ 30 dias)
- Problema pulmonar ao nascer: Presente x Ausente
- Complicações respiratórias na infância: Presente x Ausente
- Amamentação no peito/acesso ao banco de leite: Ausente x Presente

Variáveis sociodemográficas

- Situação conjugal das mães: Sem companheiro x Com companheiro
- Escolaridade das mães: Menor (0-8 anos) x Maior (≥ 9 anos)
- Escolaridade do pai/chefe de família: Menor (0-8 anos) x Maior (≥ 9 anos)
- Ocupação do chefe da família: Menos qualificada (manual não qualificado/desempregado) x Mais qualificada (não manual/manual qualificado e semi-qualificado)
- Classe econômica: Menos favorecidas (C, D e E) x Mais favorecidas (A, B)
- N° de moradores: Maior (≥ 5 pessoas) x Menor (0-4 pessoas)

4. RESULTADOS

Os resultados desse estudo são apresentados, conforme a ordem proposta nos objetivos, em cinco tópicos específicos, detalhados a seguir.

O primeiro e segundo tópicos apresentam, respectivamente, a caracterização do perfil biológico, clínico e sociodemográfico e a caracterização do perfil comportamental e de depressão infantil da coorte de crianças, estratificada em cinco grupos de peso ao nascer. Com a finalidade de facilitar a leitura, são apresentadas as análises descritivas em conjunto com as análises comparativas das distribuições percentuais.

No terceiro tópico são apresentadas as análises de comparação dos indicadores comportamentais e de depressão infantil da coorte de crianças, estratificada em cinco grupos de peso ao nascer. No quarto tópico, são apresentadas as correlações entre os indicadores comportamentais, relatados pelos pais, e os indicadores de depressão infantil, relatados pelas crianças, tendo por referência o peso ao nascer.

No quinto tópico, são descritas, para cada um dos cinco grupos de peso ao nascer, as comparações das variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas dicotomizadas como condições de risco, em relação aos indicadores comportamentais e de depressão infantil.

4.1. Caracterização do perfil biológico, clínico e sociodemográfico da coorte de crianças, estratificada com base em cinco grupos de peso ao nascer

Nesse tópico, apresentar-se-á o perfil da coorte estratificada em cinco grupos de peso ao nascer, detalhando-se: as características biológicas das crianças ao nascimento, as características clínicas das crianças e as características sociodemográficas das respectivas famílias.

A Tabela 2 apresenta as características biológicas, ao nascimento, das crianças da coorte, estratificada em cinco grupos de peso ao nascer.

Tabela 2 – Características biológicas, ao nascimento, das crianças da coorte estratificada em cinco grupos de peso ao nascer (n=665)

Grupos	MBP	BP	PI	PN	MAP	TOTAL
Variáveis	n=23 f (%)	n=120 f (%)	n=160 f (%)	n=343 f (%)	n=19 f (%)	n=665 f (%)
Sexo						
Masculino	14 (60,9)	54 (45,0)	71 (44,4)	184 (53,6)	15 (78,9)	338 (50,8)
Feminino	9 (39,1)	66 (55,0)	89 (55,6)	159 (46,4)	4 (21,1)	327 (49,2)
Idade Gestacional						
Pré-Termo	22 (95,7)	68 (56,7)	33 (20,6)	28 (8,2)	0 (0)	151 (22,7)
A Termo	1 (4,3)	52 (43,3)	127 (79,4)	315 (91,8)	19 (100)	514 (77,3)
Adequação do peso ao nascer à idade gestacional						
PIG	12 (52,2)	81 (67,5)	43 (26,9)	0 (0)	0 (0)	136 (20,5)
AIG	11 (47,8)	39 (32,5)	117 (73,1)	318 (92,7)	0 (0)	485 (72,9)
GIG	0 (0)	0 (0)	0 (0)	25 (7,3)	19 (100)	44 (6,6)

Para comparação das distribuições percentuais: Teste do Qui-Quadrado com correção de Bonferroni ou Teste Exato de Fisher ($p \leq 0,05$)

Verificou-se uma distribuição homogênea em relação ao sexo para três dos cinco grupos de peso (BP, PI e PN) e o predomínio do sexo masculino para dois dos grupos (MBP e MAP), com a presença de diferença significativa para o grupo MAP, o qual apresentou significativamente mais meninos, quando comparado aos grupos BP ($p=0,01$) e PI ($p=0,01$).

De maneira geral, em concordância com o esperado, verificou-se com relação à idade gestacional que a maior parte das crianças da coorte nasceu a termo. Observou-se o predomínio de nascimento pré-termo nos grupos MBP e BP. Nos grupos PI e PN a maioria das crianças nasceu a termo e no grupo MAP todas as crianças nasceram a termo. Foram verificadas diferenças significativas para os grupos MBP ($p<0,001$), BP ($p<0,001$) e PI ($p=0,01$), os quais apresentaram significativamente mais nascimentos pré-termo, quando comparados ao grupo PN. O grupo MBP também apresentou significativamente mais nascimentos pré-termo quando comparado ao grupo BP ($p<0,001$). Não foram identificadas diferenças significativas nas comparações entre os grupos PN e MAP quanto à idade gestacional.

Quanto às classificações referentes à adequação do peso ao nascer à idade gestacional, foi verificado que o grupo PN não apresentou crianças classificadas como FIG. Por sua vez, os grupos MBP, BP e PI não apresentaram crianças classificadas como GIG. E no grupo MAP todas as crianças foram classificadas como GIG. O grupo PI apresentou predominantemente crianças consideradas AIG. Nos grupos BP e MBP a maioria das crianças foi classificada como FIG. Foram observadas diferenças estatisticamente significativas para os grupos MBP ($p<0,001$), BP ($p<0,001$), PI ($p=0,01$) e MAP ($p<0,001$), os quais apresentaram mais crianças classificadas como FIG em comparação ao grupo PN.

A Tabela 3 apresenta as características clínicas das crianças da coorte, estratificada em cinco grupos de peso.

Tabela 3- Características clínicas das crianças da coorte estratificada em cinco grupos de peso ao nascer (n= 665)

Grupos	MBP	BP	PI	PN	MAP	TOTAL
	n=23	n=120	n=160	n=343	n=19	n=665
Variáveis	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Tempo de internação ao nascer						
1 a 2 dias	1 (4,3)	59 (50,9)	122 (76,7)	281 (83,1)	14 (73,7)	477 (72,8)
3 a 10 dias	0 (0)	37 (31,9)	35 (22,0)	56 (16,6)	5 (26,3)	133 (20,3)
11 a 30 dias	6 (26,1)	17 (14,7)	1 (0,6)	1 (0,3)	0 (0)	25 (3,8)
+ de 30 dias	16 (69,6)	3 (2,6)	1 (0,6)	0 (0)	0 (0)	20 (3,1)
Problema pulmonar ao nascer						
Sim	13 (65,0)	20 (17,1)	8 (5,1)	14 (4,2)	0 (0)	55 (8,5)
Não	7 (35,0)	97 (82,9)	150 (94,9)	322 (95,8)	19 (100)	595 (91,5)
Complicações respiratórias na infância						
Sim	7 (31,8)	35 (31,3)	31 (20,3)	74 (22,4)	2 (10,5)	149 (23,4)
Não	15 (68,2)	77 (68,8)	122 (79,7)	257 (77,6)	17 (89,5)	488 (76,6)
Amamentação						
Sim	19 (86,4)	107 (90,7)	150 (93,8)	331 (96,8)	18 (94,7)	625 (94,6)
Não	3 (13,6)	11 (9,3)	10 (6,3)	11 (3,2)	1 (5,3)	36 (5,4)

Para comparação das distribuições percentuais: Teste do Qui-Quadrado com correção de Bonferroni ou Teste Exato de Fisher ($p \leq 0,05$)

Para o cálculo da frequência e porcentagem, considerou-se o número total de crianças com as informações correspondentes a cada característica clínica, sendo: Tempo de internação ao nascer- $n= 655$, Problema pulmonar ao nascer- $n= 650$, Complicações respiratórias na infância- $n= 637$ e Amamentação no peito- $n= 661$.

Nos grupos BP, PI, PN e MAP notou-se o predomínio de tempo de internação após o nascimento mais curto, ao passo que no grupo MBP verificou-se o predomínio de tempo de internação mais longo, superior a 30 dias, com valores significativamente maiores em relação aos outros grupos ($p<0,001$).

Com relação à presença de problema pulmonar ao nascer, verificou-se para o grupo MBP maior frequência em comparação a todos os outros grupos de peso, com valores significativos ($p<0,001$). O grupo BP também apresentou significativamente mais crianças com problema pulmonar ao nascimento, quando comparado aos grupos PI ($p=0,03$) e PN ($p=0,03$).

Quanto à presença de complicações respiratórias na infância, foi observada uma distribuição com valores próximos em quatro grupos de peso (MBP, BP, PI e PN) e uma frequência menor em crianças do grupo MAP. Não foi verificada diferença significativa entre os grupos relacionada à presença de complicações respiratórias na infância.

No que se refere à amamentação, relativa a ter recebido leite materno em algum momento do desenvolvimento, verificou-se frequências elevadas em todos os grupos de peso ao nascer. O grupo com menor porcentagem de crianças que tiveram acesso ao leite materno foi o MBP, enquanto o grupo, no qual mais crianças receberam o leite materno, foi o PN. Foi verificado acesso ao leite materno significativamente menor no grupo MBP quando comparado ao grupo PN ($p=0,05$).

Na Tabela 4 apresentam-se as características sociodemográficas das crianças e famílias da coorte estudada, estratificada em cinco grupos de peso ao nascer.

Tabela 4- Características sociodemográficas das crianças e famílias da coorte estratificada em cinco grupos de peso ao nascer (n= 665)

Grupos	MBP n=23 f (%)	BP n=120 f (%)	PI n=160 f (%)	PN n=343 f (%)	MAP n=19 f (%)	TOTAL n=665 f (%)
Famílias						
Situação conjugal - mãe						
Casada/amasiada	29 (82,6)	95 (82,6)	122 (81,9)	290 (87,9)	14 (82,4)	540 (85,2)
Solteira	4 (17,4)	20 (17,4)	27 (18,1)	40 (12,1)	3 (17,6)	94 (14,8)
Escolaridade - mãe						
0 a 4 anos	5 (21,7)	29 (26,1)	24 (15,7)	67 (21,9)	2 (11,8)	127 (20,8)
5 a 8 anos	5 (21,7)	45 (40,5)	76 (49,7)	118 (38,6)	6 (35,3)	250 (41,0)
9 a 11 anos	10 (43,5)	28 (25,2)	32 (20,9)	74 (24,2)	4 (23,5)	148 (24,3)
12 anos ou mais	3 (13,0)	9 (8,1)	21 (13,7)	47 (15,4)	5 (29,4)	85 (13,9)
Escolaridade – pai/chefe de família						
0 a 4 anos	4 (19,0)	20 (20,8)	23 (17,8)	58 (20,0)	2 (13,3)	107 (19,4)
5 a 8 anos	8 (38,1)	40 (41,7)	60 (46,5)	109 (37,6)	4 (26,7)	221 (40,1)
9 a 11 anos	6 (28,6)	27 (28,1)	31 (24,0)	88 (30,3)	5 (33,3)	157 (28,5)
12 anos ou mais	3 (14,3)	9 (9,4)	15 (11,6)	35 (12,1)	4 (26,7)	66 (12,0)
Ocupação - chefe de família						
Não manual (mais qualificado)	3 (13,0)	25 (22,5)	37 (24,8)	62 (18,9)	5 (29,4)	132 (21,0)
Manual qualificado/ semi-qualificado	15 (65,2)	68 (61,3)	86 (57,7)	216 (65,9)	8 (47,1)	393 (62,6)
Manual não- qualificado/ desempregado	5 (21,7)	18 (16,2)	26 (17,4)	50 (15,2)	4 (23,5)	103 (16,4)
Classe econômica						
Classe A e B	8 (34,8)	41 (34,5)	63 (39,9)	135 (39,8)	8 (42,1)	255 (38,8)
Classe C, D e E	15 (65,2)	78 (65,5)	95 (60,1)	204 (60,2)	11 (57,9)	403 (61,2)
Nº de moradores na casa						
1 a 4	14 (60,9)	69 (61,6)	97 (64,2)	237 (71,4)	7 (41,2)	424 (66,8)
5 ou mais	9 (39,1)	43 (38,4)	54 (35,8)	95 (28,6)	10 (58,8)	211 (33,2)

Para comparação das distribuições percentuais: Teste do Qui-Quadrado com correção de Bonferroni ou Teste Exato de Fisher ($p \leq 0,05$)

Para o cálculo da frequência e porcentagem, considerou-se o número total de crianças com as respectivas informações referentes a cada uma das características sociodemográficas das respectivas famílias, a saber: Situação conjugal das mães- n=634, Escolaridade das mães- n=610, Escolaridade dos pais/Chefes da família- n=551, Ocupação dos chefes da família- n=628, Classe econômica- n=658 e Número de moradores na casa- n=635.

Em relação à situação conjugal das mães, em todos os grupos de peso ao nascer da coorte estudada, verificou-se o predomínio de mães casadas ou amasiadas, não sendo observada diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Quanto à escolaridade das mães, notou-se que nos grupos BP, PI e PN a maioria delas estudou por até oito anos, o que corresponde aos anos de estudo do ensino fundamental, e nos grupos MBP e MAP a maioria das mães estudaram mais de oito anos. Contudo, não foi observada diferença significativa relacionada à escolaridade das mães para os cinco grupos de peso.

Em relação à escolaridade do pai ou chefe de família, verificou-se que em todos os grupos, exceto no MAP, mais da metade dos pais estudaram por até oito anos. No grupo MAP, mais da metade dos pais estudaram mais de oito anos. Também não foram verificadas diferenças significativas entre os grupos de peso ao nascer, em relação à escolaridade paterna.

No que diz respeito à ocupação do chefe da família, observou-se o predomínio da categoria manual qualificada ou semi-qualificada para todos os grupos de peso ao nascer. As frequências da categoria manual não-qualificado ou desempregado também foram próximas para os cinco grupos de peso ao nascer. Para todos os grupos, exceto para o MBP, foram verificadas a presença de ocupações não-manuais, mais qualificadas. Não foram constatadas diferenças significativas entre os grupos de peso ao nascer quanto à ocupação do chefe da família.

No que se refere à classe socioeconômica, de acordo com a Classificação Econômica da ABEP, a maioria das famílias de todos os grupos de peso ao nascer foram classificadas como classes C, D e E. No grupo MAP, observou-se a maior frequência de famílias nas classes A e B. Não foram verificadas diferenças significativas entre os grupos de peso ao nascer referente à classificação socioeconômica, considerando dois agrupamentos, a saber: A, B e C, D, E.

Quanto ao número de pessoas que moram com as crianças, verificou-se que a maioria reside com até quatro pessoas, exceto no grupo MAP, no qual se verificou o predomínio de cinco ou mais pessoas na moradia. Foram observadas significativamente mais famílias residentes com cinco ou mais pessoas no grupo MAP em comparação ao grupo PN ($p=0,02$).

No Quadro 1 são apresentados os principais achados referentes às variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, tendo por referência os grupos de peso ao nascer e os indicadores de risco, segundo a literatura, com exceção da variável sexo.

Variáveis	Grupos de peso ao nascer
Biológicas	
Sexo- Masculino	MAP> BP e PI
Idade Gestacional- Pré-Termo	MBP> BP
	MBP, BP e PI> PN
Adequação peso/idade gestacional- PIG	MBP, BP e PI> PN
Clínicas	
Maior tempo de internação- >30 dias	MBP> BP, PI, PN e MAP
Problema pulmonar ao nascer	MBP> BP, PI, PN e MAP
	BP> PI e PN
Complicações respiratórias na infância	ns
Ausência de amamentação	MBP> PN
Sociodemográficas	
Situação conjugal mãe- Sem companheiro	ns
Menor escolaridade- mãe	ns
Menor escolaridade- pai/chefe de família	ns
Ocupação chefe de família- Menos qualificada	ns
Classe econômica – Menos favorecida	ns
Nº de moradores na casa – 5 ou mais	MAP> PN

ns= não significativa

Quadro 1. Síntese dos principais achados relativos às variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, tendo por referência os grupos de peso ao nascer (n= 665)

Como principais achados referentes à caracterização das variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas da coorte de crianças estratificada em cinco grupos de peso ao nascer, verificou-se que, das 16 variáveis estudadas, nove apresentaram diferenças estatisticamente significativas. Dessas diferenças, cinco ocorreram no grupo MBP. Nesse grupo, verificou-se

significativamente mais crianças nascidas pré-termo quando comparado ao grupo BP, mais crianças PIG, mais crianças com tempo de internação superior a 30 dias e com problema pulmonar ao nascer, quando comparado a todos os demais grupos, e ainda, menos crianças que tiveram acesso à amamentação no peito ou ao banco de leite, quando comparado ao grupo PN. Nos grupos BP e PI, foram constatadas significativamente mais crianças nascidas pré-termo e mais crianças nascidas PIG, quando comparadas às crianças do grupo PN. Além disso, no grupo BP, observou-se significativamente mais crianças com problemas pulmonares quando comparadas aos grupos PI e PN, e no grupo MAP, verificou-se, com significância estatística, mais crianças residentes com cinco pessoas ou mais quando comparado ao grupo PN.

4.2. Caracterização do perfil comportamental e de depressão infantil da coorte de crianças, estratificada com base em cinco grupos de peso ao nascer

Nesse tópico, são apresentados os indicadores comportamentais das crianças dos cinco grupos de peso ao nascer, avaliadas por meio do SDQ, tendo por referência as classificações Sem Dificuldades e Com dificuldades, e os indicadores de depressão infantil, avaliados por meio do CDI, tendo por referência as categorias Ausência de Depressão e Provável Depressão.

A Tabela 5 apresenta os indicadores comportamentais das crianças da coorte estudada, estratificada em cinco grupos de peso ao nascer.

Tabela 5- Indicadores comportamentais, por meio do SDQ, apresentados pela coorte de crianças, estratificada em cinco grupos de peso ao nascer (n= 665)

SDQ	Grupos	MBP	BP	PI	PN	MAP	TOTAL
Escalas/Classificação	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Escore Total							
Com Dificuldades	12 (52,2)	52 (43,3)	57 (35,6)	128 (37,3)	4 (21,1)	253 (38,1)	
Sem Dificuldades	11 (47,8)	68 (56,7)	103 (64,4)	215 (62,7)	15 (78,9)	412 (61,9)	
Sintomas Emocionais							
Com Dificuldades	9 (39,1)	77 (64,2)	95 (59,4)	173 (50,4)	8 (42,1)	362 (54,4)	
Sem Dificuldades	14 (60,9)	43 (35,8)	65 (40,6)	170 (49,6)	11 (57,9)	303 (45,6)	
Problemas de Conduta							
Com Dificuldades	5 (21,7)	42 (35,0)	43 (26,9)	126 (36,7)	5 (26,3)	221 (33,2)	
Sem Dificuldades	18 (78,3)	78 (65,0)	117 (73,1)	217 (63,3)	14 (73,7)	444 (66,8)	
Hiperatividade							
Com Dificuldades	11 (47,8)	34 (28,3)	38 (23,8)	81 (23,6)	1 (5,3)	165 (24,8)	
Sem Dificuldades	12 (52,2)	86 (71,7)	122 (76,3)	262 (76,4)	18 (94,7)	500 (75,2)	
Problemas com Colegas							
Com Dificuldades	6 (26,1)	35 (29,2)	45 (28,1)	87 (25,4)	4 (21,1)	177 (26,6)	
Sem Dificuldades	17 (73,9)	85 (70,8)	115 (71,9)	256 (74,6)	15 (78,9)	488 (73,4)	
Comportamento Pró-Social							
Com Dificuldades	0	5 (4,2)	8 (5,0)	11 (3,2)	0	24 (3,6)	
Sem Dificuldades	23 (100)	115 (95,8)	152 (95,0)	332 (96,8)	19 (100)	641 (96,4)	

Para comparação das distribuições percentuais: Teste do Qui-Quadrado com correção de Bonferroni ou Teste Exato de Fisher ($p \leq 0,05$)

Com relação ao escore total de dificuldades do SDQ, verificou-se que os grupos MBP e BP apresentaram maior frequência de crianças com problemas comportamentais, de acordo com o relato dos pais. Além disso, notou-se uma tendência à diminuição da frequência de crianças com dificuldades de comportamento nas categorias que incluíram crianças com maior peso ao nascer. Contudo, não foram verificadas diferenças significativas entre os grupos com relação ao escore total de dificuldades comportamentais.

Na escala indicativa de problemas referentes aos sintomas emocionais, verificou-se uma frequência elevada de crianças com dificuldades em todos os grupos de peso ao nascer, de modo que as maiores frequências de dificuldade foram observadas nos grupos BP e PI. O grupo BP apresentou significativamente mais crianças com sintomas emocionais quando comparado ao grupo PN ($p=0,01$).

Quanto à escala de problemas de conduta, verificou-se o predomínio de crianças sem dificuldades em todos os grupos de peso ao nascer. Os maiores valores de frequência dessa dificuldade ocorreram nos grupos BP e PN. Todavia, não foram constatadas diferenças significativas entre os grupos de peso ao nascer.

Em relação à escala de hiperatividade, observou-se a frequência mais elevada da classificação com dificuldade para o grupo MBP, enquanto os grupos BP, PI e PN tiveram frequências menores e próximas entre si. A menor frequência foi observada para o grupo MAP. Foi verificada significativamente mais dificuldade relativa à hiperatividade no grupo MBP quando comparado a todos os outros grupos (BP ($p=0,05$), PI ($p=0,05$), PN ($p=0,05$) e MAP ($p=0,01$)).

Com relação à escala de problemas de relacionamento com colegas, observou-se o predomínio de ausência de dificuldades, com distribuição semelhante para os cinco grupos de peso ao nascer, sem diferenças significativas entre eles.

Na escala indicativa de capacidade pró-social, notou-se o predomínio da classificação sem dificuldades para todos os grupos de peso ao nascer, sem diferenças significativas entre eles.

Na Tabela 6, apresentam-se os indicadores de depressão infantil das crianças da coorte estudada, estratificada em cinco grupos de peso ao nascer.

Tabela 6- Indicadores de depressão, por meio do CDI, apresentados pela coorte de crianças, estratificada em cinco grupos de peso ao nascer ($n=665$)

Grupos	MBP	BP	PI	PN	MAP	TOTAL
CDI						
<i>Classificação</i>	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)	f (%)
Provável	8 (34,8)	14 (11,7)	7 (4,4)	17 (5,0)	0	46 (6,9)
Depressão						
Ausência de	15 (65,2)	106 (88,3)	153 (95,6)	326 (95,0)	19 (100)	619 (93,1)
Depressão						

Para comparação das distribuições percentuais: Teste do Qui-quadrado com correção de Bonferroni ou Teste Exato de Fisher ($p \leq 0,05$)

Com relação aos indicadores de depressão infantil avaliados pelo CDI, verificou-se que o grupo de MBP apresentou a frequência mais elevada da classificação provável depressão, segundo o relato das próprias crianças, seguido dos grupos BP, PI e PN. No grupo

MAP nenhuma criança apresentou indicadores de provável depressão. Verificou-se que o grupo MBP apresentou, com significância estatística, mais crianças com indicadores de provável depressão quando comparado a todos os demais grupos de peso ao nascer (BP ($p=0,03$), PI ($p=0,01$), PN ($p<0,001$) e MAP ($p=0,01$)).

No Quadro 2, são apresentados os principais resultados relativos aos indicadores comportamentais e de depressão infantil, tendo por referência os grupos de peso ao nascer.

Indicadores	Grupos de Peso ao Nascer
Comportamentais	
Escore Total	ns
Sintomas Emocionais	BP>PN
Problemas de Conduta	ns
Hiperatividade	MBP> BP, PI, PN e MAP
Problemas de Relacionamento com Colegas	ns
Pró-Social	ns
Depressão Infantil	
Escore Total	MBP> BP, PI, PN e MAP

ns= não significativa

Quadro 2. Síntese dos principais achados relativos aos indicadores comportamentais e de depressão infantil, tendo por referência os grupos de peso ao nascer (n= 665)

Nas comparações relativas aos sete indicadores comportamentais e de depressão infantil, foram observadas diferenças, com significância estatística, para três deles, sendo dois relativos ao comportamento e um relativo a depressão. No grupo MBP, foram constatadas significativamente mais crianças com indicadores de hiperatividade e de depressão infantil quando comparado a todos os demais grupos de peso ao nascer, e no grupo BP, verificou-se significativamente mais crianças com indicadores de sintomas emocionais quando comparado ao grupo PN.

4.3. Comparações dos indicadores comportamentais e de depressão infantil da coorte de crianças, estratificada em cinco grupos de peso ao nascer

As comparações, com significância estatística, quanto aos indicadores comportamentais, avaliados por meio do SDQ, e de depressão infantil, avaliados por meio do CDI, apresentados pela coorte de crianças, estratificada pelo peso ao nascer, são apresentadas na Tabela 7.

Tabela 7 – Comparações entre os cinco grupos de peso ao nascer, relativas aos indicadores comportamentais (SDQ) e de depressão infantil (CDI) apresentados pelas crianças da coorte estudada (n= 665)

(continua)						
Indicadores	MBP	BP	PI	PN	MAP	Comparações*
Comportamento						
Escore Total						
mediana	17,00	15,00	13,50	14,00	11,00	ns
mínimo	8	2	0	0	0	
máximo	31	31	33	33	28	
média	16,22	15,72	14,50	14,24	11,79	
± DP	±6,23	±7,39	±7,21	±6,81	±7,46	
Sintomas Emocionais						
mediana	4,00	5,00	5,00	5,00	4,00	ns
mínimo	0	0	0	0	0	
máximo	10	10	10	10	10	
média	4,91	5,38	5,26	4,84	4,00	
± DP	±2,85	±2,64	±2,78	±2,39	±2,58	
Problemas de Conduta						
mediana	2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	ns
mínimo	0	0	0	0	0	
máximo	8	10	9	10	9	
média	2,52	2,90	2,46	2,79	2,47	
± DP	±2,21	±2,32	±2,21	±2,23	±2,56	
Hiperatividade						
mediana	6,00	5,00	4,00	4,00	5,00	MBP> BP, PI, PN e MAP
mínimo	1	0	0	0	0	
máximo	10	10	10	10	7	
média	6,04	4,84	4,32	4,42	3,63	
± DP	±2,34	±3,04	±2,68	±2,78	±2,43	
Problema com colegas						
mediana	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	MBP>MAP
mínimo	0	0	0	0	0	
máximo	7	10	8	9	9	
média	2,78	2,60	2,54	2,24	1,68	
± DP	±1,83	±1,96	±2,00	±1,98	±2,36	

Tabela 7 – Comparações entre os cinco grupos de peso ao nascer, relativas aos indicadores comportamentais (SDQ) e de depressão infantil (CDI) apresentados pelas crianças da coorte estudada (n= 665)

(continuação)						
Indicadores	MBP	BP	PI	PN	MAP	Comparações*
Comportamento						
Pró-Social						
mediana	8,00	9,00	9,00	9,00	9,00	ns
mínimo	7	2	1	2	6	
máximo	10	10	10	10	10	
média	8,48	8,30	8,32	8,49	9,05	
± DP	±0,94	±1,78	±1,86	±1,69	±1,12	
Depressão Infantil						
mediana	12,00	7,00	6,00	6,00	6,00	MBP> BP, PI, PN e MAP
mínimo	0	0	0	0	0	
máximo	31	39	35	54	15	
média	12,30	8,80	7,32	7,35	5,84	
± DP	±7,93	±6,93	±5,89	±5,90	±3,73	

*Teste de Kruskal-Wallis ($p \leq 0,05$)

DP=desvio-padrão ns=não significativa

Nas comparações dos valores contínuos do escore total e dos escores das escalas referentes aos indicadores comportamentais (SDQ) e do escore total referente aos indicadores de depressão infantil (CDI) entre os cinco grupos de peso ao nascer, observou-se, na maioria delas, uma distribuição semelhante dos escores, sem consideráveis discrepâncias nos valores das medianas e das médias, com exceção dos escores das escalas de hiperatividade e de problemas de relacionamento com colegas e do escore total dos indicadores de depressão. Não foram observadas diferenças significativas entre os cinco grupos de peso ao nascer referentes ao escore total e aos escores das escalas de sintomas emocionais, de problemas de conduta e de comportamento pró-social. As diferenças observadas foram apresentadas pelo grupo MBP em relação aos demais grupos.

Quanto à escala de hiperatividade, observou-se que no grupo MBP as crianças apresentaram significativamente mais indicadores de hiperatividade quando comparadas às crianças dos demais grupos de peso ao nascer. Com relação à escala de problemas de relacionamento com colegas, verificou-se que o grupo MBP apresentou significativamente mais crianças com indicadores de dificuldades de relacionamento com seus pares quando comparadas às crianças do grupo MAP. Na comparação dos indicadores de depressão infantil, o grupo MBP apresentou significativamente mais crianças com indicadores de provável depressão quando comparado a todos os outros grupos de peso ao nascer.

4.4. Correlações entre indicadores comportamentais e de depressão infantil da coorte de crianças, tendo por referência o peso ao nascer

As correlações, com significância estatística, entre os indicadores comportamentais e os indicadores de depressão infantil, apresentadas pela coorte de crianças, estratificada em cinco grupos de peso ao nascer, são apresentadas na Tabela 8.

Tabela 8 - Correlações significativas entre os indicadores de depressão infantil (CDI) e os indicadores comportamentais (SDQ) apresentados pela coorte de crianças, estratificada em cinco grupos de peso ao nascer (n= 665)

Grupos		Variáveis	rho	p
BP	CDI ↑	SDQ Escore Total Geral ↑	0,242	0,008
		SDQ Escore Sintomas Emocionais ↑	0,252	0,005
		SDQ Escore Hiperatividade ↑	0,180	0,049
		SDQ Escore Problemas de	0,260	0,024
		Relacionamento com Colegas ↑		
PI	CDI ↑	SDQ Escore Total Geral ↑	0,179	0,023
		SDQ Escore Problemas de Conduta ↑	0,186	0,018
PN	CDI ↑	SDQ Escore Total Geral ↑	0,131	0,015
		SDQ Escore Hiperatividade ↑	0,150	0,005
MAP	CDI ↑	SDQ Escore Total Geral ↑	0,640	0,003
		SDQ Escore Problemas de Conduta ↑	0,657	0,002
		SDQ Escore Hiperatividade ↑	0,633	0,002

rho = Correlação de Spearman ($p \leq 0,05$)

↑ = aumentado ↓ = diminuído

Com relação às associações, com significância estatística, entre os indicadores comportamentais e os indicadores de depressão infantil, discriminando-se os cinco grupos de peso ao nascer, foram verificadas 11 correlações significativas, as quais ocorreram em quatro dos grupos de peso ao nascer.

No grupo BP, o escore referente aos indicadores de depressão infantil apresentou correlações positivas moderadas em relação ao escore total de dificuldades comportamentais

gerais e aos escores de sintomas emocionais e problemas de relacionamento com colegas, bem como, correlação positiva fraca em relação ao escore de hiperatividade. Verificou-se que as crianças nascidas com baixo peso, que se avaliaram com escore mais elevado de indicadores de sintomatologia depressiva, ao serem avaliadas pelos pais apresentaram também escores mais elevados de dificuldades comportamentais gerais, sintomas emocionais, problemas de relacionamento com pares e hiperatividade.

Quanto ao grupo PI, foram observadas correlações positivas fracas entre o escore de depressão infantil, avaliado pelas crianças, e os escores de dificuldades comportamentais gerais e de problemas de conduta, avaliados pelos pais. Verificou-se que as crianças nascidas com peso insuficiente que se avaliaram com escores elevados de sintomatologia depressiva, ao serem avaliadas pelos pais apresentaram também escores elevados de dificuldades comportamentais gerais e de problemas de conduta.

No grupo PN, o escore referente à sintomatologia depressiva também apresentou correlação positiva fraca em relação ao escore total de dificuldades de comportamento gerais e ao escore de hiperatividade. Observou-se que as crianças nascidas com peso normal que se avaliaram com mais indicadores de depressão infantil, foram também avaliadas pelos pais como apresentando mais indicadores de dificuldades comportamentais gerais e de hiperatividade.

Por sua vez, no grupo MAP foram verificadas correlações positivas fortes entre o escore de depressão infantil e os escores de dificuldades comportamentais gerais, de problemas de conduta e de hiperatividade. Verificou-se que as crianças nascidas com muito alto peso, quando se avaliaram com escores mais elevados de sintomatologia depressiva, também foram avaliadas pelos pais com escores mais elevados para os indicadores de dificuldades comportamentais gerais, de problemas de conduta e hiperatividade. Ressalta-se que, neste grupo de peso ao nascer composto por um número reduzido de crianças, nenhuma criança atingiu o critério do instrumento para ser classificada na categoria Provável Depressão e apenas uma criança atingiu o critério para ser classificada como Com Dificuldade referente à hiperatividade.

No grupo MBP, não foram constatadas correlações estatisticamente significativas entre os indicadores comportamentais, relatados pelos pais, e os indicadores de depressão infantil, relatados pelas crianças.

A Tabela 9 apresenta as correlações estatisticamente significativas entre os indicadores comportamentais (SDQ) e de depressão infantil (CDI), tendo por referência o peso ao nascer enquanto uma variável contínua, sem estratificar grupos de peso ao nascer.

Tabela 9 - Correlações significativas entre os indicadores comportamentais (SDQ) e os indicadores de depressão infantil (CDI) apresentados pelas crianças da coorte estudada, tendo por referência o peso ao nascer

Variáveis		rho	p
Peso ao nascer ↓	SDQ Escore Sintomas Emocionais ↑	-0,096	0,013
	SDQ Escore Problemas de Relacionamento com Colegas ↑	-0,112	0,004
	CDI ↑	-0,106	0,006

rho = Correlação de Spearman ($p \leq 0,05$)

↑ = aumentado ↓ = diminuído

Verificou-se que o peso ao nascer mostrou-se negativamente associado aos escores dos indicadores comportamentais referentes aos sintomas emocionais e aos problemas de relacionamento com colegas, bem como ao escore relativo aos indicadores de depressão infantil. Embora tais correlações sejam fracas, apresentaram significância estatística, observando-se que quanto menor o peso ao nascer, mais elevados os escores de sintomas emocionais, de problemas de relacionamento com pares e de sintomatologia depressiva.

4.5. Comparações entre as variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas e os indicadores comportamentais e de depressão infantil da coorte, para cada grupo de peso ao nascer

As diferenças, com significância estatística, relativas às variáveis biológicas e clínicas das crianças e sociodemográficas das famílias em relação aos indicadores comportamentais e os indicadores de depressão infantil da coorte, para cada um dos cinco grupos de peso ao nascer, são apresentadas a seguir.

Na Tabela 10, são apresentadas as diferenças significativas identificadas para as crianças do grupo MBP.

Tabela 10- MBP- Variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, com diferenças significativas, quando da comparação com os indicadores comportamentais e de depressão infantil (n= 23)

MBP	Variáveis	Indicadores	U	z	p
	Maior tempo de internação	SDQ Escore Pró-Social ↓	25,5	-2,155	0,031
	Ausência de amamentação	SDQ Escore Pró-Social ↓	6,5	-2,234	0,025
	Menor qualificação da	SDQ Escore Total ↑	10,5	-2,585	0,010
	ocupação-pai/chefe da família	SDQ Escore Problema de Conduta ↑	7,0	-2,879	0,004
		SDQ Escore Problema	15,0	-2,283	0,022
		Relacionamento Colegas ↑			
	Maior nº moradores na casa	SDQ Escore Problema	21,5	-2,670	0,008
		Relacionamento Colegas ↑			

Teste Mann-Whitney ($p \leq 0,05$)

↑ = aumentado ↓ = diminuído

Para o grupo MBP, foram identificadas seis diferenças estatisticamente significativas relacionadas às variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas dicotomizadas, segundo a literatura, como condições de risco, com exceção da variável sexo.

Verificou-se que as crianças que permaneceram internadas por maior tempo apresentaram menos indicadores de comportamento pró-social. Ainda em relação à capacidade pró-social, observou-se que as crianças nascidas com muito baixo peso que não foram amamentadas também apresentaram menos indicadores de tal comportamento.

Com relação à ocupação do chefe da família, foram observadas diferenças significativas em relação aos escores de diferentes indicadores comportamentais. Observou-se que as crianças pertencentes às famílias, cujos chefes possuíam ocupações com menor qualificação, apresentaram mais indicadores de dificuldades comportamentais gerais, mais problemas de conduta e problemas de relacionamento com colegas. Quanto ao número de moradores na casa, identificou-se que as crianças residentes com um maior número de pessoas apresentaram mais indicadores de problemas de relacionamento com seus pares.

Na Tabela 11, são apresentadas as variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas com diferenças significativas para as crianças do grupo BP.

Tabela 11- BP- Variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, com diferenças significativas, quando da comparação com os indicadores comportamentais e de depressão infantil (n=120)

BP	Variáveis	Indicadores	U	z	p
	Idade Gestacional – Pré-termo	CDI ↑	1388,5	-2,015	0,044
	Adequação peso/idade gestacional - PIG	SDQ Escore Total ↑	1189,0	-2,191	0,028
		SDQ Escore Sintomas Emocionais ↑	1186,0	-2,219	0,027
	Presença de complicações respiratórias	SDQ Escore Hiperatividade ↑	1030,0	-2,004	0,045
	Ausência de amamentação	CDI ↑	322,0	-2,473	0,013
	Menor escolaridade da mãe	SDQ Escore Total ↑	805,5	-3,529	0,000
		SDQ Escore Sintomas Emocionais ↑	1036,0	-2,096	0,036
		SDQ Escore Problemas Conduta ↑	814,0	-3,518	0,000
		SDQ Escore Hiperatividade ↑	1036,5	-2,091	0,037
		SDQ Escore Problemas Relacionamento Colegas ↑	813,0	-3,530	0,000
		SDQ Escore Pró-Social ↓	1009,0	-2,318	0,020
	Menor escolaridade do pai/chefe da família	SDQ Escore Total ↑	771,5	-2,338	0,019
		SDQ Escore Problemas de Conduta ↑	649,5	-3,301	0,001
		SDQ Escore Pró-Social ↓	824,5	-1,998	0,046
	Menor qualificação da ocupação do chefe da família	SDQ Escore Total ↑	568,0	-2,155	0,031
		SDQ Escore Problemas de Conduta ↑	582,5	-2,060	0,039
	Classe econômica menos favorecida	SDQ Escore Total ↑	1126,0	-2,648	0,008
		SDQ Escore Sintomas Emocionais ↑	1092,0	-2,853	0,004
		SDQ Escore Problemas de Conduta ↑	1215,0	-2,173	0,030
	Maior nº moradores na casa	SDQ Escore Total ↑	1152,5	-1,983	0,047
		SDQ Escore Hiperatividade ↑	1149,5	-2,009	0,045

Teste Mann-Whitney ($p \leq 0,05$) ↑ = aumentado ↓ = diminuído

Para o grupo BP, foram verificadas 21 diferenças, com significância estatística, relativas às variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas dicotomizadas, segundo a literatura, como condições de risco, com exceção da variável sexo.

Observou-se que as crianças nascidas pré-termo apresentaram mais indicadores de sintomatologia depressiva. Quanto à adequação do peso ao nascer à idade gestacional, verificou-se que as crianças nascidas pequenas para a idade gestacional apresentaram mais indicadores de dificuldades totais e de sintomas emocionais.

Com relação à presença de complicações respiratórias na infância, notou-se que as crianças que tiveram tais complicações apresentaram mais indicadores de hiperatividade. Quanto à ausência de amamentação, verificou-se que as crianças que não foram amamentadas e não tiveram acesso ao banco de leite apresentaram mais indicadores de depressão infantil.

A menor escolaridade das mães associou-se, com significância estatística, a vários indicadores comportamentais, o que sugeriu que as crianças com mães com menor escolaridade apresentaram mais indicadores de dificuldades comportamentais gerais, de sintomas emocionais, de problemas de conduta, de hiperatividade e problemas de relacionamento com colegas. Além disso, as crianças com mães com menos anos de estudo, apresentaram significativamente menos indicadores de comportamento pró-social.

Em relação à escolaridade dos pais ou chefes de família, foram identificadas diferenças significativas quanto aos escores de dificuldades comportamentais gerais, problemas de conduta e comportamento pró-social, indicando que as crianças com pais com menor escolaridade apresentaram mais indicadores de dificuldades comportamentais e de problemas de conduta e menos indicadores de comportamento pró-social.

Observou-se que as crianças pertencentes às classes econômicas menos favorecidas apresentaram significativamente mais indicadores de dificuldades comportamentais gerais, de sintomas emocionais e problemas de conduta. Quanto ao número de moradores na casa, constatou-se que as crianças residentes com maior número de moradores no mesmo domicílio apresentaram mais indicadores de dificuldades comportamentais gerais e hiperatividade.

Na Tabela 12, são apresentadas as variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, com diferenças significativas, para as crianças do grupo PI.

Tabela 12 - PI- Variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, com diferenças significativas, quando da comparação com os indicadores comportamentais e de depressão infantil (n= 160)

(continua)					
PI	Variáveis	Indicadores	U	z	p
Sexo Feminino		SDQ Escore Sintomas	2398,5	-2,627	0,009
		Emocionais ↑			
Presença de complicações respiratórias		SDQ Escore Total ↑	1243,0	-2,945	0,003
		SDQ Escore Problema de Conduta ↑	1287,0	-2,788	0,010
		SDQ Escore Hiperatividade ↑	1330,5	-2,561	0,010
Menor escolaridade da mãe		SDQ Escore Total ↑	1687,5	-3,695	0,000
		SDQ Escore Sintomas Emocionais ↑	1899,5	-2,893	0,004
		SDQ Escore Problema de Conduta ↑	2007,5	-2,501	0,012
		SDQ Escore Hiperatividade ↑	1893,0	-2,923	0,003
		SDQ Escore Problema de Relacionamento Colegas ↑	1960,5	-2,678	0,007
Menor escolaridade do pai/chefe da família		SDQ Escore Total ↑	1335,5	-2,824	0,005
		SDQ Escore Hiperatividade ↑	1492,0	-2,066	0,039
		SDQ Escore Problema de Relacionamento Colegas ↑	1375,5	-2,657	0,008
Menor qualificação da ocupação do chefe da família		SDQ Escore Total ↑	1139,0	-2,304	0,021
		SDQ Escore Sintomas Emocionais ↑	1180,5	-2,104	0,035
		SDQ Escore Problema de Conduta ↑	1142,5	-2,317	0,021
		SDQ Escore Problema de Relacionamento Colegas ↑	1124,0	-2,407	0,016
		SDQ Escore Pró-Social ↓	1181,0	-2,155	0,031

Tabela 12 - PI- Variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, com diferenças significativas, quando da comparação com os indicadores comportamentais e de depressão infantil (n= 160)

(continuação)						
PI	Variáveis	Indicadores	U	z	p	
Classe econômica menos favorecida		SDQ Escore Total ↑	1764,5	-4,366	0,000	
		SDQ Escore Sintomas Emocionais ↑	1972,5	-3,642	0,000	
		SDQ Escore Problemas de Conduta ↑	2154,0	-3,025	0,002	
		SDQ Escore Hiperatividade ↑	2291,0	-2,509	0,012	
		SDQ Escore Problema Relacionamento Colegas ↑	2161,5	-2,989	0,003	
		Maior n° moradores na casa	SDQ Escore Total ↑	1723,0	-3,483	0,000
			SDQ Escore Sintomas Emocionais ↑	2115,0	-1,967	0,049
SDQ Escore Problema de Conduta ↑	1838,0		-3,077	0,002		
SDQ Escore Hiperatividade ↑	1990,5		-2,457	0,014		
SDQ Escore Problema Relacionamento Colegas ↑	1764,0		-3,362	0,001		
Teste Mann-Whitney (p≤ 0,05) ↑ = aumentado ↓= diminuído						

No grupo PI, foram verificadas 27 diferenças, com significância estatística, relativas às variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, dicotomizadas, segundo a literatura, como condições de risco, com exceção da variável sexo, todas as variáveis foram significativas em relação ao comportamento das crianças, não sendo observada nenhuma diferença significativa quanto aos indicadores de depressão infantil.

Identificou-se diferença significativa entre a variável sexo feminino e os escores de sintomas emocionais, sendo que as meninas apresentaram mais indicadores de sintomatologia emocional. Com relação à presença de complicações respiratórias, verificou-se que as crianças que tiveram complicações respiratórias na infância apresentaram mais indicadores de dificuldades comportamentais gerais, problemas de conduta e hiperatividade.

Quanto às variáveis sociodemográficas das respectivas famílias, foram observadas diferenças significativas em relação à escolaridade das mães e os escores de diversos indicadores comportamentais. Tais achados indicaram que as crianças com mães com menor tempo de escolaridade apresentaram mais indicadores de dificuldades comportamentais gerais, de sintomas emocionais, de problemas de conduta, de hiperatividade e de problemas de relacionamento com colegas.

Em relação à escolaridade dos pais, também foram verificadas diferenças quanto aos escores de diferentes indicadores. As crianças com pais com menor tempo de escolaridade apresentaram mais indicadores de dificuldades comportamentais gerais, sintomas emocionais, hiperatividade e problemas de relacionamento com colegas.

Também foram verificadas diferenças significativas entre as classes econômicas e os escores de dificuldades comportamentais gerais, de sintomas emocionais, de problemas de conduta, de hiperatividade e de problemas de relacionamento com colegas. Nesse sentido, as crianças de classes econômicas menos favorecidas apresentaram mais indicadores de tais dificuldades comportamentais. Além disso, observou-se que as crianças residentes com maior número de pessoas apresentaram significativamente mais indicadores de dificuldades comportamentais gerais, sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade e problemas de relacionamento com pares.

Na Tabela 13, são apresentadas as variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, com diferenças significativas, para as crianças do grupo PN.

Tabela 13- PN- Variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, com diferenças significativas, quando da comparação com os indicadores comportamentais e de depressão infantil (n= 343)

(continua)					
PN	Variáveis	Indicadores	U	z	p
Sexo Masculino		SDQ Escore Total ↑	11995,5	-2,877	0,004
		SDQ Escore Problemas de Conduta ↑	11426,5	-3,534	0,000
		SDQ Escore Hiperatividade ↑	11921,0	-2,972	0,003
		SDQ Escore Sintomas Emocionais ↑	1146,0	-2,107	0,035
Ausência de amamentação		SDQ Escore Total ↑	7940,0	-4,302	0,000
		SDQ Escore Sintomas Emocionais ↑	8737,0	-3,271	0,001
		SDQ Escore Problema de Conduta ↑	8556,5	-3,524	0,000
		SDQ Escore Hiperatividade ↑	9402,5	-2,378	0,017
		SDQ Escore Problema	7837,0	-4,507	0,000
		Relacionamento Colegas ↑			
		SDQ Escore Total ↑	7963,5	-3,272	0,001
Menor escolaridade da mãe		SDQ Escore Sintomas Emocionais ↑	8199,5	-2,958	0,003
		SDQ Escore Problemas de Conduta ↑	7988,5	-3,270	0,001
		SDQ Escore Problema	8112,5	-3,115	0,002
		Relacionamento Colegas ↑			
		SDQ Escore Problema	5562,0	-2,287	0,022
Menor escolaridade do pai/chefe da família		Relacionamento Colegas ↑			
		SDQ Escore Problema			
Menor qualificação da ocupação do chefe da família		Relacionamento Colegas ↑			
		SDQ Escore Problema			

Tabela 13- PN- Variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, com diferenças significativas, quando da comparação com os indicadores comportamentais e de depressão infantil (n= 343)

			(continuação)		
PN	Variáveis	Indicadores	U	z	p
Classe econômica menos favorecida		SDQ Escore Total ↑	9951,0	-4,328	0,000
		SDQ Escore Sintomas Emocionais ↑	11239,5	-2,887	0,004
		SDQ Escore Problema de Conduta ↑	9763,0	-4,585	0,000
		SDQ Escore Hiperatividade ↑	11793,0	-2,251	0,024
		SDQ Escore Problema Relacionamento Colegas ↑	10796,0	-3,423	0,001
		SDQ Escore Pró-Social ↓	11872,5	-2,227	0,026
		SDQ Escore Problema de Conduta ↑	9688,5	-2,007	0,045
		SDQ Escore Problema Relacionamento Colegas ↑	9470,5	-2,299	0,022
Maior nº moradores na casa		SDQ Escore Problema de Conduta ↑	9688,5	-2,007	0,045
		SDQ Escore Problema Relacionamento Colegas ↑	9470,5	-2,299	0,022

Teste Mann-Whitney ($p \leq 0,05$)

↑ = aumentado ↓ = diminuído

No grupo PN, foram verificadas 22 diferenças, com significância estatística, relativas às variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, dicotomizadas, segundo a literatura, como condições de risco, com exceção da variável sexo, as quais relacionaram-se exclusivamente aos indicadores comportamentais, não sendo observada nenhuma diferença em relação aos indicadores de depressão infantil.

Foram observadas diferenças significativas entre a variável sexo masculino e os indicadores de dificuldades comportamentais gerais, problemas de conduta e hiperatividade, sugerindo que os meninos apresentaram mais indicadores destas dificuldades. Quanto à ausência de amamentação, verificou-se que as crianças que não foram amamentadas ou não tiveram acesso ao banco de leite apresentaram mais indicadores de sintomas emocionais.

Com relação às variáveis sociodemográficas das famílias, observou-se que a menor escolaridade das mães associou-se a diversos escores de dificuldades comportamentais, de modo que as crianças com mães com menor tempo de escolaridade apresentaram mais

dificuldades comportamentais gerais, mais sintomas emocionais, problema de conduta, hiperatividade e problemas de relacionamento com colegas. Além disso, a menor escolaridade do pai ou chefe de família também se apresentou associada aos escores de vários indicadores comportamentais, de forma que as crianças com pais com menor tempo de escolaridade apresentaram mais indicadores de dificuldades comportamentais gerais, sintomas emocionais, problemas de conduta e problemas de relacionamento com os pares.

Foram verificadas, para o grupo PN, diferenças significativas entre as classes econômicas menos favorecidas e os escores de diversos indicadores comportamentais, sugerindo que as crianças pertencentes às classes sociais menos favorecidas apresentaram mais indicadores de dificuldades comportamentais gerais, sintomas emocionais, problemas de conduta, hiperatividade e problemas de relacionamento com colegas, bem como menos indicadores de comportamento pró-social. Observou-se ainda, que as crianças residentes com maior número de moradores na mesma casa apresentaram mais indicadores de problemas de conduta e de relacionamento com colegas.

Na Tabela 14, são apresentadas as variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, com diferenças significativas, para as crianças do grupo MAP.

Tabela 14- MAP- Variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, com diferenças significativas, quando da comparação com os indicadores comportamentais e de depressão infantil (n=19)

MAP	Variáveis	Indicadores	U	z	p
	Sexo Feminino	SDQ Escore Problema	10,5	-2,071	0,038
		Relacionamento Colegas ↑			
	Menor escolaridade da mãe	SDQ Escore Problema	14,5	-2,157	0,031
		Relacionamento Colegas ↑			
	Menor escolaridade do pai/chefe da família	SDQ Escore Total ↑	9,0	-2,123	0,034
		SDQ Escore Sintomas Emocionais ↑	9,5	-2,093	0,036
		SDQ Escore Problema de Conduta ↑	8,5	-2,220	0,026
	Menor qualificação da ocupação do chefe da família	SDQ Escore Pró-Social ↓	4,5	-2,468	0,014
	Maior nº de moradores	SDQ Escore Total ↑	9,5	-2,490	0,013
		SDQ Escore Hiperatividade ↑	10,5	-2,438	0,015

Teste Mann-Whitney ($p \leq 0,05$)

↑ = aumentado ↓ = diminuído

No grupo MAP, foram verificadas oito diferenças, com significância estatística, relativas às variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas dicotomizadas, segundo a literatura, como condições de risco, com exceção da variável sexo. Ressalta-se que todas as diferenças relacionaram-se exclusivamente aos escores dos indicadores comportamentais, uma vez que não foram observadas crianças com indicadores de provável depressão neste grupo de peso ao nascer.

Observou-se diferença significativa entre a variável sexo feminino e o escore de problemas de relacionamento com colegas, sugerindo que as meninas apresentaram mais indicadores de problemas de relacionamento com seus pares. Destaca-se que este grupo de peso ao nascer foi composto por apenas quatro meninas.

Quanto às variáveis sociodemográficas das respectivas famílias, constatou-se diferença significativa entre a menor escolaridade das mães e os escores de problemas de

relacionamento com colegas, de modo que as crianças com mães com menor escolaridade apresentaram mais indicadores dessa dificuldade comportamental.

A variável referente à menor escolaridade dos pais ou chefes de família apresentou-se associada a mais escores de indicadores comportamentais que a relativa à menor escolaridade materna, de modo que as crianças com pais com menor tempo de escolaridade apresentaram mais indicadores de dificuldades comportamentais gerais, sintomas emocionais e problemas de conduta. Em relação à ocupação do chefe da família, observou-se que as crianças com pais com ocupações de menor qualificação apresentaram significativamente menos indicadores de capacidade pró-social.

As crianças residentes com mais de cinco pessoas no mesmo domicílio apresentaram mais indicadores de dificuldades comportamentais gerais e hiperatividade.

No Quadro 3, são apresentados os principais achados relativos aos indicadores de problemas comportamentais gerais, assinalados como CT, de sintomas emocionais, assinalados como SE, de hiperatividade, assinalados como Hp, de relacionamento com colegas, assinalados como RC, e aos indicadores de depressão infantil, assinalados como DI, tendo por referência as variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas dicotomizadas, segundo a literatura, como condições de risco, com exceção da variável sexo, para cada um dos grupos de peso ao nascer.

Variáveis	Grupos	MBP	BP	PI	PN	MAP
Biológicas						
Sexo Masculino					CT, Hp	
Sexo Feminino				SE		RC
Idade Gestacional – Pré-termo			DI			
Adequação peso/id.gestacional- PIG			CT, SE			
Clínicas						
Maior tempo de internação						
Presença de problema pulmonar						
Presença de complicações respiratórias			Hp	CT, Hp		
Ausência de amamentação			DI		SE	
Sociodemográficas						
Estado civil mãe- Sem companheiro						
Menor escolaridade da mãe			CT, SE, Hp, RC	CT, SE, Hp, RC	CT, SE, Hp, RC	
Menor escolaridade do pai/chefe de família			CT	CT, Hp, RC	CT, SE, RC	CT SE
Menor qualificação da ocupação do pai/chefe de família	CT, RC	CT		CT, SE, RC	RC	
Classe econômica menos favorecida			CT, SE	CT, SE, Hp, RC	CT, SE, Hp, RC	
Maior nº moradores na casa	RC	CT		CT, SE Hp, RC	RC	CT, Hp
Indicadores- SDQ Escore Total= CT SDQ Escore Sintomas Emocionais= SE SDQ Escore Hiperatividade= Hp SDQ Escore Problema Relacionamento com Colegas= RC CDI= DI						

Quadro 3. Síntese dos principais achados relativos aos indicadores de problemas comportamentais gerais, de sintomas emocionais, de hiperatividade, de relacionamento com colegas e aos indicadores de depressão infantil, tendo por referência as variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, para cada um dos grupos de peso ao nascer (n= 665)

Foram verificadas associações para todos os grupos de peso ao nascer, envolvendo as variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas em relação aos indicadores de problemas comportamentais gerais, de sintomas emocionais, de hiperatividade e de problemas de relacionamento com colegas. Destaca-se que o grupo MBP apresentou associações exclusivamente com variáveis sociodemográficas, e que nenhuma das variáveis sociodemográficas apresentou associação com a presença de mais indicadores de depressão infantil, sendo verificadas apenas duas associações, a saber, uma com uma variável biológica e outra com uma variável clínica.

Verificou-se que as variáveis sociodemográficas foram as que apresentaram uma maior influência para a presença de mais indicadores de problemas comportamentais gerais, de sintomas emocionais, de hiperatividade e de problemas de relacionamento com colegas, seguida das variáveis biológicas e clínicas. Foram observadas 47 associações, com significância estatística, em relação a todas as variáveis sociodemográficas, sendo que a única variável, para a qual não foram observadas diferenças significativas, foi o estado civil das mães.

Quanto às variáveis biológicas, foram verificadas sete associações significativas referentes aos indicadores de problemas comportamentais gerais, de sintomas emocionais, de hiperatividade, de problemas de relacionamento com colegas e de depressão infantil para todos os grupos de peso ao nascer, exceto o MBP. No grupo BP, o nascimento pequeno para a idade gestacional associou-se à presença de mais indicadores de problemas comportamentais gerais e de sintomas emocionais. No grupo PI, observou-se a associação entre sexo feminino e a presença de mais indicadores de sintomas emocionais e o nascimento pré-termo associou-se à presença de mais indicadores de depressão infantil. No grupo PN, verificou-se a associação entre o sexo masculino e a presença de mais indicadores de problemas comportamentais gerais e hiperatividade. E no grupo MAP, foi observada a associação do sexo feminino à presença de mais indicadores de problemas de relacionamento com colegas, contudo, cabe ressaltar que esse grupo de peso ao nascer foi composto por apenas quatro meninas.

Com relação às variáveis clínicas, foram verificadas cinco associações significativas. Observou-se uma associação em relação aos indicadores de depressão infantil para o grupo BP, a saber, a ausência de amamentação ou de acesso ao banco de leite associou-se à presença de mais indicadores de sintomas depressivos. Também para o grupo BP, foi verificada a associação da presença de complicações respiratórias na infância à presença de mais indicadores de hiperatividade. No grupo PI, verificou-se a associação da variável relativa à presença de complicações respiratórias na infância à presença de mais indicadores de problemas comportamentais gerais e de hiperatividade. No grupo PN, a ausência de amamentação apresentou associação em relação à

presença de mais indicadores de sintomas emocionais. Destaca-se que não foram observadas associações das variáveis clínicas para os grupos MBP e MAP.

Analisando-se as associações identificadas em cada grupo, verificou-se que o maior número de associações foi observado para o grupo PI, correspondendo a um total de 21 associações significativas, sendo que 18 dessas foram verificadas entre as variáveis sociodemográficas e os indicadores comportamentais. Para os grupos MBP e MAP, foram observados os menores números de associações. No grupo MBP, foram verificadas três associações, e para o grupo MAP, identificou-se cinco associações, sendo uma relativa a uma variável biológica e quatro a variáveis sociodemográficas. Os grupos BP e PN apresentaram, respectivamente, totais de 14 e 16 associações, sendo também a maioria delas relacionada às variáveis sociodemográficas e os indicadores comportamentais. Como já mencionado, apenas duas associações foram observadas, para o grupo BP, quanto à presença de mais indicadores de depressão infantil, sendo relacionadas a uma variável biológica e a uma variável clínica.

No grupo MBP, verificou-se três associações significativas quanto às variáveis sociodemográficas, a saber, a menor qualificação da ocupação do pai ou chefe de família e a presença de mais indicadores de problemas comportamentais gerais e de problemas de relacionamento com colegas, e ao maior número de moradores na casa também em relação à presença de problemas de relacionamento com pares. Do mesmo modo, no grupo MAP, foram observadas cinco associações significativas, sendo uma relativa à variável biológica sexo feminino e mais problemas de relacionamento com colegas e quatro referentes às variáveis sociodemográficas, de modo que a menor escolaridade do pai ou chefe de família associou-se à presença de mais indicadores de problemas comportamentais gerais e de sintomas emocionais, e o maior número de moradores na casa associou-se à presença de mais indicadores de problemas comportamentais gerais e de hiperatividade.

O grupo BP apresentou 14 associações significativas, sendo nove referentes às variáveis sociodemográficas, de maneira que a menor escolaridade da mãe associou-se à presença de mais indicadores de problemas comportamentais gerais, de sintomas emocionais, de hiperatividade e de problemas de relacionamento com colegas, a menor escolaridade do pai ou chefe da família associou-se à presença de mais indicadores de problemas comportamentais gerais, a menor qualificação da ocupação do pai ou chefe da família associou-se à presença de mais indicadores de problemas comportamentais gerais, a classe econômica menos favorecida associou-se à presença de mais indicadores de problemas comportamentais gerais e de sintomas emocionais, e o maior número de moradores na casa associou-se à presença de mais problemas comportamentais gerais. As outras cinco

associações significativas referiram-se a duas variáveis biológicas, a saber, o nascimento pequeno para a idade gestacional associou-se à presença de mais indicadores de problemas comportamentais gerais e de sintomas emocionais e o nascimento pré-termo associou-se à presença de mais indicadores de depressão infantil, e a duas variáveis clínicas, sendo que a presença de complicações respiratórias na infância associou-se à presença de mais indicadores de hiperatividade e a ausência de amamentação associou-se à presença de mais indicadores de sintomatologia infantil.

O grupo PN apresentou 16 associações, com significância estatística, das quais 13 foram relativas às variáveis sociodemográficas, sendo que a menor escolaridade da mãe associou-se à presença de mais indicadores de problemas comportamentais gerais, de sintomas emocionais, de hiperatividade e de problemas de relacionamento com colegas, a menor escolaridade do pai ou chefe da família associou-se à presença de mais indicadores de problemas comportamentais gerais, de sintomas emocionais e de problemas de relacionamento com colegas, a menor qualificação da ocupação do pai ou chefe da família associou-se à presença de mais indicadores de problemas de relacionamento com colegas, a classe econômica menos favorecida associou-se à presença de mais indicadores de problemas comportamentais gerais, de sintomas emocionais, de hiperatividade e de problemas de relacionamento com pares, e o maior número de moradores na casa associou-se à presença de mais problemas comportamentais gerais.

No grupo PI, foram observadas 21 associações com significância estatística, sendo 18 relativas às variáveis sociodemográficas, de forma que a menor escolaridade da mãe apresentou-se associada à presença de mais indicadores de problemas comportamentais gerais, de sintomas emocionais, de hiperatividade e de problemas de relacionamento com colegas, a menor escolaridade do pai ou chefe da família apresentou-se associadas à presença de mais indicadores de problemas comportamentais gerais, de hiperatividade e de problemas de relacionamento com colegas, a menor qualificação da ocupação do pai ou chefe da família associou-se à presença de mais indicadores de problemas comportamentais gerais, de sintomas emocionais e de problemas de relacionamento com colegas, a classe econômica menos favorecida associou-se à presença de mais indicadores de problemas comportamentais gerais, de sintomas emocionais, de hiperatividade e de problemas de relacionamento com pares, e o maior número de moradores na casa, à presença de mais problemas comportamentais gerais, de sintomas emocionais, de hiperatividade e de problemas de relacionamento com colegas. As outras três associações relacionaram-se à variável biológica relativa ao sexo feminino e a presença de mais indicadores de sintomas emocionais, e à

variável clínica referente a complicações respiratórias na infância e a presença de mais indicadores de problemas comportamentais gerais e de hiperatividade.

5. DISCUSSÃO

Os tópicos referentes à discussão são apresentados tendo como foco as três hipóteses norteadoras formuladas no estudo, de modo a abranger os objetivos gerais e específicos propostos.

5.1. As crianças nascidas com baixo peso apresentaram mais problemas comportamentais e indicadores de depressão infantil na idade escolar?

Inicia-se a discussão pela análise das comparações relativas às características biológicas, clínicas e sociodemográficas da coorte estudada.

Com relação às variáveis biológicas, foram verificadas peculiaridades que incidiram sobre o perfil dos grupos MAP e MBP. O grupo MAP contou com mais meninos, em comparação aos grupos BP e PI. As outras diferenças incidiram sobre o grupo MBP, refletindo, em geral, características específicas das condições de nascimento, as quais se fizeram presentes também nas variáveis clínicas, sendo que a maioria das dificuldades se relacionou ao que a literatura aponta como próprio da condição de baixo peso ao nascer.

Nesse sentido, o grupo MBP apresentou mais crianças nascidas pré-termo, em comparação aos grupos BP e PN, e mais crianças nascidas pequenas para a idade gestacional, em comparação ao grupo PN, o que correspondeu ao esperado, uma vez que o baixo peso e o muito baixo peso ao nascer são condições, na maioria dos casos, decorrentes do parto prematuro ou da restrição do crescimento intrauterino (Fundo das Nações Unidas para a Infância, 2009). Quanto às variáveis clínicas, o MBP apresentou mais crianças com maior tempo de internação e com problema pulmonar após o nascimento, em comparação a todos os outros grupos de peso ao nascer, e mais crianças que não foram amamentadas, em comparação ao grupo PN. Tais achados encontram respaldo na literatura, que aponta a maior exposição das crianças nascidas com baixo peso e muito baixo peso a uma série de adversidades, as quais já podem ser percebidas logo após o nascimento, quando, na maioria dos casos, o bebê necessita ser hospitalizado, estando mais suscetível a várias doenças, inclusive as relacionadas aos problemas pulmonares, e sofrendo restrições do contato físico com a mãe (Usher, 1984; Linhares, Martins & Klein, 2004b).

No que se refere às variáveis sociodemográficas, foram verificadas distribuições homogêneas das mesmas para os cinco grupos de peso ao nascer, sendo que a única diferença, com significância estatística, foi verificada para o grupo MAP, que apresentou mais crianças

residentes com mais de cinco pessoas no mesmo domicílio, em comparação ao grupo PN. Apesar da não identificação de outras diferenças significativas, e do reduzido número de crianças que compuseram o grupo MAP, destaca-se que foram observadas, nesse grupo, as maiores frequências das variáveis sociodemográficas que podem atuar como fatores de proteção, sendo elas: a maior escolaridade da mãe, a maior escolaridade do pai e a inclusão em classes econômicas mais favorecidas.

Por outro lado, faz-se necessário ressaltar que, de acordo com o esperado pelos critérios adotados, o grupo MBP, apesar de composto por um número reduzido de crianças, foi o grupo de peso ao nascer que concentrou mais riscos acumulados, pois além do maior percentual de nascimentos pré-termo e do maior número de crianças PIG, apresentou também maior percentual de crianças internadas por tempo mais longo, maior frequência da presença de problemas pulmonares e menor percentual de acesso à amamentação ou ao banco de leite. O grupo BP também se apresentou como um grupo de peso ao nascer exposto a riscos consideráveis, uma vez que apresentou o maior percentual de crianças PIG, inclusive em comparação ao grupo MBP, bem como uma frequência elevada de crianças nascidas pré-termo e de crianças com problemas pulmonares.

Destaca-se, ainda, que a observação de diferenças já esperadas pelos critérios de estratificação adotados em relação às variáveis biológicas e clínicas, e a não verificação de diferenças significativas entre os grupos de peso ao nascer em relação às variáveis sociodemográficas, com exceção do maior número de pessoas residentes na mesma casa para o grupo MAP, caracteriza uma distribuição homogênea das variáveis, levando-se em conta a amostra total. A ausência de diferenças sociodemográficas mais gerais quanto ao perfil dos diferentes grupos de peso ao nascer torna-os comparáveis quanto às variáveis focalizadas no estudo, a saber, os indicadores comportamentais e de depressão infantil.

Formulou-se, com base na literatura revisada, como primeira hipótese norteadora do presente estudo, que as crianças com baixo peso ao nascer apresentariam mais indicadores de problemas comportamentais e de depressão infantil, na idade escolar, quando comparadas às crianças nascidas com peso normal. Para confirmação ou contestação dessa hipótese, cumpriu-se o objetivo geral e o primeiro objetivo específico relativos à comparação das características biológicas, clínicas e sociodemográficas, e dos indicadores de dificuldades comportamentais e de depressão infantil das crianças diferenciadas em cinco grupos de peso ao nascer.

Frente aos resultados obtidos, considerou-se que tal hipótese foi confirmada, conforme a análise apresentada a seguir.

Quando da caracterização do perfil da coorte e da comparação das distribuições percentuais dos indicadores comportamentais e de depressão infantil, em função dos cinco grupos de peso ao nascer, observou-se que: a) em relação aos indicadores comportamentais, significativamente mais crianças apresentaram indicadores de sintomas emocionais no grupo BP quando comparado ao grupo PN; e mais crianças apresentaram indicadores de hiperatividade no grupo MBP quando comparado a todos os demais grupos de peso ao nascer; b) quanto aos indicadores de depressão infantil, significativamente mais crianças apresentaram indicadores de sintomatologia depressiva no grupo MBP, quando comparado a todos os outros grupos de peso ao nascer.

Com base na análise de comparação dos escores de indicadores comportamentais e de depressão entre os grupos de peso ao nascer, constatou-se que: a) quanto aos indicadores comportamentais, as crianças apresentaram significativamente mais indicadores de hiperatividade no grupo MBP, quando comparada a todos os outros grupos de peso ao nascer, e mais indicadores de problemas de relacionamento com colegas também no grupo MBP, mas apenas em comparação ao grupo MAP; b) em relação aos indicadores de depressão infantil, as crianças, do grupo MBP, apresentaram significativamente mais indicadores de sintomatologia depressiva, em comparação a todos os demais grupos de peso ao nascer.

Verificou-se, portanto, uma maior vulnerabilidade das crianças do grupo MBP em relação às crianças dos demais grupos de peso ao nascer, uma vez que apresentaram significativamente mais dificuldades comportamentais referentes à hiperatividade e problemas de relacionamento com colegas, bem como mais indicadores de depressão infantil. Além disso, também as crianças do grupo BP apresentaram-se mais vulneráveis à presença de indicadores de sintomas emocionais, quando comparadas às crianças nascidas com peso normal.

Ressalta-se que, quando da caracterização da coorte estudada quanto as suas características biológicas, clínicas e sociodemográficas, os grupos MBP e BP foram os grupos de peso ao nascer que concentraram o maior número de fatores de risco, sugerindo a sobreposição de riscos e, conseqüentemente, a maior suscetibilidade à presença de problemas comportamentais e de sintomatologia depressiva.

Ao se analisar a literatura científica sobre a influência do baixo peso ao nascer para os problemas comportamentais das crianças, observou-se a presença de um maior número de estudos que abordaram os problemas de atenção e externalizantes, os quais relataram diversas dificuldades comportamentais para as crianças expostas ao fator de risco biológico relativo ao nascimento com baixo peso, dentre as quais se destacou a dificuldade referente à hiperatividade. Nesse sentido, os achados do presente estudo são concordantes com os dados

de vários estudos analisados, os quais serão apresentados a seguir, abordando-se as semelhanças e divergências, com vistas à cautela necessária quando da comparação dos resultados de delineamentos diversos.

O presente estudo, assim como o de Breslau e Chilcoat (2000), avaliou uma coorte de crianças diferenciadas quanto ao peso ao nascer, verificando a associação do baixo peso ao nascer aos problemas de atenção e aos problemas externalizantes, dentre os quais figuram a hiperatividade e os problemas de relacionamento com os colegas. Destacam-se como semelhanças, a idade da coorte de crianças avaliadas (11 anos) e a diferenciação das mesmas em dois grupos de peso ao nascer: baixo peso e peso normal ao nascer, que corresponderiam aos grupos MBP e BP e ao grupo PN do presente estudo. Outro aspecto a ser destacado, diz respeito ao instrumento utilizado, pois o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ), adotado no presente estudo, mostrou alta correlação com o *Children Behaviour Checklist (CBCL)*, utilizado no estudo de Breslau e Chilcoat (2000), como relatado nos estudos psicométricos originais realizados por Goodman (1997).

O estudo de Kelly et al. (2001), que assim como o presente estudo, avaliou uma coorte de crianças em idade escolar por meio do SDQ, também verificou escores elevados de hiperatividade e de problemas de relacionamento com os pares em crianças nascidas com pesos mais baixos. No entanto, ressalta-se que, diferentemente do presente estudo, tais autores não estratificaram a coorte de crianças em grupos de peso, e sim consideraram o peso ao nascer como uma variável contínua. Do mesmo modo, Wiles et al. (2006) observaram que as crianças em idade escolar avaliadas, apresentaram mais problemas comportamentais, especialmente a hiperatividade, a cada diminuição de um desvio-padrão (0,5 kg) do peso ao nascer. Cabe destacar que, no presente estudo, também foram constatadas correlações entre os indicadores comportamentais e de depressão, tendo por referência o peso ao nascer enquanto uma variável contínua, sem a estratificação em grupos de peso, de modo que quanto menor o peso ao nascer, mais indicadores de sintomas emocionais, de problemas de relacionamento com os colegas e de depressão infantil foram observados.

Os resultados do estudo foram, ainda, concordantes com alguns estudos nacionais. Bordin, Linhares e Jorge (2001) e Linhares et al. (2001) investigaram o impacto do baixo peso ao nascer para o desenvolvimento infantil, comparando aspectos comportamentais de escolares nascidos prematuros e com muito baixo peso aos nascidos em condições a termo e com peso normal. Ambos os estudos detectaram problemas comportamentais externalizantes e internalizantes com índices sugestivos de necessidade de atendimento psicológico para a maioria das crianças avaliadas. Os problemas externalizantes verificados caracterizaram o

padrão de comportamento da *criança difícil*, com sinais de desadaptação psicossocial, envolvendo os comportamentos de agitação, impaciência e não permanência nas atividades. Cabe lembrar que tais estudos também avaliaram crianças em idade escolar e provenientes da cidade de Ribeirão Preto-SP, a mesma cidade das crianças do presente estudo, contudo, tratava-se de estudos transversais, realizados com amostras menores de crianças.

Outro achado semelhante refere-se à comparação com o estudo de Saigal et al. (2003), no qual foram verificados escores significativamente mais elevados para a escala de hiperatividade, além da escala de depressão, para nascidos com extremo baixo peso, segundo o relato dos pais por meio do *Ontario Child Health Study-Revised Questionnaire* (OCHS-R) e de outros instrumentos. Porém, tal estudo foi realizado com adolescentes. Em estudo similar, Hack et al. (2009) compararam os aspectos comportamentais de crianças nascidas com extremo baixo peso aos de crianças nascidas com peso normal, na idade escolar. Os resultados evidenciaram mais déficit de atenção e hiperatividade por parte das crianças nascidas com extremo baixo peso. Apesar dos achados do presente estudo serem concordantes com os estudos referidos, reconhece-se a necessidade de uma maior cautela na comparação com os mesmos, uma vez que nos estudos citados foram avaliados participantes com extremo baixo peso ao nascer, ou seja, com peso inferior a 1000g, os quais apresentaram-se em número bastante reduzido nesse estudo, correspondendo a apenas quatro crianças (0,6% da coorte).

No estudo de Bohnert e Breslau (2008), foram avaliados grupos de peso ao nascer, com os quais os grupos do presente estudo podem ser considerados comparáveis, a saber: baixo peso e peso normal ao nascer. Tais autores verificaram mais problemas de atenção em crianças nascidas com baixo peso e em condição de desvantagem social. Observaram também que esse risco foi ainda maior para o subgrupo de crianças nascidas com muito baixo peso, dado com o qual o achado do presente estudo, referente à hiperatividade, foi concordante.

Os dados do presente estudo mostraram-se também concordantes, quanto aos aspectos comportamentais, com as investigações de Conrad et al. (2010) e Indredavik et al. (2010). No estudo de Conrad et al. (2010), os autores observaram que os pais de crianças em idade escolar e adolescentes nascidos com extremo e com muito baixo peso relataram mais sintomas de hiperatividade/déficit de atenção, além de depressão/ansiedade, que os pais das crianças do grupo controle. Por sua vez, Indredavik et al. (2010) constataram que os pais dos adolescentes nascidos pré-termo com muito baixo peso também relataram mais transtorno déficit de atenção e hiperatividade, em comparação aos pais dos adolescentes nascidos a termo e com peso normal. Ressalta-se que tais estudos utilizaram como instrumentos de avaliação do

comportamento diferentes do adotado nesse estudo, contudo, as avaliações dos aspectos comportamentais também tiveram como informantes os pais.

Estudos de meta-análises também indicaram a presença de mais dificuldades comportamentais em crianças nascidas com baixo peso. Destaca-se como tal, o estudo de Bhutta et al. (2002), no qual os autores verificaram uma maior ocorrência de déficits de atenção e hiperatividade em crianças nascidas pré-termo e com baixo peso ou muito baixo peso. No mesmo sentido, Aarnoudse-Moens et al. (2009) constataram a presença aumentada de problemas de atenção, além de outras dificuldades, em crianças nascidas com muito baixo peso e pré-termo.

Apesar da maior vulnerabilidade para problemas comportamentais, especialmente para a hiperatividade, de crianças expostas ao fator de risco biológico relativo ao baixo peso ao nascer parecer um ponto já consagrado na literatura científica, conforme analisado nos estudos concordantes disponíveis, puderam ser verificadas investigações que apresentaram resultados divergentes.

Este foi o caso do estudo de Carvalho, Linhares e Martinez (2001), que ao avaliarem crianças em idade escolar, obtiveram resultados sugestivos de que, apesar de crianças com muito baixo peso ao nascer enfrentarem condições adversas já no início de seu desenvolvimento, não apresentaram qualquer comprometimento significativo em seu processo desenvolvimental quando comparadas às crianças nascidas com peso normal. Ressalta-se que tal pesquisa não utilizou o SDQ para a avaliação do comportamento e avaliou uma amostra consideravelmente menor em relação ao presente estudo, de modo que tais peculiaridades dificultam a realização de comparações.

Outro estudo a ser destacado é o de Sabet et al. (2009), que por sua vez, avaliaram uma coorte numerosa, composta de 1029 crianças em idade escolar. Também não confirmaram a associação entre o nascimento com baixo peso e os desfechos comportamentais desfavoráveis. Apesar das similaridades do presente estudo com o estudo citado, referentes à idade dos participantes e o contexto do desenvolvimento das crianças referente a países em desenvolvimento (África do Sul e Brasil, respectivamente), destaca-se que tal pesquisa comparou apenas crianças nascidas com baixo peso e com peso normal, não especificando subgrupos de crianças com muito baixo peso ao nascer, as quais, no presente estudo, apresentaram mais dificuldades.

Em concordância com o apontado por Correia (2011), a estratificação em cinco grupos de peso ao nascer parece ser capaz de detectar mais diferenças quanto aos indicadores de problemas comportamentais infantis do que a distribuição em duas categorias mais amplas. Considera-se, portanto, que uma das principais contribuições do presente estudo foi a

estratificação adotada, a qual possibilitou a diferenciação das crianças em grupos mais homogêneos, os quais reuniram intervalos de peso menores, permitindo uma melhor visualização do grupo no qual as dificuldades estavam concentradas.

No entanto, verificou-se que as discordâncias entre os resultados de estudos disponíveis na literatura são mais facilmente observadas quando da associação da condição de risco relativa ao baixo peso ao nascer à presença de problemas internalizantes e de depressão infantil. Serão apresentados a seguir, primeiramente, os estudos com os quais os dados do presente estudo foram concordantes, quando da maior vulnerabilidade de crianças com baixo peso ao nascer para sintomas emocionais e de crianças com muito baixo peso ao nascer para a depressão infantil e, posteriormente, os estudos com resultados divergentes.

Os estudos nacionais, já citados anteriormente nesta discussão, de Bordin, Linhares e Jorge (2001) e Linhares et al. (2001), ao investigarem a influência do baixo peso ao nascer para a presença de problemas comportamentais, consideraram os comportamentos internalizantes, detectando uma frequência elevada de dificuldades emocionais em crianças nascidas pré-termo e com muito baixo peso ao nascer, apesar da não identificação de diferenças com significância estatística, quando em comparação às crianças nascidas com peso normal. Em outro estudo também já mencionado, Saigal et al. (2003) observaram que, embora na avaliação realizada pelos próprios adolescentes não tenha sido verificada qualquer diferença significativa, na avaliação realizada pelos pais foram verificados escores significativamente mais elevados para a escala de depressão nos adolescentes nascidos com extremo baixo peso em comparação ao grupo controle. Como já abordado, as comparações com tais estudos devem ser cautelosas, considerando as diferenças dos instrumentos utilizados, do tamanho da amostra e das idades dos participantes.

Apesar de realizada com adolescentes, na investigação de Patton et al. (2004) também foi verificada uma probabilidade duas vezes maior para o desenvolvimento de depressão por adolescentes nascidos pré-termo e com baixo peso quando comparados aos adolescentes do grupo controle. Na mesma direção, o estudo de Rice et al. (2006) constatou a associação significativa entre o baixo peso ao nascer e os sintomas de depressão em crianças e adolescentes, sugerindo que quanto menor o peso ao nascer para a idade gestacional, mais sintomas depressivos foram verificados. Além da diferença de faixa etária dos participantes, ressalta-se que nenhum dos estudos utilizou o CDI para a avaliação dos indicadores de depressão.

O estudo de Colman et al. (2007), por sua vez, avaliou não somente adolescentes, mas também adultos, buscando examinar se o peso ao nascer se associaria aos perfis longitudinais de sintomas depressivos e ansiosos. Os autores observaram que o grupo com ausência de

sintomas apresentou, ao nascer, peso mais elevado, ao passo que o grupo com sintomas mais graves e recorrentes apresentou peso ao nascer mais baixo, sugerindo que fatores precoces estão associados a sintomas depressivos e ansiosos, mesmo em longo prazo.

Apesar das diferenças quanto às faixas etárias dos participantes avaliados nos estudos referidos, a confirmação da associação entre o baixo peso ao nascer e a presença de sintomatologia depressiva na adolescência e na vida adulta, reitera a necessidade de realização de investigações já na idade escolar. Tal avaliação teria o sentido de possibilitar uma melhor compreensão sobre o impacto dessa condição de risco e o curso da depressão ao longo do desenvolvimento, com vistas ao destaque da importância do reconhecimento e do acompanhamento adequado dos problemas emocionais que podem se manifestar precocemente e prejudicar o desenvolvimento posterior da criança.

Dentre os estudos que incluíram crianças em idade escolar em suas amostras, situa-se o de Nomura et al. (2007), que avaliou uma mesma coorte em quatro momentos da vida, dos 5 aos 20 anos de idade, e constatou um risco aumentado em duas a quatro vezes para depressão em nascidos com baixo peso em comparação aos nascidos com pesos classificados como médios e elevados, que corresponderiam aos grupos PI e PN do presente estudo. Além disso, os autores verificaram que os participantes nascidos com baixo peso apresentaram uma ocorrência mais frequente de transtornos psiquiátricos em idades mais precoces, entre os cinco e 15 anos, em comparação aos nascidos com peso normal, o que reafirma a necessidade de realização de estudos na fase escolar.

Costello et al. (2007) também avaliaram crianças e adolescentes e observaram que o baixo peso ao nascer foi preditor para a depressão, porém exclusivamente para as adolescentes do sexo feminino. De modo semelhante, Lieshout e Boylan (2010) investigaram as associações do nascimento de baixo peso com níveis aumentados de sintomas depressivos em crianças e adolescentes e verificaram que as meninas nascidas com baixo peso apresentaram significativamente mais sintomas depressivos nas idades de 11 a 13 anos.

Diferenças de gênero para o risco de depressão infantil também foram observados nos achados do estudo de Sabet et al. (2009), já descrito anteriormente, no qual não foram verificadas diferenças significativas entre as crianças nascidas com baixo peso em comparação às nascidas com peso normal, mas foram observadas significativamente mais queixas somáticas em meninas nascidas com baixo peso em comparação às meninas com peso normal ao nascer. Tal achado pode ser explicado por uma das hipóteses formuladas pelos autores, de que as queixas somáticas poderiam estar relacionadas à depressão infantil, mais frequente em adolescentes do sexo feminino.

Destaca-se que as diferenças de gênero relacionadas à depressão não foram objetivo de investigação do presente estudo, contudo não foram verificadas diferenças significativas quanto às distribuições percentuais conforme o sexo das crianças no grupo MBP.

Independentemente das possíveis diferenças de gênero, estudos de meta-análise também confirmaram a maior vulnerabilidade de crianças expostas à condição de risco de baixo peso ao nascer para a depressão. Na meta-análise de Aarnoudse-Moens et al. (2009) foram analisados diferentes efeitos do nascimento muito prematuro e do muito baixo peso ao nascer para o desenvolvimento das crianças. Os autores verificaram, dentre outras dificuldades, a presença de mais problemas comportamentais internalizantes em crianças nascidas prematuras e com muito baixo peso em comparação aos respectivos grupos controles. Em outro estudo de meta-análise, Burnett et al. (2011), constataram, por meio dos estudos analisados, a presença de riscos aumentados para a depressão e ansiedade em escolares, adolescentes e adultos nascidos com baixo peso ou pré-termo.

Embora os achados do presente estudo tenham se mostrado concordantes com a maioria dos estudos analisados, no que se refere à associação do baixo peso ao nascer à presença de mais indicadores de problemas internalizantes, especialmente a depressão, verificou-se estudos prévios com resultados divergentes. Foi o caso do já mencionado estudo de Breslau e Chicoalt (2000), que ao avaliar uma coorte de crianças, da mesma idade das crianças do presente estudo, verificaram a associação do baixo peso ao nascer à presença de mais problemas de atenção e de problemas externalizantes, mas não constataram a influência desse fator de risco biológico para os problemas internalizantes. Ressalta-se que tal estudo diferenciou as crianças em dois grupos de peso ao nascer, de modo que, por ser esse um critério mais abrangente, pode agrupar crianças de modo mais heterogêneo, e, conseqüentemente, dificultar a detecção de algumas diferenças. Além disso, as divergências entre os resultados podem advir da dificuldade de comparação entre estudos de coorte realizados em diferentes países, uma vez que, segundo a própria definição conceitual, conforme Papalia et al. (2006), nesse tipo de estudo são comparados os efeitos ao longo do tempo de certo fator de risco ou proteção para os grupos expostos em comparação aos grupos não expostos, mas que experimentaram as mesmas influências sociais, econômicas, políticas, culturais e históricas, que seguramente podem variar de um país para outro.

Também em estudo transversal de Linhares et al. (2005), foram comparados indicadores comportamentais e emocionais de crianças nascidas prematuras e com muito baixo peso às crianças nascidas a termo, e apesar de terem sido verificados mais problemas comportamentais do espectro externalizante, não foram observadas diferenças entre os grupos

quanto aos aspectos emocionais. Tais divergências podem ser em parte explicadas pelas diferenças entre a investigação citada e o presente estudo, pois se trata de estudo transversal, realizado com um menor número de participantes e com a utilização de instrumento distinto, além da combinação das condições de risco, baixo peso e prematuridade.

Nesse sentido, de maneira geral, apesar das concordâncias dos achados do presente estudo com a grande maioria dos trabalhos descritos, ressalta-se a necessidade de cuidados quando das comparações entre os mesmos, pois, dentre outros motivos, avaliaram a depressão infantil com instrumentos distintos, uma vez que não foram encontradas publicações, nacionais ou internacionais, acerca da vulnerabilidade para a depressão infantil em crianças nascidas com baixo peso, com a utilização do mesmo instrumento do presente estudo, o Inventário de Depressão Infantil (CDI), escolhido por apresentar propriedades psicométricas aferidas para o contexto brasileiro e ser amplamente citado na literatura internacional. Além disso, no que se refere à literatura científica nacional, até o momento, até onde conseguimos verificar, não foram identificados estudos referentes à investigação da associação do baixo peso ao nascer e o risco aumentado para depressão infantil em escolares.

Tais considerações reafirmam a necessidade de realização de mais estudos, especialmente em âmbito nacional, que abordem essa temática, o que ressalta a relevância das possíveis contribuições do presente estudo, especialmente por avaliar crianças mais jovens em comparação a faixa etária da adolescência, em que a depressão, independentemente da condição de nascimento, já foi mais demonstrada.

Dando continuidade ao proposto para esta discussão, a seguir são apresentadas considerações sobre a segunda hipótese formulada para esse estudo.

5.2. Os indicadores de dificuldades comportamentais relatados pelos pais, especialmente os sintomas emocionais, apresentaram associação com os indicadores de depressão infantil relatados pelas crianças?

A segunda hipótese formulada, de acordo com a literatura revisada, referiu-se à associação dos indicadores de dificuldades comportamentais, especialmente os sintomas emocionais, relatados pelos pais, em relação aos indicadores de depressão, relatados pelas crianças, em cada um dos grupos de peso ao nascer. Para a investigação dessa hipótese, foi cumprido o segundo objetivo específico desse estudo, de verificar as possíveis associações

entre os indicadores comportamentais relatados pelos pais por meio do SDQ, e os indicadores de depressão relatados pelas próprias crianças por meio do CDI.

Diante dos achados observados, considerou-se que essa hipótese foi parcialmente confirmada, uma vez que a associação entre os indicadores de sintomas emocionais e os indicadores de depressão infantil foi verificada apenas para o grupo BP. Contudo, foram observadas associações entre os indicadores de depressão infantil e os indicadores de problemas comportamentais gerais para todos os grupos de peso ao nascer, com exceção do grupo MBP.

Conforme os resultados obtidos, para o grupo BP, as crianças que se avaliaram com escores mais elevados de indicadores de sintomatologia depressiva, ao serem avaliadas pelos pais apresentaram escores também mais elevados de sintomas emocionais e dificuldades comportamentais gerais. A associação entre os indicadores de sintomas emocionais e os indicadores de depressão infantil para as crianças do grupo BP, pode estar relacionada ao fato de que, embora sem diferença significativa, esse grupo apresentou maior percentual de meninas que os grupos MBP e PN. A literatura disponível aponta que as meninas tendem a apresentar mais sintomas depressivos que os meninos, bem como que os pais identificam mais sintomas depressivos em crianças do sexo feminino. Além disso, cabe lembrar que, no grupo BP, observou-se a sobreposição de fatores de risco, uma vez que além da condição de baixo peso ao nascer, a maioria dessas crianças nasceu pré-termo (56,7%) e pequena para a idade gestacional (67,5% - frequência maior em relação a todos os outros grupos de peso ao nascer, inclusive o MBP). Neste grupo vulnerável, tais indicadores de sintomas emocionais podem corresponder a uma das formas de manifestação das dificuldades comportamentais gerais.

Tanto no grupo BP, como nos grupos PI, PN e MAP, as crianças que se avaliaram com escores mais elevados de sintomatologia depressiva, quando avaliadas pelos pais, apresentaram escores mais elevados de dificuldades comportamentais gerais. Ao analisar tal dado pode se pensar que a sintomatologia depressiva percebida pelas crianças pode ter sido identificada pelos pais como a presença de dificuldades comportamentais com especificações e manifestações diversas.

Discordâncias entre os relatos dos pais e das crianças também foram verificadas nos estudos revisados. As discrepâncias de relato observadas no presente estudo foram semelhantes, por exemplo, as verificadas na investigação de Saigal et al. (2003), em que, com base nas autoavaliações, não foram verificadas diferenças entre os adolescentes nascidos com extremo baixo peso quando comparados aos adolescentes do grupo controle, porém os pais dos adolescentes nascidos com extremo baixo peso relataram escores mais elevados para a

hiperatividade e a depressão quando comparados aos pais dos adolescentes do grupo controle. Além disso, quanto às díades pai-adolescente, os autores observaram que os adolescentes de ambos os grupos relataram escores significativamente mais elevados que seus pais. Tais resultados encontram respaldo nas considerações de que as crianças tendem a relatar mais sintomas, porém percebem menor impacto de seu comportamento que os pais, o que sugere a tendência das crianças de se autoavaliarem considerando a sua percepção referente ao momento da avaliação, enquanto os pais tendem a referir sintomas mais gerais, percebidos ao longo do tempo (Van Roy et al., 2010).

Outro estudo que observou divergência de relato foi o de Dahl et al. (2006), no qual, do ponto de vista dos pais, adolescentes nascidos com muito baixo peso apresentaram mais problemas comportamentais e emocionais e menor competência social que o grupo normativo de adolescentes. Sob a visão dos próprios adolescentes nascidos com muito baixo peso, no entanto, foram relatados menos problemas e maior ou similar competência em relação ao grupo nascido com peso normal. Estes achados confirmaram a necessidade de consideração das diferenças de percepção dos informantes, pois, segundo Vanderbilt e Gleason (2010), os pais avaliam a criança tendo por referência a percepção do adulto em relação à vulnerabilidade do filho, comparativamente a outras crianças, ao passo que as próprias crianças levam em conta os padrões comportamentais como os percebem para si mesmas.

Os achados do presente estudo, referentes à associação entre os relatos de mais indicadores de depressão infantil e de mais problemas comportamentais gerais, são concordantes com o estudo de Zukauskienė et al. (2004), que sugere que, a aparente falta de concordância dos relatos dos pais quanto aos problemas internalizantes dos filhos, pode estar relacionada à frequente co-ocorrência de problemas internalizantes e externalizantes em crianças, caracterizando a comorbidade de transtornos ou refletindo que alguns sintomas externalizantes, como a dificuldade de atenção, podem se fazer presentes também nos problemas internalizantes.

Tais resultados são, ainda, concordantes com as considerações de Achenbach (1992), de que os problemas internalizantes são, com frequência, menos percebidos pelos pais que pelas próprias crianças, por serem mais restritos ao seu mundo interno e, portanto, menos observáveis, enquanto os problemas externalizantes, são mais facilmente reconhecidos pelos pais, por serem mais visíveis. Nesse sentido, é possível que apenas parte dos sintomas apresentados pelas crianças, os mais perceptíveis, tenham sido identificados pelos pais, de modo a serem relatados como dificuldades comportamentais gerais.

Com relação ao grupo MBP, não foi observada nenhuma correlação significativa, o que chama a atenção dadas as dificuldades observadas nesse grupo de peso ao nascer. Porém, pode se pensar em algumas considerações, como as que são relatadas a seguir.

Levando-se em conta que o grupo MBP, conforme já referido, caracteriza um grupo exposto a múltiplos riscos, uma vez que 95,7% de suas crianças nasceram prematuras, 52,2% nasceram pequenas para a idade gestacional, 65,0% apresentaram problemas pulmonares após o nascimento e significativamente mais crianças (13,6%) não foram amamentadas no peito e não tiveram acesso ao banco de leite, parece plausível que, conforme apontam Vanderbilt e Gleason (2010), devido às experiências perinatais, os pais podem se tornar mais vigilantes quanto à vulnerabilidade potencial dessas crianças e mais sensíveis aos possíveis sintomas, ao passo que as crianças, sobreviventes ao nascimento de baixo peso, podem apresentar um senso de resiliência e ter sua percepção reduzida quanto a uma possível sintomatologia. Desse modo, as percepções contrastantes podem ter dificultado a identificação de qualquer associação. Além disso, destaca-se que o grupo MBP corresponde a um grupo reduzido de crianças (n=23), o que sugere que tais resultados devem ser considerados e analisados com cautela.

Faz-se necessário lembrar que, no presente estudo, a investigação da concordância entre os informantes se deu a partir de relatos obtidos por meio de instrumentos distintos de avaliação sistemática (SDQ x CDI), diferindo da grande maioria dos trabalhos disponíveis na literatura, que investigaram as possíveis divergências de relato utilizando as diferentes versões de um mesmo instrumento. Nesse sentido, as diferenças inerentes aos instrumentos de rastreamento utilizados e correlacionados no presente estudo também precisam ser consideradas, uma vez que podem ter concorrido para as discordâncias de dados verificadas.

Retomando as características dos instrumentos, pode se perceber isso com mais clareza. O SDQ avalia a presença ou ausência de indicadores comportamentais, por meio das cinco escalas, que são: a de sintomas emocionais, de problemas de conduta, de hiperatividade, de problemas de relacionamento com colegas e de comportamento pró-social (Goodman, 2001). A escala de sintomas emocionais possui itens voltados para o rastreamento tanto de sintomas depressivos, como de sintomas ansiosos, abordando as alterações somáticas e de humor destas manifestações. De modo distinto, o CDI avalia, especificamente, a presença ou ausência de sintomas depressivos, por meio do rastreamento de alterações afetivas, de humor, da capacidade de sentir prazer, das funções vegetativas, de autoavaliação e de condutas interpessoais (Kóvacs, 1983).

A concordância limitada entre as fontes de informação não pressupõe a ausência de julgamento válido para nenhum dos informantes, indicando apenas perspectivas diferentes, o que destaca a importância das possíveis contribuições do presente estudo, especialmente por incluir tanto o relato dos pais quanto o das crianças, enfatizando a relevância da avaliação de indicadores de dificuldades infantis, a partir de diferentes olhares, visando à obtenção de resultados mais consistentes e fidedignos.

Dando prosseguimento ao proposto para esta discussão, a seguir são apresentadas considerações sobre a terceira hipótese formulada para esse estudo.

5.3. Nos grupos estratificados pela variável peso ao nascer, as variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas mais negativas se associaram à presença de mais indicadores de problemas comportamentais e de depressão infantil?

Considerando que, sob a perspectiva da psicopatologia do desenvolvimento, as interações entre fatores de risco biológicos e fatores de risco ambientais podem estabelecer situações de múltiplos riscos, nas quais um fator agrava o outro, aumentando a probabilidade de prejuízos ao desenvolvimento infantil, formulou-se a terceira hipótese do presente estudo. Tal hipótese referiu que as variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas consideradas como risco, segundo a literatura, se associariam à presença de mais indicadores de problemas comportamentais e de depressão infantil.

Para a obtenção de dados que pudessem permitir analisar essa hipótese, cumpriu-se o terceiro objetivo do presente estudo, que foi o de comparar os indicadores comportamentais e de depressão infantil, em cada um dos cinco grupos de peso ao nascer, tendo por eixo as variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, dicotomizadas em condições contrastantes, visando verificar dentro de cada grupo, como condições reconhecidas como de risco concorreram para as manifestações de dificuldades apresentadas pelas crianças. Os resultados obtidos confirmaram a citada hipótese, uma vez que as variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas associaram-se à presença de mais indicadores, principalmente, de problemas comportamentais.

Ressalta-se que as variáveis sociodemográficas foram as que apresentaram uma maior influência para a presença de mais indicadores de problemas comportamentais, sendo que a única variável, para a qual não foram observadas diferenças com significância estatística, foi o

estado civil da mãe. As variáveis clínicas e biológicas apresentaram influência consideravelmente menor quanto à presença de indicadores de problemas comportamentais e de depressão infantil, sendo que apenas duas associações, relacionadas a uma variável biológica e a uma variável clínica, foram observadas quanto à presença de mais indicadores de depressão.

Esses achados evidenciaram a influência da interação entre os fatores de risco ambientais, especialmente os referentes a aspectos sociodemográficos, e a condição de risco biológico relativa ao nascimento com baixo peso, associada à presença de mais indicadores de problemas comportamentais. Nesse sentido, aponta-se para a importância da compreensão do papel destas variáveis, no que diz respeito ao agravamento ou à minimização do risco biológico estudado. Para tanto, são discutidos a seguir aspectos concordantes e discordantes entre os dados do presente estudo e dos estudos da literatura revisada que incluíram a investigação da influência destas variáveis em seus delineamentos.

O estudo de revisão da literatura realizado por Msall e Park (2008) apontou, a partir dos estudos analisados, que os fatores ambientais referentes ao risco social (vizinhança violenta, moradias com muitas pessoas, entre outros), ao capital familiar (educação parental, ocupação dos pais, entre outros) e ao status socioeconômico, se configuram como fatores chave que contribuem tanto para o manejo de recursos como para os desfechos desenvolvimentais das crianças nascidas em condições de risco biológico. Segundo essa revisão da literatura, os fatores ambientais apresentaram maior influência para a presença de problemas em crianças nascidas com muito baixo peso.

No presente estudo, verificou-se, no grupo MBP, a associação entre os fatores de risco ambientais referentes à menor qualificação da ocupação do pai ou chefe da família e ao maior número de moradores na mesma casa e a presença de mais problemas comportamentais gerais e mais problemas de relacionamento com colegas. Contudo, esse grupo de peso ao nascer foi o que apresentou o menor número de diferenças, com significância estatística, referentes às variáveis estudadas, o que chama atenção por corresponder ao grupo de crianças com mais indicadores de dificuldades em comparação a todos os outros grupos. E apesar de caracterizar um grupo exposto a múltiplos riscos, devido ao maior número de crianças nascidas pré-termo e PIG, com problemas pulmonares e que não tiveram acesso ao leite materno, não foi verificada nenhuma associação relacionada às variáveis biológicas e clínicas. Tais achados sugerem a maior influência do fator de risco relativo ao nascimento com muito baixo peso, em comparação aos demais fatores de risco para esse grupo de crianças, apontando para a homogeneidade dos participantes e a relevância de tal condição.

No outro extremo, em termos de categorias de peso ao nascer, o grupo MAP, também apresentou um pequeno número de diferenças, com significância estatística, referentes às variáveis estudadas. Quanto às variáveis sociodemográficas, foram observadas associações entre a variável relativa à menor escolaridade do pai ou chefe de família e a presença de mais indicadores de problemas comportamentais gerais e de sintomas emocionais, e entre a variável relativa ao maior número de moradores na mesma casa e a presença de mais indicadores de problemas comportamentais gerais e de hiperatividade. Em relação às demais variáveis, apenas o sexo feminino apresentou associação à presença de mais indicadores de problemas de relacionamento com colegas, o que pode ser considerado discordante dos achados disponíveis na literatura, os quais referem a associação da presença de mais problemas externalizantes ao sexo masculino (Kelly et al., 2001; Saigal et al., 2003; Dahl et al., 2006). Esta divergência precisa ser vista com cautela, dado o reduzido número de meninas que compuseram o grupo MAP da coorte estudada (quatro meninas).

Apesar do crescente número de estudos que têm considerado o muito alto peso ao nascer como uma condição de risco (Wei et al., 2003; Harder et al., 2007; Bersani et al., 2007; Herva et al., 2008; Wegelius et al., 2011), no presente estudo, observou-se que o grupo MAP caracterizou o grupo com mais fatores de proteção, uma vez que a maioria das mães e dos pais apresentaram maior escolaridade e a maioria das crianças foram incluídas nas classes econômicas mais favorecidas, o que pode explicar a menor influência das variáveis, consideradas como risco, estudadas.

Nos outros grupos de peso ao nascer do presente estudo - BP, PI e PN - foram verificadas associações de todas as variáveis sociodemográficas, com exceção da relativa à situação conjugal da mãe, aos indicadores comportamentais gerais, na maioria dos casos, acompanhados dos indicadores de sintomas emocionais, de hiperatividade e de problemas de relacionamento com colegas.

No grupo BP, assim como nos outros grupos de peso ao nascer, a maioria das associações verificadas relacionaram-se às variáveis sociodemográficas. Foram observadas associações entre as variáveis relativas à menor escolaridade das mães e todos os indicadores comportamentais estudados, à classe econômica menos favorecida e a presença de mais indicadores de problemas comportamentais gerais e de sintomas emocionais, e à menor escolaridade do pai, menor ocupação do chefe da família e o maior número de moradores na casa, em relação à presença de mais indicadores de problemas comportamentais gerais.

Tais achados são concordantes aos resultados de vários estudos revisados, que, ao investigarem os efeitos da condição de risco relativa ao baixo peso ao nascer, incluíram a

investigação da influência dos fatores ambientais, especialmente dos fatores socioeconômicos, em seus delineamentos. Segundo Msall e Park (2008), o status socioeconômico menos favorecido, consiste em um fator de risco de extrema relevância, pois contribui para o desencadeamento de uma série de adversidades, incluindo-se outros fatores ambientais, como a menor escolaridade parental e a ocupação menos qualificada dos pais.

Nesse sentido, o papel do fator socioeconômico foi investigado por Kelly et al. (2001), o qual objetivou investigar os efeitos do peso ao nascer e dos fatores sociais sobre os desfechos comportamentais infantis. Os resultados do referido estudo indicaram que o peso ao nascer foi um preditor significativo de elevados escores de hiperatividade, problemas de relacionamento com os pares e problemas comportamentais gerais, sendo tais efeitos do baixo peso ao nascer influenciados pelos fatores sociais. A influência dos fatores socioeconômicos quanto à presença de mais problemas comportamentais gerais em crianças com baixo peso verificada no presente estudo pode ser considerada concordante com o estudo citado, embora a análise realizada não tenha sido específica para o valor de predição das variáveis. Destaca-se como similaridades, que o estudo também utilizou o SDQ e avaliou crianças em idade escolar. No entanto, tal estudo não encontrou concordância quanto à influência do fator socioeconômico para a presença de mais indicadores de sintomas emocionais.

No estudo de Saigal et al. (2003), também foram incluídas variáveis ambientais em seu delineamento, de modo que os autores realizaram uma análise para a identificação dos valores de predição das mesmas. Dentre as variáveis que foram verificadas como preditoras significativas para a presença de indicadores de hiperatividade e de depressão, relatados pelos pais, identificou-se o status socioeconômico. Porém, o referido estudo investigou a condição de risco biológico relativo ao nascimento com extremo baixo peso em adolescentes. Em estudo semelhante, Conrad et al. (2010) verificou a influência do nível socioeconômico para a presença de mais indicadores comportamentais, tais como os problemas de atenção e os sintomas depressivos e ansiosos em crianças com extremo e com muito baixo peso ao nascer. Apesar dos indicadores do presente estudo serem semelhantes aos dos estudos citados, para os quais foram verificadas influências do nível socioeconômico, particularmente no que se refere aos indicadores de sintomas emocionais, destaca-se que em tais investigações foram pesquisadas as condições de risco biológico relativas ao extremo e ao muito baixo peso ao nascer, e não ao baixo peso ao nascer. No entanto, pode se pensar tratar-se de uma tendência à presença de tal associação.

Outro estudo que incluiu a investigação da influência dos fatores socioeconômicos em seu delineamento foi o de Breslau e Chicoalt (2000). Os autores verificaram a associação

entre o baixo peso ao nascer e os problemas de atenção em crianças em condição de desvantagem socioeconômica, o que sugeriu a interação entre a vulnerabilidade biológica referente ao nascimento de baixo peso e o risco ambiental associado à desvantagem socioeconômica. Todavia, tal desvantagem não demonstrou mediar os efeitos do baixo peso ao nascer quanto à presença de problemas de comportamento externalizantes. Achados similares foram obtidos no estudo de Bohnert e Breslau (2008), que avaliaram crianças em condições socioeconômicas contrastantes, para observar a possível influência dos fatores socioeconômicos para os desfechos comportamentais. Os autores verificaram mais problemas de atenção em crianças nascidas com baixo peso e em condição de desvantagem social, mas não observaram a influência da interação de tal condição com o baixo peso ao nascer para a presença de mais problemas de comportamento internalizantes e externalizantes. Embora os estudos citados também tenham evidenciado a interação dos fatores socioeconômicos com a condição de baixo peso ao nascer, os achados do presente estudo diferiram quanto aos comportamentos estudados, uma vez que, nos estudos referidos, foram verificadas influências apenas relativas aos problemas de atenção, e não quanto aos problemas internalizantes (sintomas emocionais) ou externalizantes (problemas comportamentais gerais e problemas de relacionamento com colegas).

Além dos estudos empíricos, estudos de revisão da literatura, como os de Hayes e Sharif (2009) e de Vanderbilt e Gleason (2010) também analisaram o papel dos fatores socioeconômicos. A partir dos estudos analisados, os autores verificaram que o baixo peso ao nascer e o nascimento pré-termo associaram-se a uma maior vulnerabilidade para vários efeitos adversos ao desenvolvimento infantil, especialmente quando acompanhados de fatores relativos à desvantagem socioeconômica.

Apesar de todos os estudos referidos terem incluído a investigação das interações entre os fatores socioeconômicos e o peso ao nascer, ressalta-se que, além das divergências já mencionadas, devem ser consideradas as diferenças quanto ao que se adotou como fator socioeconômico, devido às diferentes classificações socioeconômicas possíveis de serem utilizadas nos distintos países, nos quais os estudos foram desenvolvidos.

No presente estudo, outras variáveis sociodemográficas que se apresentaram associadas à presença de mais indicadores comportamentais no grupo BP, foram as relativas à menor escolaridade da mãe, à menor escolaridade do pai, à ocupação do pai ou chefe da família menos qualificada e ao maior número de moradores na casa. Poucos foram os estudos revisados que incluíram tais variáveis, assim especificadas, em seu delineamento, possivelmente por estarem relacionadas ao fator socioeconômico, uma vez que esse contribui

para a presença de uma série de outros fatores de risco ambientais. Apesar disso, alguns autores têm conferido destaque à variável relacionada à educação dos pais, especialmente da mãe, pois se configura como um elemento da trajetória de desenvolvimento da criança, que pode atuar tanto como potencializador do risco, quanto como protetor do desenvolvimento infantil (Sameroff & Fiese, 2005; Masten & Gerwitz, 2006).

O estudo de Saur (2012), realizado com a mesma coorte de crianças do presente estudo, ao realizar uma análise de predição, verificou que a variável sociodemográfica relativa ao maior número de moradores na mesma casa também foi preditora para os desfechos comportamentais, além da menor escolaridade da mãe e da classe econômica menos favorecida. A autora indicou que a natureza do conceito de número de moradores residentes na mesma casa encontra-se associada a questões voltadas para a qualidade de vida e para as condições econômicas, uma vez que algumas famílias, ao abrigarem parentes próximos em suas casas, têm por finalidade a redução de gastos financeiros. Assim, o maior número de pessoas na casa pode sugerir dificuldades socioeconômicas, podendo atuar como uma condição de risco, de maneira semelhante ao risco socioeconômico.

Com relação à variável relativa à ocupação do pai ou chefe da família, não foram verificados, dentre os estudos revisados, achados sobre sua influência. Todavia, assim como a variável referente ao número de moradores na casa, as ocupações menos qualificadas podem sugerir dificuldades socioeconômicas, devido às remunerações mais baixas, podendo também sugerir dificuldades socioeconômicas.

Ressalta-se que nenhuma variável sociodemográfica apresentou associação com a presença de mais indicadores de depressão infantil. Tal dado parece condizente com os estudos apresentados anteriormente, os quais não verificaram influência dos fatores socioeconômicos em relação aos problemas internalizantes (Breslau & Chocalt, 2000; Kelly et al., 2001; Bohnert & Breslau, 2008). Mas divergiu dos achados dos já mencionados estudos de Saigal et al. (2003) e Conrad et al. (2010), que verificaram a influência do fator socioeconômico para a presença de mais indicadores de sintomas depressivos, porém para crianças nascidas com extremo e com muito baixo peso.

Cabe destacar que apenas no grupo BP, duas variáveis, sendo uma relativa ao nascimento pré-termo e outra à ausência de amamentação, apresentaram associações à presença de mais indicadores de depressão infantil. Pode se pensar em tal variável como um fator de proteção ao desenvolvimento infantil, especialmente o emocional, de modo que com sua ausência pode-se hipotetizar que as crianças podem ter ficado mais expostas às condições de risco relativas à ausência de proximidade com a mãe, essencial para o início do

desenvolvimento. Outra variável clínica que apresentou associação, no grupo BP, foi a presença de complicações respiratórias na infância em relação à presença de mais indicadores de hiperatividade. Os estudos de revisão da literatura de Hayes e Sharif (2009) e Vanderbilt e Gleason (2010), verificaram, a partir dos estudos analisados, que o baixo peso ao nascer e o nascimento pré-termo, estão associados a um maior risco para a presença de problemas comportamentais e emocionais, especialmente quando acompanhados, além dos fatores socioeconômicos desfavoráveis, de fatores de risco clínico.

No grupo BP, do presente estudo, foi verificado, ainda, a associação da variável biológica relativa ao nascimento PIG à presença de mais indicadores de problemas comportamentais gerais e de sintomas emocionais. Tais dados encontraram respaldo nos achados do estudo de Raikkonen et al. (2008), o qual verificou que o nascimento com baixo peso e com tamanho pequeno para a idade gestacional associou-se à maior vulnerabilidade para a presença de sintomatologia depressiva. Apesar da semelhança, destaca-se que, além de tal estudo ter utilizado instrumento diferente do presente estudo, avaliou jovens adultos, e não crianças em idade escolar, contudo esse dado pode indicar uma tendência à presença dessa associação.

Com relação ao grupo PI, esse foi o grupo de peso ao nascer, no qual foi observado o maior número de associações. Todas as variáveis sociodemográficas, com exceção da relativa ao estado civil da mãe, apresentaram-se associadas aos indicadores de problemas comportamentais gerais e aos problemas de relacionamento com colegas, sendo acompanhados, na maioria dos casos, dos indicadores de sintomas emocionais e de hiperatividade. No que se refere às variáveis clínicas, observou-se a associação da presença de complicações respiratórias na infância à presença de mais indicadores de problemas comportamentais gerais e de hiperatividade. Tais variáveis sociodemográficas e clínicas já foram abordadas anteriormente em relação ao baixo peso ao nascer.

Quanto às variáveis biológicas, verificou-se a associação do sexo feminino à presença de mais indicadores de sintomas emocionais no grupo PI. A presença de mais problemas internalizantes em meninas foi verificada em muitos estudos revisados. No estudo de Kelly et al. (2001), as crianças do sexo feminino apresentaram mais indicadores de sintomas emocionais, ao serem avaliadas pelo SDQ, como no presente estudo. Os estudos de Patton et al. (2004), Dahl et al. (2006), Costello et al. (2007) e Lieshout e Boylan (2010) verificaram mais sintomas depressivos para adolescentes do sexo feminino. Contudo, nos estudos citados, tais resultados foram verificados em meninas nascidas com baixo peso em comparação a

meninas nascidas com peso normal, portanto, em uma categorização mais geral, que a adotada no presente estudo.

O grupo PI refere-se a uma categoria pouco estudada separadamente, sendo encontrado, nos estudos revisados, agrupado às crianças nascidas com peso normal. Em vista disso, dentre as possíveis contribuições do presente estudo, destaca-se que a estratificação da coorte em cinco grupos de peso ao nascer adotada, possibilitou a identificação de peculiaridades dos grupos, em especial desse grupo, sendo verificada a maior influência das variáveis consideradas como risco, principalmente as sociodemográficas, para as crianças nascidas com peso insuficiente. Tal dado mostra que, nessa condição caracterizada como uma situação limite à normalidade, do ponto de vista do risco biológico relativo ao peso ao nascer, a presença de mais adversidades referentes às variáveis sociodemográficas apresentou-se como potencializadora das dificuldades, chamando a atenção para as peculiaridades desse grupo.

Com relação ao grupo PN, também se observou um número considerável de associações referentes, principalmente, às variáveis sociodemográficas em relação aos indicadores comportamentais. A única variável clínica, para a qual se observou uma associação, foi a relativa à ausência de amamentação em relação à presença de mais indicadores de sintomas emocionais. E a única variável biológica, que apresentou associação nesse grupo, foi a referente ao sexo masculino, em relação à presença de mais problemas comportamentais gerais e hiperatividade. Como já abordado anteriormente, a literatura aponta a ocorrência de mais problemas externalizantes e de hiperatividade em meninos. Destaca-se, novamente, que as associações das variáveis sociodemográficas à presença de mais dificuldades comportamentais, quando da ausência da variável de risco biológico, peso ao nascer, coloca em foco a necessidade de se considerar as múltiplas variáveis que influenciam o comportamento das crianças.

De maneira geral, os achados do presente estudo relacionados às variáveis sociodemográficas, ressaltaram a importância de se considerar as possíveis influências de outros fatores, principalmente os ambientais, quando se estuda a condição de risco relativa ao baixo peso ao nascer, uma vez que a interação entre os diversos fatores de risco e de proteção podem atuar no sentido de agravar ou minimizar os efeitos deste risco biológico. Além disso, tais dados destacaram a relevância do delineamento referente à estratificação em grupos de peso mais específicos, e consequentemente, mais homogêneos, com a finalidade de se identificar e se compreender as peculiaridades e necessidades de cada grupo de peso ao nascer.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para finalizar o estudo, são abordados os principais resultados, tendo como eixo as hipóteses e os objetivos formulados.

No presente estudo, foram formuladas três hipóteses norteadoras. A primeira delas foi a de que as crianças com baixo peso ao nascer apresentariam mais indicadores de problemas comportamentais e de depressão infantil, na idade escolar, quando comparadas às crianças nascidas com peso normal. Tal hipótese vinculou-se ao objetivo geral e ao primeiro objetivo específico relativos à comparação das características biológicas, clínicas e sociodemográficas, e dos indicadores de dificuldades comportamentais e de depressão infantil das crianças da coorte estratificada em cinco grupos de peso ao nascer. Diante dos resultados obtidos, considerou-se que tal hipótese foi confirmada, uma vez que se verificou uma maior vulnerabilidade das crianças do grupo MBP, as quais apresentaram significativamente mais dificuldades comportamentais referentes à hiperatividade e aos problemas de relacionamento com colegas, bem como mais indicadores de depressão infantil, em relação às crianças dos demais grupos de peso ao nascer, e uma maior vulnerabilidade das crianças do grupo BP, que mais indicadores de sintomas emocionais, quando comparadas às crianças nascidas com peso normal.

A segunda hipótese abordou a associação dos indicadores de dificuldades comportamentais, especialmente os sintomas emocionais, relatados pelos pais, em relação aos indicadores de depressão, relatados pelas crianças, em cada um dos grupos de peso ao nascer. Esta hipótese articulou-se ao segundo objetivo específico desse estudo, de verificar as possíveis associações entre os indicadores comportamentais relatados pelos pais por meio do SDQ, e os indicadores de depressão relatados pelas próprias crianças por meio do CDI. Com base nos dados verificados, considerou-se que tal hipótese foi parcialmente confirmada, pois a associação entre os indicadores de sintomas emocionais e os indicadores de depressão infantil foi observada apenas para o grupo BP. Porém, foram constatadas associações entre os indicadores de depressão infantil e os indicadores de problemas comportamentais gerais para todos os grupos de peso ao nascer, com exceção do grupo MBP, sugerindo-se que a sintomatologia depressiva relatada pelas crianças foi identificada pelos pais como a presença de dificuldades comportamentais com manifestações diversas.

A terceira hipótese referiu que as variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas consideradas mais negativas, segundo a literatura, se associariam à presença de mais indicadores de problemas comportamentais e de depressão infantil. Esta hipótese vinculou-se ao terceiro objetivo específico do presente estudo, que foi o de comparar os indicadores comportamentais e de depressão infantil, em cada um dos cinco grupos de peso ao nascer,

tendo por eixo as variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas, dicotomizadas em condições contrastantes. Frente aos resultados obtidos, considerou-se a confirmação da hipótese, uma vez que as variáveis biológicas, clínicas e, principalmente, sociodemográficas, identificadas como condições de risco, associaram-se à presença de mais indicadores de problemas, especialmente, comportamentais.

Constatou-se, assim, a maior vulnerabilidade das crianças expostas ao fator de risco biológico relativo ao muito baixo peso ao nascer para as dificuldades comportamentais, em particular a hiperatividade, e para a depressão infantil. Verificou-se ainda a influência relevante das variáveis sociodemográficas para as dificuldades apresentadas pelas crianças, quando da análise intragrupo. Ressaltou-se a relevância da influência de outras variáveis, especialmente as sociodemográficas, quando se investiga os efeitos da condição de risco biológico relativo ao nascimento com baixo peso. Destacou-se a importância da avaliação dos indicadores de problemas infantis por diferentes informantes visando a resultados mais consistentes. Verificou-se a relevância da adoção do critério de estratificação da coorte em cinco grupos de peso ao nascer, que por serem mais homogêneos, possibilitaram a identificação das peculiaridades de cada grupo de peso ao nascer, o que pode contribuir para a proposição de medidas preventivas e interventivas ajustadas às necessidades específicas de cada grupo.

Alguns limites desse estudo precisam ser analisados. Aponta-se, como um deles, o número pequeno de crianças que foram incluídas nos grupos MBP e MAP, em comparação aos outros grupos de peso ao nascer. Outra limitação se referiu à avaliação comportamental realizada por um único informante, os pais ou responsáveis. O mesmo pode ser referido quanto à avaliação da depressão infantil, a qual também foi realizada apenas por um informante, as crianças. Diferentes informantes, a saber, os pais, os professores e as crianças, poderiam fornecer, a partir das diferentes perspectivas, dados mais consistentes e fidedignos. Porém, isto não foi possível no presente estudo.

Ainda com relação às avaliações, no que se refere aos instrumentos utilizados, poder-se-ia adotar, com relação à avaliação do comportamento, além do SDQ respondido pelos pais, a versão apropriada para as crianças, e com relação à avaliação da depressão infantil, além do CDI respondido pelas crianças, poder-se-ia também utilizar outros instrumentos para a avaliação por meio dos pais ou professores. Considera-se que, no caso do SDQ, a utilização das versões para pais e para crianças, facilitaria a investigação da associação entre os indicadores sob o mesmo referencial teórico. Além disso, no que se refere às medidas biológicas e clínicas, as mesmas foram coletadas a partir dos prontuários e do relato

retrospectivo dos pais, o que guarda limites de confiabilidade quanto à memória e à modalidade de registro.

Ressalta-se, ainda, que as crianças participantes desse estudo, foram localizadas nas escolas, o que permite a consideração da amostra como mais protegida, uma vez que as crianças que conseguem frequentar regularmente a escola são, comumente, as que apresentam menos problemas.

Como possíveis desdobramentos do presente estudo, destacam-se, no que se refere às práticas em saúde mental infantil, a consideração do valor das variáveis sociodemográficas, influenciando fatores de risco reconhecidos, como é o caso do baixo peso ao nascer. Na proposição de práticas de saúde mental, afirma-se a necessidade de programas de intervenção que considerem tanto as dificuldades comportamentais externalizantes, como as internalizantes, tais como as dificuldades emocionais e os indicadores de depressão infantil.

Quanto aos desdobramentos relativos à realização de novas pesquisas, ressalta-se a relevância da avaliação dos indicadores de problemas infantis por múltiplos informantes, com versões dos instrumentos para pais, crianças e professores, uma vez que guardam o mesmo pressuposto teórico quanto aos relatos dos diferentes informantes. Destaca-se também a necessidade de realização de novos estudos longitudinais, que possam verificar a influência da condição de risco relativa ao nascimento com baixo peso para a presença de mais problemas comportamentais e de depressão infantil em etapas posteriores do desenvolvimento, verificando também os valores preditivos das variáveis, principalmente as sociodemográficas.

Destaca-se como contribuições do presente estudo, o tipo de delineamento adotado, uma vez esse estudo de coorte prospectivo permitiu verificar a influência do baixo peso ao nascer em longo prazo, e a estratificação da coorte em cinco grupos de peso ao nascer, permitiu a identificação das peculiaridades de cada grupo, especialmente as referentes ao grupo PI, o qual é pouco estudado separadamente, sendo comumente incorporado ao grupo de crianças nascidas com peso normal. Outra contribuição se relacionou à inclusão de variáveis biológicas, clínicas e sociodemográficas no delineamento da investigação, o que possibilitou uma visão mais integrada da influência de cada variável para cada grupo de peso ao nascer. Além disso, ressalta-se a importância do uso de instrumentos de rastreamento de fácil aplicação e aferidos para a população brasileira, como o SDQ e o CDI, que favoreceram a identificação dos indicadores de problemas comportamentais e de depressão infantil, bem como da avaliação da depressão já no período escolar, possibilitando a identificação precoce de dificuldades que comumente poderão se manifestar na adolescência, período de transição de desenvolvimento, tipicamente caracterizado por mais problemas.

7. REFERÊNCIAS

- Aarnoudse-Moens, C. S. H., Weisglas-Kuperus, N., Goudoever, J. B. V., & van Oosterlaan, J. (2009). Meta-analysis of neurobehavioral outcomes in very preterm and/or very low birth weight children. *Pediatrics*, 124(2), 717-728.
- Abernethy, L.J., Palaniappan, M., & Cooke, R. W. Quantitative magnetic resonance imaging of the brain in survivors of very low birth weight. *Archives of Disease in Childhood*, 87, 279-283.
- Albuquerque, R. C., Gagliardo, H. G. R. G., Lima, A. C. V. M., Guerra, M. Q. F., Rabelo, A. R. M., Cabral-Filho, J. E. (2009). Comportamento visuomotor de lactantes prétermo em el primer mes de vida: comparación entre las edades cronológica y corregida. *Revista de Neurología, Barcelona*, 48 (1), 13-16.
- Achenbach, T. M. (1992). Developmental psychopathology. In M. H. Bornstein & M. E. Lamb, *Developmental psychopathology: an advanced textbook* (pp. 629-676). New York, Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioral and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101, 213-32.
- Alexander, G. R., Himes, J. H., Kaufman, R. B., Mor, J., & Kogan, M. (1996). A United States national reference for fetal growth. *Obstetric Gynecology*, 87(2), 163-168.
- Anderson, P., & Doyle, L. W. (2008). Cognitive and educational deficits in children born extremely preterm. *Seminars in Perinatology*, 32, 51-58.
- Angelini, A. L., Alves, I. C. B., Custódio, E. M., Duarte, W. F., & Duarte, J. L. M. (1999). *Manual - Matrizes Progressivas Coloridas de Raven: escala especial*. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. (2008). *Questionário de Classificação Sócio-Econômico*. Retirado em 7 de janeiro de 2010, de: <http://www.abep.org/novo/CMS/Utils/FileGenerate.ashx?id=22>
- Bahls, S. C. (2002). Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. *Jornal de Pediatria*, 78(5), 359-366.
- Bear, L. M. (2004). Early identification of infants at risk for developmental disabilities. *Pediatric Clinics of North America*, 51, 685-701.
- Bee, H. (2003). *A criança em desenvolvimento*. Porto Alegre: Editora Artes Médicas.

- Bersani, G., Manuali, G., Ramieri, L., Taddei, I., Bersani, I., Conforti, F., Cattaruzza, M.S., Osborn, J., Pancheri, P., 2007. The potential role of high or low birth weight as risk factor for adult schizophrenia. *Journal of Perinatal Medicine* 35, 159-161.
- Bettiol, H., Barbieri, M. A., Gomes, U. A., Andrea, M., Goldani, M. Z., & Ribeiro, E. R. O. (1998). Saúde perinatal: metodologia e algumas características da população estudada. *Revista de Saúde Pública*, 32(1), 18-28.
- Bhutta, A.T., Cleves, M. A., Casey, P. H., Cradock, M. M., & Anand, K. J. (2002). Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *Journal of American Medicine Association*, 288(6), 728-737.
- Bohnert, K. M., & Breslau, N. (2008). Stability of psychiatric outcomes of low birth weight. *Archives of General Psychiatry*, 65(9), 1080-1086.
- Bordin, M. B. M. (2005). *Desenvolvimento Psicológico de crianças na fase escolar, diferenciadas quanto à gravidade do risco clínico neonatal*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Bordin, M. B. M., Linhares, M. B. M., & Jorge, S. M. (2001). Aspectos cognitivos e comportamentais na média meninice de crianças nascidas pré-termo e com muito baixo peso. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(1), 49-57.
- Bos, A. F. & Roze, E. (2011). Neurodevelopmental outcome in preterm infants. *Developmental Medicine and Child Neurology*, Oxford, 53(4), 35-39.
- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. 2000. Recuperado em 03 de dezembro de 2012, de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
- Brasil. Ministério da Saúde. Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC. 2010. Recuperado em 03 de dezembro de 2012, de <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
- Breslau, N., & Chilcoat, H. D. (2000). Psychiatric sequelae of low birth weight at 11 years of age. *Biological Psychiatry*, 47, 1005-1011.
- Burnett, A. C., Anderson, P. J., Cheong, J., Doyle, L. W., C. G. Davey, C. G. & Wood, S. J. (2011). Prevalence of psychiatric diagnoses in preterm and full-term children, adolescents and young adults: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 41, 2463-2474.

- Cambaúva, L. G., & Silva JR., M. C. (2005). Depressão e neoliberalismo: constituição da saúde mental na atualidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 25(4), 526-535.
- Cardoso, V. C., Simões, V. M. F., Barbieri, M. A., Silva, A. A. M., Bettiol, H., Alves, M. T. S. S. B., & Goldani, M. Z. (2007). Profile of three brazilian birth cohort studies in Ribeirão Preto, SP and São Luís, MA. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, 40(9), 1165-1176.
- Carvalho, A. E. V., Linhares, M. B. M., & Martinez, F. E. (2001). História de desenvolvimento e comportamento de crianças nascidas pré-termo e baixo peso (<1500g). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(1), 1-33.
- Cicchetti, D., & Toth, S. L. (1998). The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist*, 53, 221-241.
- Colman, I., Ploubidis, G. B., Wadsworth, M. E. J., Jones, P. B., & Croudace, T. J. (2007). A longitudinal typology of symptoms of depression and anxiety over the life course. *Biological Psychiatry*, 62, 1265-1271.
- Conrad, A. L., Richman, L., Lindgren, S., & Nopoulos, P. (2010). Biological and environmental predictors of behavioral sequelae in children born preterm. *Pediatrics*, 125, 83-89.
- Correia, S. K. B. (2011). *Cognição e comportamento de uma coorte de escolares estratificada pelo peso ao nascer: comparações e preditores*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Costello, E. J., Worthman, C., Erkanli, A., & Angold, A. (2007). Prediction from low birth weight to female adolescent depression: a test of competing hypotheses. *Archives of General Psychiatry*, 64(3), 338-344.
- Coutinho, M. P. L., Carolino, Z. C. G., & Medeiros, E. D. (2008). Inventário de Depressão Infantil (CDI): evidências de validade de constructo e consistência interna. *Avaliação Psicológica*, 7(3), 291-300.
- Cruvinel, M., Boruchovitch, E., & Santos, A. A. A. (2008). Inventário de Depressão Infantil (CDI): análise dos parâmetros psicométricos. *Fractal: Revista de Psicologia*, 20(2), 473-490.
- Cummings, E. M., Davies, P. T., & Campbell, S. B. (2000). What is Developmental Psychopathology? In E. M. Cummings, P. T. Davies & S. B. Campbell, *Developmental psychopathology and family process: theory, research and clinical implications* (pp. 17-34). New York, The Guilford Press.

- Dahl, L. B., Kaarensen, P. I., Tunby, J., Handegard, B. H., Kvernmo, S., & Ronning, J. A. (2006). Emotional, behavioral, social, and academic outcomes in adolescents born with very low birth weight. *Pediatrics*, 118, 449-460.
- Fleitlich, B., Cortázar, P. G., & Goodman, R. (2000). Questionário de capacidades e dificuldades (SDQ). *Infanto - Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência*, 8(1), 44-50.
- Fundação IBGE. (1994). *Censo demográfico 1991: resultados do universo relativos às características da população e dos domicílios*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Fundação IBGE. (2004). *Censo demográfico 2000- Malha municipal digital do Brasil: situação em 2001*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância. (2009). *Situação mundial da infância 2009 - Saúde Materna e Neonatal*. Brasília: UNICEF.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (2012). *Situação mundial da infância 2012 - Crianças em um mundo urbano*. Brasília: UNICEF.
- Gale, C. R., & Martyn, C. N. (2004). Birth weight and later risk of depression in a national birth cohort. *British Journal of Psychiatry*, 184, 28-33.
- Golfeto, J. H., Veiga, M. H., Souza, L., & Barbeira, C. (2002). Propriedades psicométricas do Inventário da Depressão Infantil (CDI) aplicado em uma amostra de escolares de Ribeirão Preto. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 29(2), 66-70.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(5), 581-586.
- Goodman, R. (2001). Psychometric Properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(11), 1337-1345.
- Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R. & Meltzer, H. (2000). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry*, 177, 534-539.
- Goulart, A. L. (2004). Assistência ao recém-nascido pré-termo. In B. I. Kopelman, A. M. N. Santos, A. L. Goulart, M. F. B. Almeida, M. H. Miyoshi, & R. Guinsburg, *Diagnóstico e Tratamento em Neonatologia* (pp. 17-24). São Paulo, Atheneu.

- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F., Gaião, A. A. (1995). Inventário de depressão infantil – CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(7), 345-349.
- Graminha, S. S. V., & Martins, M. A. O. (1997). Condições adversas na vida de crianças com atraso no desenvolvimento. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 30, 259-267.
- Greenley, R. N., Taylor, H. G., Drotar, D., Minich, N. M. (2007). Longitudinal relationships between early adolescent family functioning and youth adjustment: an examination of the moderating role of very low birth weight. *Journal of Pediatric Psychology*, 32, 453-462.
- Hack, M., Taylor, H. G., Schluchter, M., Andreias, L., Drotar, D. & Klein, N. (2009). Behavioral outcomes of extremely low birth weight children at age 8 years. *Journal of Developmental Behavioral Pediatric*, 30(2), 122-130.
- Hallak, L. R. L. (2001). *Estimativa da prevalência de sintomas depressivos em escolares da rede pública de Ribeirão Preto*. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Harder, T., Rodekamp, E., Schellong, K., Dudenhausen, J. W. & Plagemann, A. (2007). Birth Weight and Subsequent Risk of Type 2 Diabetes: A Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*, 165 (8), 849-857.
- Hayes, B., & Sharif, F. (2009). Behavioural and emotional outcome of very low birth weight infants: literature review. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 22(10), 849-56.
- Herva, A., Pouta, A., Hakko, H., Läksy, K., Joukamaa, M. & Veijola, J. (2008). Birth measures and depression at age 31 years: the Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *Psychiatry Research*, 160, 263-270.
- Ialongo, N. S., Rogosch, F. A., Cicchetti, D., Toth, S. L., Buckley, J., Petras, H., & Neiderhiser, J. (2006). A developmental psychopathology approach to prevention of mental health disorders. In D. Cicchetti, & D. J. Cohen. *Developmental psychopathology: theory and method* (vol. 1, pp. 968-1018). New Jersey, John Wiley & Sons.
- Indredavik, M. S., Vik, T., Evensen, K. A. I., Skranes, J., Taraldsen, G., & Brubakk, A. M. (2010). Perinatal risk and psychiatric outcome in adolescents born preterm with very low birth weight or term small for gestational age. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 31(4), 286-294.
- Kaufman, J. & Charney, D. S. (2000). Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 12, 69-76.

- Kelly, Y. J., Nazroo, J. Y., McMunn, A., Boreham, R., & Marmot, M. (2001). Birthweight and behavioural problems in children: a modifiable effect? *International Journal of Epidemiology*, 30, 88-94.
- Klein, V. C., & Linhares, M. B. M. (2006). Prematuridade e interação mãe-criança: revisão sistemática da literatura. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 277-284.
- Kolko, D. J., & Kazdin, A. E. (1993). Emotional/behavioral problems in clinic and nonclinic children: correspondence among child, parent and teacher reports. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 991-1006.
- Kóvacs, M. (1983). *The Children's Depression Inventory: a self-rated depression scale for school aged youngsters*. University of Pittsburg.
- Lieshout, R. J. V., & Boylan, K. (2010). Increased depressive symptoms in female but not male adolescents born at low birth weight in the offspring of a national cohort. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*, 55(7), 422-430.
- Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Bordin, M. B. M., Tomazatti, J., Martinez, F. E., & Jorge, S. M. (2001). Prematuridade e muito baixo peso ao nascer como fator de risco ao desenvolvimento da criança. *Cadernos de Psicologia e Educação – Paidéia*, 10(12), 60-69.
- Linhares, M. B. M., Bordin, M. B. M., & Carvalho, A. E. V. (2004). Aspectos do desenvolvimento psicológico da criança ex-prematura na fase escolar. In E. M. Marturano, M. B. M. Linhares & S. R. Loureiro, *Vulnerabilidade e Proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento escolar* (pp. 75-106). São Paulo, Casa do Psicólogo, FAPESP.
- Linhares, M. B. M., Martins, I. M. B., & Klein, V. C. (2004). Mediação materna como processo de promoção e proteção do desenvolvimento da criança nascida prematura. In E. M. Marturano, M. B. M. Linhares & S. R. Loureiro, *Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar* (pp. 39-74). São Paulo, Casa do Psicólogo, FAPESP.
- Linhares, M. B. M., Chimello, J. T., Bordin, M. B. M., Carvalho, A. E. V., & Martinez, F. E. (2005). Desenvolvimento psicológico na fase escolar de crianças nascidas pré-termo em comparação com crianças nascidas a termo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 109-117.
- Maggi, S., Irwin, L. G., Siddigi, A., Poureslami, I., Hertzman, E., & Hertzman, C. (2005). Knowledge network for early child development analytic and strategic review paper: international perspectives on early child development. Vancouver: The University of British Columbia. Retirado em 5 de junho de 2010, de: http://www.who.int/social_determinants/resources/ecd.pdf

- Martin, J. L., Ford, C. B., Dyer-Friedman, J., Tang, J., & Huffman, L. C. (2004). Patterns of agreement between parent and child ratings of emotional and behavioral problems in an outpatient clinical setting: when children endorse more problems. *Journal of Devl Behav Pediatrics*, 25, 150-155.
- Martínez-Cruz, C. F., Poblano, A., Fernández-Carrocerá, L. A., Jiménez-Quiróz, R. J., & Tuyú-Torres, N. (2006). Association between intelligence quotient scores and extremely low birth weight in school-age children. *Archives of Medical Research*, 37, 639-645.
- Marturano, E. M., & Loureiro, S. R. (2003). O desenvolvimento socioemocional e as queixas escolares. In A. Del Prette & Z. A. Del Prette, *Habilidades Sociais, Desenvolvimento e Aprendizagem. Questões conceituais, avaliação e intervenção* (pp. 259-292). Campinas, Alínea.
- Masten, A. S. (2006). Developmental psychopathology: pathways to the future. *International Journal of Behavioral Development*, 30(1), 47-54.
- Masten, A. S., & Gewirtz, A. H. (2006). Vulnerability and resilience in early child development. In K. McCartney & D. Phillips. *Blackwell Handbook of early childhood development* (pp. 22-43). United Kingdom, Blackwell Publishing.
- Medeiros, P. C. (2004). *Crianças com dificuldade de aprendizagem: vulnerabilidade e proteção associados ao comportamento, às autopercepções e ao suporte psicopedagógico*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Mendelson, T., Kubzansky, L. D., Datta, G. D. & Buka, S. L. (2008). Relation of female gender and low socioeconomic status to internalizing symptoms among adolescents: a case of double jeopardy? *Social Science and Medicine*, 66, 1284-1296.
- Meyer, C. M., Armenian, H. K., Eaton, W. W. & Ford, D. E. (2004). Incident hypertension associated with depression in the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 83, 127-133.
- Miller, M. (1996). Relevance of resilience to individuals with learning disabilities. *International Journal of Disability, Development and Education*, 43(3), 255-269.
- Msall, M. E. & Park, J. J. (2008). The spectrum of behavioral outcomes after extreme prematurity: regulatory, attention, social and adaptative dimensions. *Seminars of Perinatology*, 32, 42-50.
- Musselmann, D.L., Betan, E., Larsen, H. & Phillips, L.S. (2003). Relationship of depression to diabetes types 1 and 2: epidemiology, biology and treatment. *Biological Psychiatry*, 54, 317-329.

- Nomura, Y., Wickramaratne, P. J., Pilowsky, D. J., Newcorn, J. H., Bruder, B., Davey, C., Fifer, W. P., Brooks-Gunn, J., & Weissman, M. M. (2007). Low birth weight and risk of affective disorders & selected medical illness in offspring at high and low risk for depression. *Comprehensive Psychiatry*, 48(5), 470-478.
- Organização Mundial da Saúde (1994). *CID-10: Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. São Paulo, EDUSP.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2000). *Desenvolvimento Humano*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Patton, G. C., Coffey, C., Carlin, J. B., Olsson, C. A., & Morley, R. (2004). Prematurity at birth and adolescent depressive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 184, 446-447.
- Primi, R., Muniz, J., & Nunes, C. H. S. S. (2009). Definições contemporâneas de validade de testes psicológicos. In C. S. Hutz (Org.). *Avanços e polêmicas em avaliação psicológica* (pp. 243-265). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Raikkonen, K., Pesonen, A. K., Heinonen, K., Kajantie, E., Hovi, P., Jarvenpaa, A. L., Eriksson, J. G., & Andersson, S. (2008). Depression in young adults with very low birth weight - the Helsinki study of very low-birth-weight adults. *Archives of General Psychiatry*, 65(3), 290-296.
- Rice, F., Harolds, G. T., & Thapar, A. (2006). The effect of birth-weight with genetic susceptibility on depressive symptoms in childhood and adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15, 383-391.
- Roberts, G., Howard, K., Spittle, A. J., Brown, N. C., Anderson, P. J., Doyle, L. W. (2008). Rates of early intervention services in very preterm children with developmental disabilities at age 2 years. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 44, 276-280.
- Rodrigues, M. C. C., Mello, R. R., & Fonseca, S. C. (2006). Learning difficulties in schoolchildren born with very low birth weight. *Jornal de Pediatria*, 82(1), 6-14.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Sabet, F., Richter, L. M., Ramchandani, P. G., Stein, A., Quigley, M. A., & Norris, S. A. (2009). Low birthweight and subsequent emotional and behavioural outcomes in 12-year-old children in Soweto, South Africa: findings from birth to twenty. *International Journal of Epidemiology*, 38, 944-954.

- Saigal, S., den Ouden, L., Wolke, D., Hoult, L. A., Paneth, N., Streiner, D. L., Whitaker, A., & Pinto-Martin, J. (2003). School-age outcomes in children who were extremely low birth weight from four international population-based cohorts. *Pediatrics*, 112, 943-950, 2003.
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2005). Models of development and developmental risk. In C. H. Zeanah Jr, *Handbook of Infant Mental Health*. Nova York, Londres: The Guilford Press.
- Saur, A. M. (2012). Riscos biológicos e aspectos cognitivos, comportamentais e emocionais de uma coorte de escolares. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP.
- Segre, C. A. M. (2003). Avanços em Neonatologia. *Pediatricia Moderna*, 39, 5-11.
- Spittle, A. J., Boyd, R. N., Inder, T. E. & Doyle, L. W. (2009). Predicting motor development in very preterm infants at 12 months' corrected age: the role of magnetic resonance imaging and general movements assessments. *Pediatrics*, Stuttgart, 123(2), 512-517.
- Sourander, A., Helstela, L., & Helenius, H. (1999). Parent-adolescent agreement on emotional and behavioral problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 657-663.
- Tian, J.Y., Cheng, Q., Song, X.M., Li, G., Jiang, G.X., Gu, Y.Y. & Luo, M. (2006). Birth weight and risk of type 2 diabetes, abdominal obesity and hypertension among Chinese adults. *European Journal of Endocrinology*, 155, 601-607.
- Tommiska, V., Heinonen, K., Ikone, S., Kero, P., Pokela, M., Renlund, M., Virtanen, M. & Fellman, V. A. (2001). A national short-term follow-up study of extremely low birth weight infants born in Finland in 1996-1997. *Pediatrics*, 107 (1), 2-11.
- Toth, S. L., & Cicchetti, D. (2010). The historical origins and developmental pathways of the discipline of developmental psychopathology. *Israel Journal of Psychiatry & Related Science*, 47(2), 95-104.
- Usher, R. H. (1984). Os problemas especiais do prematuro. In G. Avery (Org.), *Neonatologia* (pp. 236-266), Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica.
- Vanderbilt, D., & Gleason, M. M. (2010). Mental health concerns of the premature infant through the lifespan. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19, 211-228.
- Van Der Meer, M., Dixon, A., & Rose, D. (2008). Parent and child agreement on reports of problem behaviour obtained from a screening questionnaire, the SDQ. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 491-497.

- Van Roy, B., Groholt, B., Heyerdahl, S., & Clench-Aas, J. (2010). Understanding discrepancies in parent-child reporting of emotional and behavioural problems: effects of relational and socio-demographic factors. *BioMed Central Psychiatry*, 58(10).
- Wathier, J. L., Dell'Aglío, D. D., & Bandeira, D. R. (2008). Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 75-84.
- Wechsler, S. M. (2003). *DFH III: o Desenho da Figura Humana - Avaliação do Desenvolvimento Cognitivo de Crianças Brasileiras* (3ª ed) Campinas, SP: Impressão Digital.
- Wei, J. N., Sung, F. C., Li, C. Y., Chang, C. H., Lin, R. S., Lin, C. C., Chiang, C. C., Chuang, L. M. (2003). Low birth weight and high birth weight infants are both at an increased risk to have type 2 diabetes among schoolchildren in Taiwan. *Diabetes Care*, 26 (2), 343-348.
- Wegelius, A., Tuulio-Henriksson, A., Pankakoski, M., Haukka, J Lehto, U., Paunio, T., Lönnqvist, J. & Suvisaari, J. (2011). An association between high birth weight and schizophrenia in a Finnish schizophrenia family study sample. *Psychiatry Research*, 190, 181-186.
- Wiles, N. J., Peters, T. J., Heron, J., Gunnell, D., Emond, A., & Lewis, G. (2006). Fetal Growth and Childhood Behavioral Problems: results from the ALSPAC Cohort. *American Journal of Epidemiology*, 163(9), 829-837.
- Woerner, W., Fleitlich-Bylik, B., Martinussen, R., Fletcher, J., Cucchiari G., Dalgarrondo P., Lui, M., & Tannock, R. (2004). The strengths and difficulties questionnaire overseas: evaluations and applications of the SDQ beyond Europe. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13 (Suppl. 2), II47-54.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia Positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8, 75-84.
- Yunes, M. A. M., & Szymanski, H. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In J. Tavares (Org.). *Resiliência e Educação*. (2ª ed., pp. 13-42). São Paulo: Editora Cortez.
- Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A. & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: gender and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 275-303.
- Zukauskienė, R., Pilkauskaitė-Valickienė, R., Malinauskienė, O., & Krataviciene, R. (2004). Evaluating behavioral and emotional problems with the Child Behavior Checklist and Youth Self-Report scales: cross-informant and longitudinal associations. *Medicina*, 2, 169-177.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questionário Complementar

QUESTIONÁRIO COMPLEMENTAR

Favor não preencher

Chave geral: _____

Nº de identificação: _____

1) Identificação:

Nome da criança: _____

Data de Nascimento: _____

Sexo: () Masculino () Feminino

Idade da criança no momento da entrevista (em anos): _____

2) Características clínicas e de saúde geral da criança:

- Quando nasceu, quantos dias a criança ficou internada?
_____ dias () Não sabe
- A criança foi alguma vez amamentada no peito ou recebeu leite de peito de um banco de leite alguma vez?
() Sim () Não () Não sabe
- A criança teve algum problema pulmonar quando nasceu?
() Sim () Não () Não sabe
- Se teve, precisou usar respirador?
() Sim () Não () Não sabe
- A criança teve crises de chiado no peito (três ou mais durante um ano) em alguma destas idades?
 - Do nascimento até os dois anos de idade? () Sim () Não () Não sabe
 - Entre três e quatro anos de idade? () Sim () Não () Não sabe
 - Depois dos quatro anos de idade? () Sim () Não () Não sabe
- Qual foi o tipo de parto? () Normal () Cesárea

3) Características socioeconômicas das famílias das crianças:

- Qual o número de pessoas residentes em sua casa?
() De 1 a 4 pessoas () Mais de 5 pessoas () Não sabe

- Qual a sua situação conjugal?
() Casada ou mora junto () Solteira ou sem companheiro
- Qual o nível de escolaridade da mãe da criança (em anos de estudo)?
() 0 a 4 anos () 5 a 8 anos () 9 a 11 anos () mais de 12 anos () Sem informação
- Qual o nível de escolaridade do pai/chefe da família da criança (em anos de estudo)?
() 0 a 4 anos () 5 a 8 anos () 9 a 11 anos () mais de 12 anos () Sem informação
- Qual a ocupação do chefe da família?

4) Questionário de Classificação Socioeconômica (Critério ABEP, 2003)

Posse de itens

	NÃO TEM	TEM			
		1	2	3	4 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	2	3	4	4
Automóvel	0	2	4	5	5
Empregada mensalista	0	2	4	4	4
Aspirador de pó	0	1	1	1	1
Máquina de lavar	0	1	1	1	1
Videocassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	2	2	2	2
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)	0	1	1	1	1

Grau de Instrução do chefe de família

Analfabeto / Primário incompleto	0
Primário completo / Ginásial incompleto	1
Ginásial completo / Colegial incompleto	2
Colegial completo / Superior incompleto	3
Superior completo	5

Total de Pontos: _____ **Classe:** _____ (não preencher)

ANEXOS

ANEXO A – Ofício de aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa
do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP

**HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA
DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

CAMPUS UNIVERSITÁRIO – MONTE ALEGRE
FONE: 602-1000 - FAX (016) 633-1144

Ribeirão Preto, 04 de agosto de 2004

Ofício nº 2165/2004
CEP/SPC

Senhor Professor:

O projeto de pesquisa intitulado: **“O IMPACTO DO TAMANHO AO NASCER NA MORBIDADE E NOS DESENVOLVIMENTOS FÍSICO, COGNITIVO, AFETIVO E PSICOLÓGICO DE CRIANÇAS BRASILEIRAS”**, foi analisado e **APROVADO “AD REFERENDUM”** em 04/08/2004, de acordo com o Processo HCRP nº 6828/2004. Lembramos que devem ser encaminhados a este CEP relatórios semestrais e relatório final da pesquisa.

Aproveito a oportunidade para apresentar a Vossa Senhoria protestos de estima e consideração.

PROF. DR. SÉRGIO PEREIRA DA CUNHA
Coordenador do Comitê de Ética
em Pesquisa do HCRP e da FMRP-USP

Ilustríssimo Senhor
PROF. DR. MARCO ANTONIO BARBIERI
Depto. de Puericultura e Pediatria
Em mãos

PROJETO DE PESQUISA:

O impacto do tamanho ao nascer na morbidade e nos desenvolvimentos físico, cognitivo, afetivo e psicológico de crianças brasileiras (amostra de Ribeirão Preto).

Apresentação do estudo

Prezados pais ou responsáveis.

Somos um grupo de professores, pesquisadores e profissionais da saúde da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (FMRP) da Universidade de São Paulo (USP) que está realizando um estudo sobre a saúde de crianças nascidas em Ribeirão Preto em 1994. Este estudo é financiado pela FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da FMRP-USP.

Sua criança, ao nascimento, fez parte do estudo inicial e agora estamos fazendo novo contato para explicar os objetivos da nova avaliação e solicitar a sua colaboração. Agradecemos sua participação no início deste estudo em 1994, quando você nos respondeu um questionário e permitiu a medição do comprimento e peso de seu filho. Os resultados dessa avaliação têm contribuído em muito para entender os fatores relacionados com o desenvolvimento infantil. Este estudo é pioneiro no país, no qual vários aspectos de saúde e seus determinantes estão sendo avaliados ao mesmo tempo. Essas informações nos possibilitam entender a complexidade e chegar a estabelecer medidas preventivas para melhorar a saúde da população. Esperamos que você e seu(sua) filho(a) possam também fazer parte deste novo estudo.

Nosso estudo está avaliando vários aspectos da saúde das crianças, alguns destes aspectos através de questionários e outros através de exames de seu(sua) filho(a). Queremos saber quais os fatores ocorridos durante a época do nascimento que são importantes para determinar a saúde da criança. O questionário contém perguntas sobre aspectos que são importantes na saúde da família e da sua criança. O exame é uma avaliação clínica do crescimento, peso e capacidade respiratória. Os resultados dos exames, assim que obtidos, serão fornecidos a você, e nenhuma outra pessoa terá acesso aos mesmos. O sigilo será garantido. No caso dos resultados dos exames que não forem obtidos na hora, estes serão encaminhados a você pelo correio no endereço fornecido por ocasião da resposta ao questionário.

A seguir você vai encontrar a descrição de cada passo de nosso estudo designadas etapas I e II. A etapa I contém apenas questionários e exames simples e comuns aplicados na clínica geral do dia-a-dia. A etapa II será apenas para as crianças que apresentarem sintomas importantes no aparelho respiratório. Para lhe dar liberdade de participar das etapas que achar conveniente, existe um termo de consentimento após a explicação de cada etapa. Por favor, assine cada um deles se concordar em participar de cada uma das etapas.

Ressaltamos que é importante a participação em todas as etapas da pesquisa para que as informações obtidas possam contribuir para o conhecimento mais completo da saúde das crianças. Porém, se você preferir, a sua criança poderá participar apenas da primeira etapa e, caso tenha sintomas de asma e/ou rinite, a avaliação ficará incompleta. Seu filho poderá deixar a pesquisa a qualquer momento.

Em qualquer etapa do estudo estaremos à disposição para esclarecimentos. Qualquer pergunta ou dúvida você poderá fazer contato com o responsável pelo estudo, Professor Marco Antonio Barbieri e sua equipe pelo telefone 602-3306, no horário comercial de segunda a sexta-feira de 8 às 17 horas.

Agradecemos sua colaboração.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'M. Barbieri', is written over a horizontal line.

Assinatura do pesquisador
Universidade de São Paulo

Etapa 1 – Consentimento para participação nos aspectos principais: questionários e avaliação de peso, crescimento e pressão arterial e desenvolvimento cognitivo, afetivo e comportamental:

A etapa principal do estudo inclui um questionário e avaliações básicas de saúde de seu filho.

O questionário deverá ser respondido por um dos pais ou responsáveis pela criança, de preferência aquele que tem mais conhecimento sobre a criança. O questionário contém perguntas sobre algumas condições consideradas importantes para a saúde da criança. Estas informações se referem às condições de vida desde que a criança nasceu, hábitos, alimentação e fatores que influenciam em sintomas como espirros, coceira, entupimento de nariz (rinite), tosse, chiado no peito, dificuldades de respirar, falta de ar (asma), dor na barriga, problemas de digestão, na capacidade de aprender, de pensar e de se comportar e se adaptar ao ambiente da família e da escola, além de percepções sobre a saúde da família e da criança.

O exame clínico de seu(sua) filho(a) tem a finalidade de avaliar o crescimento do mesmo e a saúde geral através de medidas de peso, altura, espessura de pele (pregas de gordura) e a pressão arterial (diagnóstico de hipertensão).

A avaliação do desenvolvimento psicológico envolve testes sobre a capacidade de inteligência, de maturidade e de comportamento. Os três testes a serem aplicados envolvem tarefas simples, como identificar partes que faltam em um quebra cabeça, desenhar e responder perguntas. As crianças serão reunidas em pequenos grupos, de 8 a 10 indivíduos, para a realização dos mesmos, com duração de cerca de 20 minutos. Para essa avaliação comportamental e do desenvolvimento afetivo e cognitivo, além dos testes com a criança e das informações fornecidas pelos pais, é necessário que os professores respondam por escrito ao questionário relativo ao ambiente escolar e ao rendimento da criança. Assim, solicitamos a sua autorização para conversarmos com o(a) professor(a) de seu filho(a). Todos estes exames são rotineiros e não apresentam nenhum risco para a criança.

Todas as informações serão fornecidas ao responsável pela criança.

Declaro que li e compreendi as informações acima e que as dúvidas que eu tive foram explicadas pelo Prof. Dr. Marco Antonio Barbieri ou sua equipe.

Portanto, tendo compreendido, dou meu consentimento para participar deste estudo que inclui um questionário que responderei e também dou meu consentimento para que meu filho(o) seja examinado da maneira descrita acima.

Nome legível do responsável pela criança: _____

Assinatura: _____ **Data:** _____

Etapas 2- Consentimento para exames complementares em caso de diagnóstico de asma e/ou alergia:

Se seu filho apresentar sintomas sugestivos de asma e/ou alergia exames mais detalhados serão recomendados para que tenhamos diagnóstico preciso. Os exames serão realizados por especialistas nesta área no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da-Universidade de São Paulo. Nenhuma dessas avaliações é dolorosa ou agressiva para a criança. Você e seu(sua) filho(a) receberão passe de ônibus para o deslocamento até o Hospital e, dependendo do horário que o exame for agendado, também o almoço.

Caso seu filho tenha sintomas sugestivos de asma é importante diagnosticar se seu filho tem a chamada “hiperreatividade brônquica”, ou seja, seus brônquios reagem de maneira mais intensa quando estimulados por uma substância estimulante que a criança respira. O exame consiste em inalar (cheirar) uma substância e medir a função pulmonar, isto é, como a criança respira. Este é um exame normalmente usado para o diagnóstico de asma, não é uma “experiência”. A contração dos brônquios (pulmão) durante a inalação poderá causar sintomas de asma, que serão rapidamente tratados por um médico especialista que vai acompanhar o exame. Como asma é uma reação alérgica, queremos saber a que seu filho tem alergia. Este teste é feito na pele do braço com algumas substâncias que freqüentemente provocam sintomas alérgicos, incluindo a asma. Este teste não tem riscos para a criança e o desconforto causado pela aplicação das substâncias na pele do braço é mínimo. Este teste será feito por profissional treinado e supervisionado por médico especialista. Caso seja encontrada alguma alteração em qualquer um dos testes, você receberá a orientação adequada para o caso. Os dados obtidos poderão auxiliar os médicos a compreender melhor a asma e os fatores que a produzem, e melhorar o seu tratamento e a sua prevenção.

Todo diagnóstico será informado apenas aos pais ou responsável pela criança e será dada orientação para o tratamento.

Declaro que li e compreendi as informações acima e que as dúvidas que eu tive foram explicadas pelo Prof. Dr. Marco Antonio Barbieri ou sua equipe.

Portanto, tendo compreendido, dou meu consentimento para participar deste estudo que inclui um questionário que responderei e também dou meu consentimento para que meu filho(o) seja examinado da maneira descrita acima.

Nome legível do responsável pela criança: _____

Assinatura: _____ **Data:** _____

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

PROJETO DE PESQUISA: O impacto do tamanho ao nascer na morbidade e nos desenvolvimentos físico, cognitivo, afetivo e psicológico de crianças brasileiras.

Às mães ou responsáveis pelas crianças:

Termo de Consentimento (fase 1):

Queremos saber se as condições de vida das pessoas, desde o período em que estavam dentro do útero, e também se alguns hábitos e condições de vida na infância favorecem ou dificultam o aparecimento de problemas como alteração no crescimento físico, aparecimento de sintomas de asma, de dor na barriga, de alterações nos dentes e na conformação da face e na capacidade de aprender, de pensar e de se comportar e adaptar ao ambiente da família e da escola. Para isso estamos fazendo a reavaliação das crianças cujas mães foram entrevistadas na época em que essas pessoas nasceram, entre abril e agosto 1994. Talvez você não se lembre mais dessa entrevista, mas seu (sua) filho (a) é uma dessas pessoas. Na época do nascimento de seu (sua) filho (a) você respondeu a um questionário logo após o parto e os dados de peso e comprimento da criança foram anotados. Agora pedimos que você responda a um questionário sobre alguns comportamentos e hábitos de vida de seu filho(a) e de sua família, e também que permita que ele/ela seja pesado(a) e tenha sua altura e pressão arterial também medidos, além da medida da circunferência da cabeça, da cintura, do quadril e das pregas de gordura. Também solicitamos que responda a um questionário sobre sintomas relacionados com dor na barriga e problemas de digestão, e sobre sintomas de alergia e dificuldades para respirar, como tosse e chiados no peito. Pedimos ainda que possamos realizar exame dos dentes, coletar uma pequena amostra de saliva e realizar fotos dos dentes e da face da criança, para realizar uma avaliação completa do desenvolvimento da dentição. Ainda, que permita que a sua criança participe de uma avaliação do desenvolvimento psicológico, enquanto capacidade de inteligência, de maturidade, e de comportamento. Para tal serão aplicados três testes. Esses testes envolvem tarefas simples como identificar partes que faltam em um quebra cabeça, desenhar e responder perguntas. As crianças serão reunidas em pequenos grupos, de 8 a 10 indivíduos, para a realização dos mesmos, com duração de cerca de 20 minutos. Para essa avaliação comportamental e do desenvolvimento afetivo e cognitivo, além dos testes com a criança e das informações fornecidas pelos pais, é necessário que os professores respondam por escrito ao questionário relativo ao ambiente escolar e ao rendimento da criança. Assim, solicitamos a sua

autorização para conversarmos com o professor (a) de seu filho (a). Toda essa avaliação será realizada na escola, com o consentimento dos professores e dos diretores. Se for detectada alguma alteração, seu (sua) filho (a) será orientado para o acompanhamento necessário. Se houver sintomas relacionados à dor abdominal importante ou sintomas sugestivos de asma, a criança será convidada a realizar uma avaliação mais minuciosa no Hospital das Clínicas, por médicos especialistas nessas áreas. Garantimos o total sigilo das informações e que elas serão utilizadas unicamente para o objetivo desta pesquisa. Nenhuma dessas avaliações é dolorosa ou agressiva para a criança. Assim você estará colaborando para que possamos conhecer melhor as influências das condições do passado na saúde do presente e que esses novos conhecimentos permitam que possamos orientar as pessoas para prevenir esses problemas.

Termo de Consentimento (fase 2)

É importante a participação em todas as etapas da pesquisa para que as informações obtidas possam contribuir para a um conhecimento mais completo das influências das condições da gravidez e de hábitos de vida na saúde das crianças. Porém, se você preferir, a sua criança poderá participar de apenas uma ou algumas das avaliações clínicas.

Uma dessas avaliações é sobre a ocorrência de sintomas de asma. Como as condições na época do nascimento e atuais podem estar relacionadas com o aparecimento de asma, queremos saber se sua criança, que tem resposta positiva no questionário para sintomas sugestivos dessa doença (falta de ar, chiado no peito) tem a chamada “hiperatividade brônquica”, ou seja, seus brônquios reagem de maneira mais intensa quando estimulados. Pedimos que a criança faça a medida da reatividade brônquica, que consiste em inalar uma substância e medir a função pulmonar. É um exame normalmente usado para o diagnóstico de asma, não é uma “experiência”. A contração dos brônquios durante a inalação poderá causar sintomas de asma, que serão rapidamente tratados por um médico especialista que vai acompanhar o exame. Também serão feitos testes na pele do braço com algumas substâncias que freqüentemente provocam sintomas alérgicos, incluindo a asma. Este teste não tem riscos para a criança e o desconforto causado pela aplicação das substâncias na pele do braço é mínimo. Este teste será feito por profissional treinado e supervisionado por médico especialista. Caso seja encontrada alguma alteração em qualquer um dos testes, você receberá a orientação adequada para o caso. Os dados obtidos poderão auxiliar os médicos a compreender melhor a asma e os fatores que a produzem, e melhorar o seu tratamento e a sua prevenção.

Outra dessas avaliações é a investigação dos sintomas relacionados com a dor abdominal de repetição. Se a criança apresentar dor ou diarréia noturna que acorda o paciente, perda de peso, sangramento pelo ânus, febre persistente, presença de inflamação nas juntas, história familiar de

doença inflamatória intestinal, a criança será convidada a realizar os exames complementares no Hospital das Clínicas. Nesses casos serão realizados exames de sangue e fezes, teste do hidrogênio expirado (explicar sucintamente) quando houver história familiar e/ou associação do sintoma com ingestão de leite. O exame endoscópico do intestino (explicar sucintamente) será indicado nas crianças que apresentarem sangramento pelo ânus, febre persistente, história familiar de doença inflamatória. Nos casos com queixa de vômitos persistentes, com presença de sangue e dificuldade para engolir será indicada endoscopia digestiva alta (explicar sucintamente). Todos esses exames serão feitos somente com o seu consentimento, a criança será anestesiada e não sentirá nenhuma dor. O desconforto após a realização dos exames é mínimo.

Termo de Consentimento (fase 3)

Embora seja importante a avaliação completa pelos motivos já expostos, sua criança poderá participar apenas da fase de resposta ao questionário geral e medidas de peso, altura e pressão arterial, que é imprescindível para uma avaliação mínima.

Seu(sua) filho(a) poderá participar de uma, duas ou das três fases da pesquisa.

Como a quantidade de indivíduos que serão examinados neste estudo é muito grande, à medida que as avaliações forem realizadas, os resultados já serão informados às mães e/ou responsáveis. Nos casos em que os resultados demoram algum tempo até ficarem disponíveis, os resultados serão encaminhados por carta, no endereço fornecido por ocasião da resposta ao questionário.

Agradecemos muito a sua colaboração.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 200 ____.

Nome: _____

Assinatura: _____

Assinatura do pesquisador

ANEXO C – Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

Instruções: Por favor, em cada item marque com uma cruz o quadrado que melhor descreva a criança. Responda a todas as perguntas da melhor maneira possível, mesmo que você não tenha certeza absoluta ou se a pergunta lhe parecer estranha. Dê suas respostas com base no comportamento da criança nos últimos seis meses.

Nome da criança..... Masculino/Feminino

Data de nascimento.....

	Falso	Mais ou menos verdadeiro	Verdadeiro
Tem consideração pelos sentimentos de outras pessoas	☐	☐	☐
Não consegue parar sentado quando tem que fazer a lição ou comer; mexe-se muito, esbarrando em coisas, derrubando coisas	☐	☐	☐
Muitas vezes se queixa de dor de cabeça, dor de barriga ou enjôo	☐	☐	☐
Tem boa vontade em compartilhar doces, brinquedos, lápis... com outras crianças	☐	☐	☐
Freqüentemente tem acessos de raiva ou crises de birra	☐	☐	☐
É solitário, prefere brincar sozinho	☐	☐	☐
Geralmente é obediente e faz normalmente o que os adultos lhe pedem	☐	☐	☐
Tem muitas preocupações, muitas vezes parece preocupado com tudo	☐	☐	☐
Tenta ser atencioso se alguém parece magoado, aflito ou se sentindo mal	☐	☐	☐
Está sempre agitado, balançando as pernas ou mexendo as mãos	☐	☐	☐
Tem pelo menos um bom amigo ou amiga	☐	☐	☐
Freqüentemente briga com outras crianças ou as amedronta	☐	☐	☐
Freqüentemente parece triste, desanimado ou choroso	☐	☐	☐
Em geral é querido por outras crianças	☐	☐	☐
Facilmente perde a concentração	☐	☐	☐
Fica inseguro quando tem que fazer alguma coisa pela primeira vez,	☐	☐	☐

facilmente perde a confiança em si mesmo

É gentil com crianças mais novas

☐☐☐

Freqüentemente engana ou mente

☐☐☐

Outras crianças pegam no pé ou atormentam-no

☐☐☐

Freqüentemente se oferece para ajudar outras pessoas (pais, professores, outras crianças)

☐☐☐

Pensa nas coisas antes de fazê-las

☐☐☐

Rouba coisas de casa, da escola ou de outros lugares

☐☐☐

Se dá melhor com adultos do que com outras crianças

☐☐☐

Tem muitos medos, assusta-se facilmente

☐☐☐

Completa as tarefas que começa, tem boa concentração

☐☐☐

Você tem algum outro comentário ou preocupações? Descreva-os abaixo.

Por favor, vire a pagina. Há mais algumas perguntas do outro lado

Pensando no que acabou de responder, você acha que seu filho/a tem alguma dificuldade? Pode ser uma dificuldade emocional, de comportamento, pouca concentração ou para se dar bem com outras pessoas.

Não	Sim - pequenas dificuldades	Sim - dificuldades bem definidas	Sim - dificuldades graves
☐	☐	☐	☐

Se você respondeu "sim", por favor responda às seguintes questões sobre estas dificuldades:

Há quanto tempo estas dificuldades existem?

Menos de 1 mes	1-5 mêses	6-12 mêses	Mais de 1 ano
☐	☐	☐	☐

Estas dificuldades incomodam ou aborrecem seu filho/a?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
☐	☐	☐	☐

Estas dificuldades atrapalham o dia-a dia do seu filho/a em algumas das situações abaixo?

	Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
Dia-a-dia em casa	☐	☐	☐	☐
Amizades	☐	☐	☐	☐
Aprendizado escolar	☐	☐	☐	☐
Atividades de lazer (passeios, esportes etc.)	☐	☐	☐	☐

Estas dificuldades são um peso para você ou para a família como um todo?

Nada	Um pouco	Muito	Mais que muito
☐	☐	☐	☐

Nome completo (em letra de forma).....Data.....

Mãe / pai / outro (especifique)

Muito obrigado pela sua colaboração.

ANEXO D – Inventário de Depressão Infantil (CDI)

Inventário de Depressão Infantil -CDI**CDI – CRIANÇAS**

Nome: _____ **Sexo:** () M () F **Idade:** _____ anos

Por favor, responda aos itens assinalando com um “X” a opção que você julga ser a mais apropriada. Nenhuma opção é certa ou errada. Depende realmente de como você se sente, do que você realmente acha.

Veja o seguinte exemplo:

- 00 - () Eu sempre vou ao cinema
- () Eu vou ao cinema de vez em quando
- () Eu nunca vou ao cinema.

Se você vai muito ao cinema, deve marcar com um “X” a primeira alternativa. Se você vai ao cinema de vez em quando, deve marcar a segunda alternativa. Se é muito raro você ir ao cinema, marque a terceira alternativa. Marque só uma alternativa em cada questão.

Se você tem alguma dúvida, pergunte agora. Caso contrário, vire a página e comece a responder.

Seja sincero(a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!

-
- 01 - () Eu fico triste de vez em quando
() Eu fico triste muitas vezes
() Eu estou sempre triste
- 02 - () Para mim tudo se resolverá bem
() Eu não tenho certeza se as coisas darão certo para mim
() Nada vai dar certo para mim
- 03 - () Eu faço bem a maioria das coisas
() Eu faço errado a maioria das coisas
() Eu faço tudo errado.
- 04- () Eu me divirto com muitas coisas
() Eu me divirto com algumas coisas
() Nada é divertido para mim
- 05 - () Eu sou mau (má) de vez em quando
() Eu sou mau (má) com frequência.
() Eu sou sempre mau (má)
- 06 - () De vez em quando eu penso que coisas ruins vão me acontecer
() Eu temo que coisas ruins me aconteçam
() Eu tenho certeza que coisas terríveis me acontecerão

-
- 07 - ☐ Eu gosto de mim mesmo
☐ Eu não gosto muito de mim
☐ Eu me odeio
- 08 - ☐ Normalmente, eu não me sinto culpado pelas coisas ruins que acontecem
☐ Muitas coisas ruins que acontecem são por minha culpa
☐ Tudo de mau que acontece é por minha culpa
- 09 - ☐ Eu não penso em me matar
☐ Eu penso em me matar
☐ Eu quero me matar
- 10 - ☐ Eu sinto vontade de chorar de vez em quando
☐ Eu sinto vontade de chorar freqüentemente
☐ Eu sinto vontade de chorar diariamente
- 11 - ☐ Eu me sinto preocupado de vez em quando
☐ Eu me sinto preocupado freqüentemente
☐ Eu me sinto sempre preocupado
- 12 - ☐ Eu gosto de estar com pessoas
☐ Freqüentemente, eu não gosto de estar com pessoas
☐ Eu não gosto de estar com pessoas
- 13 - ☐ Eu tomo decisões facilmente
☐ É difícil para mim tomar decisões
☐ Eu não consigo tomar decisões
- 14 - ☐ Eu tenho boa aparência
☐ Minha aparência tem alguns aspectos negativos
☐ Eu sou feio (feia)
- 15 - ☐ Fazer os deveres de casa não é um grande problema para mim
☐ Com freqüência eu tenho que ser pressionado para fazer os deveres de casa
☐ Eu tenho que me obrigar a fazer os deveres de casa
- 16 - ☐ Eu durmo bem à noite
☐ Eu tenho dificuldade para dormir algumas noites
☐ Eu tenho sempre dificuldades para dormir à noite
- 17 - ☐ Eu me canso de vez em quando
☐ Eu me canso freqüentemente
☐ Eu estou sempre cansado (cansada)
- 18 - ☐ Eu como bem
☐ Alguns dias eu não tenho vontade de comer
☐ Quase sempre eu não tenho vontade de comer
- 19 - ☐ Eu não temo sentir dor nem adoecer
☐ Eu temo sentir dor e ficar doente
☐ Eu estou sempre temeroso de sentir dor e ficar doente

- 20 - ☐ Eu não me sinto sozinho (sozinha)
 ☐ Eu me sinto sozinho (a) muitas vezes
 ☐ Eu sempre me sinto sozinho (sozinha)
- 21 - ☐ Eu me divirto na escola freqüentemente
 ☐ Eu me divirto na escola de vez em quando
 ☐ Eu nunca me divirto na escola
- 22 - ☐ Eu tenho muitos amigos
 ☐ Eu tenho muitos amigos e gostaria de ter mais
 ☐ Eu não tenho amigos
- 23 - ☐ Meus trabalhos escolares são bons
 ☐ Meus trabalhos escolares não são tão bons como eram antes
 ☐ Eu tenho me saído mal em matérias em que costumava ser bom (boa)
- 24 - ☐ Sou tão bom quanto outras crianças
 ☐ Se eu quiser, posso ser tão bom quanto outras crianças
 ☐ Não posso ser tão bom quanto outras crianças
- 25 - ☐ Eu tenho certeza que sou amado(a) por alguém
 ☐ Eu não tenho certeza se alguém me ama
 ☐ Ninguém gosta de mim realmente
- 26 - ☐ Eu sempre faço o que me mandam
 ☐ Eu nunca faço o que me mandam com freqüência
 ☐ Eu nunca faço o que me mandam
- 27- ☐ Eu não me envolvo em brigas
 ☐ Eu me envolvo em brigas com freqüência
 ☐ Eu estou sempre me envolvendo em brigas