



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**REDES SOCIAIS NO CONTEXTO DA PREMATURIDADE:
FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO PARA O
DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA AO LONGO DOS SEUS
DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA**

DOUTORADO

Zaira Aparecida de Oliveira Custódio

**Florianópolis
2010**

ZAIRA APARECIDA DE OLIVEIRA CUSTÓDIO

**REDES SOCIAIS NO CONTEXTO DA PREMATURIDADE:
FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO PARA O
DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA AO LONGO DOS SEUS
DOIS PRIMEIROS ANOS DE VIDA**

Tese de Doutorado apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Aparecida Crepaldi

Área de concentração: Processos Psicossociais, Saúde e
Desenvolvimento Psicológico

**Florianópolis
2010**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

C987r Custódio, Zaira Aparecida de Oliveira

Redes sociais no contexto da prematuridade [tese] :
fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da
criança ao longo dos seus dois primeiros anos de vida /
Zaira Aparecida de Oliveira Custódio; orientadora, Maria
Aparecida Crepaldi. - Florianópolis, SC, 2010.

284 p.: il., tabs.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa
de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências e apêndices

1. Psicologia. 2. Fatores de risco. 3. Prematuridade.
4. Redes sociais. I. Crepaldi, Maria Aparecida. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-
Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU 159.9

Zaira Aparecida de Oliveira Custódio

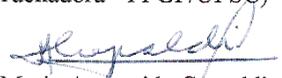
Redes sociais no contexto da prematuridade: fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança ao longo de seus dois primeiros anos de vida

Tese aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Doutorado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 11 de junho de 2010.



Dra. Kátia Maheirie
(Coordenadora - PPGP/UFSC)



Dra. Maria Aparecida Crepaldi
(PPGP/UFSC-Orientadora)



Dra. Maria Beatriz Martins Linhares
(FMRP/USP -Examinadora)



Dra. Denise Streit Morsch
(PUC/RJ, IFF/Fio Cruz -Examinadora)



Dra. Marisa Monticelli
(PEN/UFSC- Examinadora)



Dra. Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré
(PPGP/UFSC- Examinadora)

Dr. Mauro Luis Vieira
(PPGP/UFSC-Suplente)

Dra. Magda Do Canto Zurba
(PSI/UFSC- Suplente)

*Dedico às crianças pré-termo e suas
famílias, as quais justificam a
existência desse trabalho.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser minha rede de apoio espiritual, pela vida, pela oportunidade de desenvolver este trabalho e especialmente por ter conseguido superar as adversidades impostas no caminho.

Agradeço especialmente a minha orientadora Prof^a. Dr^a. Maria Aparecida Crepaldi, por ter me apoiado e acreditado na expansão deste estudo; pelos ensinamentos dispensados de forma generosa, tranquila e competente; pelos momentos de reflexão e de construção nesta caminhada, que colaboraram imensamente para meu crescimento pessoal e profissional; pela disponibilidade, confiança e amizade; e por fazer parte da minha rede social.

Carinhosamente, a Custódio, meu marido, pela presença e incentivo constantes, pelo apoio emocional, ajuda prática e material ofertados de modo incondicional; por compreender minha ausência ao longo deste período e por acreditar neste desafio.

Aos meus filhos, Tiago, Tales e Talita, pelo apoio oferecido da forma peculiar de cada um, por admirarem meu trabalho, por existirem e fazerem parte da minha rede pessoal. Amo vocês!

Ao meu pai, “in memoriam”, e minha mãe, pela minha vida e pelo modelo de força, dedicação e disciplina, qualidades fundamentais para a realização deste trabalho.

Aos meus irmãos e sobrinhos, obrigada por fazerem parte desta caminhada e pelas palavras e gestos de apoio.

À Viviane Bergler, pela grata convivência profissional e pelos momentos riquíssimos de reflexões acerca das problemáticas vivenciadas pelas famílias.

À Mara Regina, minha amiga, que acompanha minha trajetória profissional, obrigada pela força e admiração. Admiro muito, também, seu jeito profissional de ser.

À Camilla Volpato Broering, pelos momentos de troca desde o mestrado, pelo apoio e carinho nesse período

À Viviane Vieira, pela parceria e apoio técnico, fundamentais, na fase final desta tese. Sua participação fez a diferença!

Ao Departamento de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, aos funcionários, professores e aos colegas de turma por terem me apoiado durante estes quatro anos.

À equipe de profissionais de Neonatologia do Hospital Universitário, pela experiência de implantação coletiva de um modelo de assistência voltado para o desenvolvimento da criança, o qual motivou a realização desta pesquisa.

À Direção do Hospital Universitário e ao Serviço de Psicologia, pelo apoio ao afastamento de minhas atividades profissionais, imprescindível nesse processo final de doutoramento.

Ao grupo de consultores do Método Canguru do Ministério da Saúde, que há 10 anos promove e dissemina um sonho, que se faz realidade a cada dia nas Unidades Neonatais deste país. Obrigada por eu fazer parte desta história!

Às professoras Maria Beatriz Martins Linhares, Denise Streit Morsch, Marisa Monticelli, Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré, Magda do Canto Zurba e ao professor Mauro Luis Vieira por aceitarem o convite para participar da banca de defesa desta tese.

Às crianças e suas famílias que participaram deste estudo, agradeço respeitosamente por terem se disponibilizado a contribuir para a produção do conhecimento científico acerca das redes sociais no contexto do desenvolvimento das crianças nascidas pré-termo.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a concretização desta pesquisa, minha eterna gratidão.

Declaração Universal dos Direitos do Bebê Prematuro

Artigo I

Todos os prematuros nascem livres e iguais em dignidade e direitos. São dotadas de razão e consciência. Possuem vida anterior ao nascimento, bem como memória, aprendizado, emoção e capacidade de resposta e interação com o mundo em sua volta.

Artigo II

Todo prematuro tem o direito de ser, em todos os lugares, reconhecido como pessoa perante a lei.

Artigo III

Nenhum prematuro será arbitrariamente exilado de seu contexto familiar de modo brusco ou por tempo prolongado. A preservação deste vínculo, ainda quando silenciosa e discreta, é parte fundamental de sua vida.

Artigo IV

Todo prematuro tem direito ao tratamento estabelecido pela ciência, sem distinção de qualquer espécie, seja de raça, cor, sexo, ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra condição. Sendo assim, todo prematuro tem o direito de ser cuidado por uma equipe multidisciplinar capacitada a compreendê-lo, interagir com ele e a tomar decisões harmônicas em seu benefício e em prol de seu desenvolvimento.

Artigo V

Todo prematuro tem direito à liberdade de opinião e expressão, portanto deverá ter seus sinais de aproximação e afastamento identificados, compreendidos, valorizados e respeitados pela equipe de cuidadores. Nenhum procedimento será considerado ético quando não levar em conta para sua execução as necessidades individuais de contato ou recolhimento do bebê prematuro.

Artigo VI

Nenhum prematuro será submetido à tortura, nem a tratamento ou castigo cruel, desumano ou degradante. Sua dor deverá ser sempre considerada, prevenida e tratada através dos processos disponibilizados pela ciência atual. Nenhum novo procedimento doloroso poderá ser iniciado até que o bebê se reorganize e se restabeleça da intervenção anterior. Negar-lhe esse direito é crime de tortura contra a vida humana.

Artigo VII

Todo prematuro tem direito ao repouso, devendo por isso ser respeitados seus períodos de sono superficial e profundo que doravante serão tomados como essenciais para seu desenvolvimento psíquico adequado e sua regulação biológica. Interromper de forma aleatória e irresponsável sem motivo justificado o sono de um prematuro é indicativo de maus tratos.

Artigo VIII

Todo prematuro tem o direito inalienável ao silêncio que o permita sentir-se o mais próximo possível do ambiente sonoro intra-uterino, em respeito a seus limiares e à sua sensibilidade. Qualquer fonte sonora que desrespeite esse direito será considerada criminosa, hedionda e repugnante.

Artigo IX

Nenhum prematuro deverá, sob qualquer justificativa, ser submetido a procedimento estressante aplicado de forma displicente e injustificada pela Equipe de Saúde, sob pena da mesma ser considerada negligente, desumana e irresponsável.

Artigo X

Todo prematuro tem direito a perceber a alternância entre a claridade e a penumbra, que passarão a representar para ele a noite e o dia. Nenhuma luz intensa permanecerá o tempo inteiro acesa e nenhuma sombra será impedida de existir sob a alegação de monitorização contínua sem que os responsáveis por estes comportamentos deixem de ser considerados displicentes, agressores e de atitude dolosa.

Artigo XI

Todo prematuro tem o direito, uma vez atingidas as condições básicas de equilíbrio e vitalidade, ao amor materno, ao calor materno e ao leite materno que lhe são oferecidos através do Método Canguru. Caberá à equipe de saúde prover as condições estruturais mínimas necessárias a esse vínculo essencial e transformador do ambiente prematuro. Nenhum profissional ou cargo de comando em nenhuma esfera tem a prerrogativa de impedir ou negar a possibilidade desse vínculo que é símbolo da ciência tecnocrata redimida.

Artigo XII

Todo prematuro tem o direito de ser alimentado com o leite de sua própria mãe ou, na falta desta, com o de outra mulher tão logo suas condições clínicas assim o permitirem. Deverá ter sua sucção corretamente trabalhada desde o início da vida e caberá à equipe de saúde garantir-lhe esse direito, afastando de seu entorno bicos de chupetas, chucas ou de qualquer outro elemento que venha interferir negativamente em sua sucção saudável, bem como assegurando seu acompanhamento por profissionais capacitados a facilitarem esse processo. Nenhum custo financeiro será considerado demasiadamente grande quando aplicado com esse fim. Nenhuma fórmula láctea será displicentemente prescrita e nenhum zelo será descuidadamente aplicado sem que isso signifique desatenção e desamparo. O leite materno, doravante, será considerado e tratado como parte fundamental da sua vida.

*Dr. Luís Alberto Mussa Tavares
Pediatra e Poeta
Campos - RJ/2008*

RESUMO

CUSTÓDIO, Zaira Aparecida de Oliveira (2010). **Redes sociais no contexto da prematuridade: fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança ao longo dos seus dois primeiros anos de vida.** 284 f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

A presente pesquisa verificou a influência das redes sociais na promoção da saúde e do desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo, ao longo dos seus dois primeiros anos de idade. Identificaram-se os fatores de risco e de proteção ligados à configuração de tais redes e presentes na criança e no ambiente familiar, bem como relacionaram-se os resultados do desenvolvimento da criança com as variáveis do ambiente familiar. A abordagem teórico-metodológica que abarcou este estudo teve como substrato o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano. A amostra da pesquisa foi constituída por 11 recém-nascidos pré-termo e suas famílias, acompanhados longitudinalmente. Utilizaram-se as abordagens quantitativa e qualitativa e os seguintes instrumentos e técnicas: Análise Documental dos Prontuários, Observação Participante, Genograma, Ecomapa, Entrevista Semiestruturada, Roteiro de Entrevista para Identificação de Riscos Biopsicossociais na História de Vida da Criança, Índice de Risco Psicossocial de Rutter, Inventário Home para Observação de Medidas do Ambiente, Escala de Eventos Vitais e Teste de Denver-II. Os dados quantitativos foram analisados por meio da estatística descritiva não paramétrica e os dados do Genograma e dos Ecomapas foram submetidos à análise de conteúdo categorial temático utilizando um sistema de categorias definido *a priori*, adaptado. Os resultados mostraram a presença de riscos pré, perinatais e antecedentes mórbidos no núcleo Pessoa, uma vez que as crianças nasceram pré-termo. As famílias com o tipo de relacionamento harmônico enfrentaram menos eventos adversos, apresentaram estabilidade socioeconômica e estimulação no ambiente familiar, segundo classificação do Inventário Home, e o risco psicossocial mostrou-se de baixo a moderado. Além desses aspectos processuais e contextuais, observou-se, também, a presença de fatores de proteção para o desenvolvimento das crianças, por meio do Teste de Denver-II. A

rede social pessoal das famílias apontou para os seguintes fatores de proteção: tamanho médio na rede; ausência de dispersão entre os membros; conexão entre os microsistemas; reciprocidade de apoio; interação forte com as mães dos bebês internados; história e experiência prévia positiva entre a família nuclear e os membros da rede; multidimensionalidade de funções e presença de interações forte e com fluxo. As famílias com menor tamanho em sua rede social foram as que apresentaram fatores de risco conjugados nos quatro núcleos do Modelo Bioecológico. O apoio emocional foi a função predominante na rede social das famílias, desempenhada especialmente pelo pai. Os avós maternos e paternos apresentaram-se como a rede de apoio mais estável, ativa e confiável, ao longo do tempo, desempenhando um maior número de funções. O ambulatório de seguimento acompanhou as crianças até dois anos de idade e não dispunha da atuação efetiva de uma equipe multidisciplinar. A Unidade Local de Saúde apresentou interação tênue com as famílias, marcada por dificuldades e distanciamentos. Esses últimos resultados indicaram a presença de fatores de risco nas interações microsistêmicas da rede institucional das crianças e de suas famílias.

Palavras-chave: Pré-termo; Fatores de risco; Fatores de proteção; Redes sociais; Acompanhamento do desenvolvimento.

ABSTRACT

CUSTÓDIO, Zaira Aparecida de Oliveira. (2010). **Social networks in the context of prematurity: factors of risk and protection for the development of the child during the first two years of life.** 284 f. Thesis (Ph.D. in Psychology) – Graduate Program in Psychology, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis.

This study checked the social networks influence in the health promotion and the preterm children's development over the two first years of age. We identified factors of risk and of protection linked with the configuration of such networks and faced by the child and the family environment, as well as how the results of the child development interact with variables of the family environment. The theoretical and methodological approach that was performed within this study was based on the Bioecological Model of Human Development. The research sample consisted of 11 newborn preterm children and their families, followed along. Quantitative and qualitative approaches were used and the following tools and techniques: Document Analysis of medical records, participant observation, Genogram, Ecomap, Semi-Structured Interview, Interview Script for Biopsychosocial Risk Identification in the Life History of the Child, Risk Index Psychosocial Rutter, Inventory Home Observation for Measurement of the Environment, Vital Events Scale, and Denver-II test. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and nonparametric and Genogram and ecomaps were submitted to a thematic content analysis using a categorical system of categories defined in advance and adapted. The results showed the presence of pre-risk, perinatal and previously healthy person in the nucleus, once the children were born preterm. Families with a harmonious kind of relationship faced fewer adverse events, presented a socio-economic stability and stimulation in a familiar environment, according to the classification of Home Inventory, and the psychosocial risk was proved to be low to moderate. Beyond these procedural and contextual aspects, there was also the presence of factors of protection for the children's development, through the Denver-II test. The social network of families pointed out to the following protective factors: medium size network, lack of dispersion among members; connection between the microsystems, reciprocity of support; strong interaction with the mothers'babies, history and previous positive

experience between the nuclear family and the members of the network; multidimensionality of functions and presence of strong interactions and flow. Families were smaller in their social network showed the risk factors combined in the four cores Bioecological Model. Emotional support was the predominant role in the social network of families, particularly done by the father. The grandparents (father and mother) proved to be the support network more stable, active and reliable, over the time, creating a greater number of functions. The follow up clinic followed children under two years old and faced the lack of active presence of a multidisciplinary team. The Local Health Unit presented tenuous interaction with families, marked by difficulties and differences. These last results indicated the presence of factors of risk in the interactions of the microsystem of the institutional network of the children and their families.

Keywords: Preterm; Risk factors; Protective factors; Social networks; Monitoring of development.

RÉSUMÉ

CUSTÓDIO, Zaira Aparecida de Oliveira. (2010). **Réseaux sociaux dans le contexte de la prématurité: facteurs de risque et de protection pour le développement de l'enfant le long des deux premières années de sa vie.** 284 f. Thèse (Doctorat em Psychologie) – Programme d'Etudes Supérieures en Psychologie, Université Fédérale de Santa Catarina. Florianópolis.

Cette recherche vérifie l'influence des réseaux sociaux dans la promotion de la santé et du développement des enfants prématurés au cours des deux premières années de leur vie. Nous identifions les facteurs de risque et de protection liés à la configuration de tels réseaux et présents en l'enfant et dans l'environnement. L'approche théorico-méthodologie utilisée par cette étude est basée sur le Modèle Bioécologique de Développement Humain. Les échantillons de la recherche sont constitués de 11 nouveaux-nés avant-terme et leurs familles, suivis tout au long de l'étude. Nous avons utilisé des abordages quantitatifs et qualitatifs ainsi que les instruments et techniques suivants: Anayse de Documents Médicaux, Observation Participative, Génogramme, Ecomap, Entretien semi-structuré, Scénario d'Entretien pour l'Identification de Risques Biopsychosociaux dans l'Histoire et la Vie de l'Enfant, Indice de Risque Psychosocial de Rutter, Inventaire Home pour l'Observation des Mesures de l'Environnement, Echelle des Evenements Vitaux et Test de Denver-II. Les données quantitatives ont été analysées au moyen de la statistique descriptive non-paramétrique et les données du Génogramme et des Ecomaps ont été soumises à une analyse de contenu thématique en utilisant un système de catégories défini a priori et adapté. Les résultats montrent la présence de pré-risques périnataux et des antécédents d'individu sain dans le noyau, une fois que les enfants naissent avant terme. Les familles avec des relations de type harmonique sont confrontées à moins d'événements hostiles et présentent une stabilité socio-économique et une stimulation dans l'environnement familial, selon la classification de l'Inventaire Home, et le risque psychosocial s'est avéré de bas à modéré. En plus de ces aspects procéduraux et contextuels, nous avons également observé la présence de facteurs de protection pour le développement des enfants, au moyen du test de Denver-II. Le réseau social des familles a mis en avant les facteurs de protection suivants: la taille moyenne du réseau,

l'absence de dispersion entre les membres, la connexion entre les micro-systèmes, la réciprocité de l'appui, l'interaction forte avec les mères des bébés internés, l'histoire et expérience passée positive entre la famille du noyau et les membres du réseau, la multidimensionalité de fonctions et la présence d'interactions fortes et avec du flux. Les familles de plus petite taille en terme de réseaux sociaux sont celles qui présentent des facteurs de risques conjugués aux quatre noyaux du Modèle Bioécologique. L'appui émotionnel a été une fonction prédominante du réseau social des familles, et développé particulièrement par le père. Les grands-parents maternels et paternels se présentent comme un réseau d'appui plus stable, actif et digne de confiance, au cours du temps, développant un plus grand nombre de fonctions. L'équipe médicale de suivi a accompagné les enfants jusqu'à l'âge de deux ans et n'a pas disposé de l'action effective d'une équipe multidisciplinaire. L'Unité Locale de Santé a présenté une interaction ténue avec les familles, marquée par les difficultés et les grandes distances. Ces derniers résultats indiquent la présence de facteurs de risque dans les interactions de micro-systèmes de réseau institutionnel des enfants et de leurs familles.

Mots-clef: Avant-terme; Facteurs de risque; Facteurs de protection; Réseaux sociaux; Accompagnement de développement.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação dos sistemas contextuais que compõem a Perspectiva Bioecológica do Desenvolvimento Humano.....	39
Quadro 1- Representação dos sistemas contextuais que compõem a Perspectiva Bioecológica do Desenvolvimento humano.....	58
Quadro 2 - Etapas da coleta de dados.....	73
Figura 2- Processo de coleta de dados de acordo com o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano.....	80
Quadro 3 - Protocolo de organização dos fatores de risco e de proteção – Incidência dos fatores de risco e de proteção da família A de acordo com o modelo PPCT.....	95

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Características quanto à idade dos pais e ao sexo das crianças – Média e desvio padrão (dp), Porcentagem (%).....	99
Tabela 2- Características da situação conjugal do casal, do tipo de família e da procedência Familiar – Frequência (f) e Porcentagem (%).....	100
Tabela 3 - Características das famílias – escolaridade e ocupação profissional dos pais – Frequência (f), Porcentagem (%)....	101
Tabela 4 - Características das condições de moradia e renda das famílias – Média e desvio Padrão (dp), Valores mínimo (min) e máximo (max), Frequência (f).....	103
Tabela 5 - História reprodutiva da mãe e condução da gravidez – Média e desvio padrão (dp), Valores mínimo (min) e máximo (max).....	104
Tabela 6 - Fatores de risco maternos na fase pré-natal e tipo de parto em cada família.....	105
Tabela 7 - Características das condições de nascimento e crescimento das crianças até os dois anos de idade e tempo de amamentação – Média e desvio padrão (dp), Valores mínimo (min) e máximo (max).....	106
Tabela 8 - Desempenho das crianças avaliado por meio do Teste de Denver-II, na 3ª e 4ª etapas, classificação geral e nas tarefas realizadas por áreas – Porcentagem (%).....	108
Tabela 9 - Estimulação do ambiente familiar por meio do Inventário Home na segunda, terceira e quarta etapas da pesquisa em termos de escore total, classificação e os escores nas subescalas – Média e desvio padrão (dp), Frequência (f) e Classificação.....	110

Tabela 10 - Eventos adversos, em termos de classificação geral e número de eventos por área, medidos por meio da Escala de Eventos Vitais na 3ª e 4ª etapas – Frequência (f).....	112
Tabela 11 - Índice de risco psicossocial de Rutter nas famílias, classificação geral e por itens – Frequência (f).....	113
Tabela 12 - Classificação da avaliação do desenvolvimento das crianças e do ambiente familiar nos instrumentos aplicados, análise por família.....	115
Tabela 13 - Correlações das variáveis da criança entre si, e variáveis da criança e do ambiente avaliadas por meio do Roteiro de Entrevista.....	117
Tabela 14 - Correlações entre a estimulação ambiental, variáveis da criança e do ambiente.....	119
Tabela 15 - Correlações entre os eventos vitais (3ª e 4ª etapas) e variáveis da criança.....	120
Tabela 16 - Correlações entre indicadores do Teste de Denver-II (3ª e 4ª etapas total) e as variáveis da criança e do ambiente.....	122
Tabela 17 - Correlações entre indicadores do Teste de Denver-II, (3ª e 4ª etapas separada) e variáveis da criança e do ambiente.....	124
Tabela 18 - Comparação das médias da estimulação do ambiente, por meio do Inventário Home, na 2ª, 3ª, e 4ª etapas – Média e desvio padrão.....	125
Tabela 19 - Comparação das médias do desempenho no Teste de Denver-II na 3ª e 4ª etapas – Média e desvio padrão (dp).....	126
Tabela 20 - Comparação das médias dos resultados da Escala de Eventos Vitais na 3ª e 4ª etapas – Média e desvio padrão (dp).....	127

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	201
Apêndice B - Genograma familiar/Entrevista semiestruturada.....	203
Apêndice C - Instruções para a construção do Ecomapa.....	204
Apêndice D - Entrevista semiestruturada – na internação.....	205
Apêndice E - Entrevista semiestruturada – após a alta.....	206
Apêndice F - Entrevista semiestruturada – 1 ano de idade corrigida.....	207
Apêndice G - Entrevista semiestruturada – 2 anos de idade corrigida.....	208
Apêndice H - Características das famílias participantes.....	209
Apêndice I - Características das condições de moradia das famílias, em termos de cômodos e pessoas na casa, condições de saneamento e tipo de locação na 2ª etapa (E2), 3ª etapa (E3) e 4ª etapa (E4) da pesquisa.....	210
Apêndice J - Características da renda das famílias na segunda, terceira e quarta etapas da pesquisa.....	211
Apêndice K - História reprodutiva da mãe e condução da gravidez, por família.....	212
Apêndice L - Características das condições de nascimento e crescimento das crianças até os dois anos de idade e tempo de amamentação.....	213
Apêndice M - Avaliação dos indicadores de risco do desenvolvimento das crianças com 1 ano de idade corrigida, por meio do Teste de Denver-II, na amostra total em termos de risco e normalidade e em cada área (porcentagem - %)......	214

Apêndice N - Avaliação dos indicadores de risco do desenvolvimento das crianças com 1 ano de idade corrigida, por meio do Teste de Denver-II, na amostra total em termos de risco e normalidade e quantidade de tarefas realizadas em cada área.....	215
Apêndice O - Avaliação dos indicadores de risco do desenvolvimento das crianças com 2 anos de idade corrigida, por meio do Teste de Denver-II, na amostra total em termos de risco e normalidade e em cada área (porcentagem - %).....	216
Apêndice P - Avaliação dos indicadores de risco do desenvolvimento das crianças com 2 anos de idade corrigida, por meio do Teste de Denver-II, na amostra total em termos de risco e normalidade e total de tarefas realizadas em cada área.....	217
Apêndice Q - Indicadores de estimulação do ambiente familiar, medidos por meio do Inventário Home, em termos de escore total, classificação e o resultado em escore por subescala, na 2 ^a (E2), 3 ^a (E3) e 4 ^a (E4) etapas da pesquisa.....	218
Apêndice R - Eventos vitais em termos do número de eventos, classificação em quartis e fonte estressora com 1 ano de idade corrigida da criança.....	219
Apêndice S - Eventos vitais nas famílias, por itens de cada fonte estressora com 1 ano de idade corrigida da criança.....	220
Apêndice T - Eventos vitais em termos do número de eventos, classificação em quartis e fonte estressora aos 2 anos de idade corrigida da criança.....	221
Apêndice U - Eventos vitais nas famílias, por itens de cada fonte estressora aos 2 anos de idade corrigida da criança.....	222
Apêndice V - Itens de risco psicossocial de Rutter presentes em cada família e avaliação do risco psicossocial.....	223

Apêndice W - Análise gráfica da rede social da família B de acordo com a estrutura, funções e atributos de cada interação, mudanças desejadas e interações nos Ecomapas 1, 2, 3 e 4.....	224
Apêndice X - Análise gráfica da rede social da família C de acordo com a estrutura, funções e atributos de cada interação, mudanças desejadas e interações nos Ecomapas 1, 2, 3 e 4.....	226
Apêndice Y – Análise gráfica da rede social da família C de acordo com a estrutura, funções e atributos de cada interação, mudanças desejadas e interações nos Ecomapas 1, 2, 3 e 4.....	228
Apêndice Z - Análise gráfica da rede social da família D de acordo com a estrutura, funções e atributos de cada interação, mudanças desejadas e interações nos Ecomapas 1, 2, 3 e 4.....	230
Apêndice AA - Análise gráfica da rede social da família E de acordo com a estrutura, funções e atributos de cada interação, mudanças desejadas e interações nos Ecomapas 1, 2, 3 e 4.....	232
Apêndice BB - Análise gráfica da rede social da família F de acordo com a estrutura, funções e atributos de cada interação, mudanças desejadas e interações nos Ecomapas 1, 2, 3 e 4.....	234
Apêndice CC - Análise gráfica da rede social da família G de acordo com a estrutura, funções e atributos de cada interação, mudanças desejadas e interações nos Ecomapas 1, 2, 3 e 4.....	236
Apêndice DD - Análise gráfica da rede social da família H de acordo com a estrutura, funções e atributos de cada interação, mudanças desejadas e interações nos Ecomapas 1, 2, 3 e 4.....	238
Apêndice EE - Análise gráfica da rede social da família I de acordo com a estrutura, funções e atributos de cada interação, mudanças desejadas e interações nos Ecomapas 1, 2, 3 e 4.....	240
Apêndice FF - Análise gráfica da rede social da família J de acordo com a estrutura, funções e atributos de cada interação, mudanças desejadas e interações nos Ecomapas 1, 2, 3 e 4.....	242

Apêndice GG - Análise gráfica da rede social da família K de acordo com a estrutura, funções e atributos de cada interação, mudanças desejadas e interações nos Ecomapas 1, 2, 3 e 4.....	244
Apêndice HH - Incidência dos fatores de risco e de proteção da família B de acordo com o modelo PPCT.....	246
Apêndice II - Incidência dos fatores de risco e de proteção da família C de acordo com o modelo PPCT.....	248
Apêndice JJ - Incidência dos fatores de risco e de proteção da família D de acordo com o modelo PPCT.....	250
Apêndice KK - Incidência dos fatores de risco e de proteção da família E de acordo com o modelo PPCT.....	252
Apêndice LL - Incidência dos fatores de risco e de proteção da família F de acordo com o modelo PPCT.....	254
Apêndice MM - Incidência dos fatores de risco e de proteção da família G de acordo com o modelo PPCT.....	256
Apêndice NN - Incidência dos fatores de risco e de proteção da família H de acordo com o modelo PPCT.....	258
Apêndice OO - Incidência dos fatores de risco e de proteção da família I de acordo com o modelo PPCT.....	260
Apêndice PP - Incidência dos fatores de risco e de proteção da família J de acordo com o modelo PPCT.....	262
Apêndice QQ - Incidência dos fatores de risco e de proteção da família K de acordo com o modelo PPCT.....	264
Apêndice RR - Dicionário do SPSS.....	266

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1 - Modelo gráfico do Genograma.....	271
Anexo 2 - Símbolo e abreviações do Genograma.....	272
Anexo 3 - Modelo gráfico do Ecomapa.....	273
Anexo 4 - Entrevista para Identificação de Riscos Biopsicossociais na História de vida da Criança/Índice de Risco Psicossocial de Rutter.....	274
Anexo 5 - Inventário Home para Observação e Medida do Ambiente.....	279
Anexo 6 - Escala de Eventos Vitais.....	281
Anexo 7 - Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver-II.....	282

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Denver 3	Teste de Denver-II aplicado na 3ª etapa da pesquisa
Denver 4	Teste de Denver-II aplicado na 4ª etapa da pesquisa
Eco 1, 2, 3 e 4	Ecomapa e entrevista semiestruturada construído, respectivamente, na 1ª, 2ª, 3ª e 4ª etapas da pesquisa
Entrev.	Roteiro de entrevista para identificação de riscos biopsicossociais na história de vida da criança, ao longo das etapas
Eventos vitais 3 e 4	Escala de Eventos Vitais aplicados na 3ª e 4ª etapas da pesquisa
Geno	Genograma e Entrevista Semiestruturada
Home 2, 3 e 4	Inventário Home aplicado na 2ª, 3ª e 4ª etapas da pesquisa
IHDP	Infant Health and Development
IG	Idade gestacional
L	Área da linguagem do Teste de Denver-II
MC	Método Canguru
MFA	Área motora fina adaptativa do Teste de Denver-II
MG	Área motora grosseira do Teste de Denver-II
NIDCAP	Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program
Obs.	Observação Participante

PPCT	Pessoa, Processo, Contexto e Tempo
PS	Área pessoal-social do Teste de Denver-II
PSF	Programa Saúde da Família
RI	Rede Institucional
RNEBP	Recém-nascido de extremo baixo peso
RNMBP	Recém-nascido de muito baixo peso
RP	Rede Pessoal
SOPERJ	Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro
SUS	Sistema Único de Saúde
ULS	Unidade Local de Saúde
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	29
2 OBJETIVOS	34
2.1 Objetivo Geral.....	34
2.2 Objetivos Específicos.....	34
3 REVISÃO DA LITERATURA	35
3.1 Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano	35
3.2 Prematuridade.....	42
3.3 Fatores de Risco e de Proteção para o Desenvolvimento.....	47
3.4 Redes Sociais.....	53
3.4.1 Rede Social Pessoal.....	57
3.4.2 Rede Social Institucional.....	62
4 MÉTODO	71
4.1 Caracterização da Pesquisa.....	71
4.2 Participantes.....	73
4.3 Local.....	74
4.4 Aspectos Éticos.....	76
4.5 Instrumentos e Técnicas.....	76
4.6 Procedimentos.....	81
4.6.1 Coleta de Dados.....	81
4.6.2 Análise dos Dados.....	85
4.6.3 Tratamento dos Dados.....	89
5 RESULTADOS	98
5.1 Resultados da Análise Quantitativa.....	98
5.1.1 Caracterização da Amostra.....	98
5.1.2 Características da História Pré-Natal, Perinatal e Neonatal das Crianças.....	104
5.1.3 Avaliação do Desenvolvimento da Criança e do Ambiente Familiar.....	107
5.1.4 Correlação entre os Resultados da Avaliação do Desenvolvimento com as Variáveis do Ambiente Familiar.....	116

5.1.5 Comparação das Médias dos Indicadores de Desenvolvimento da Criança e do Meio Ambiente Avaliados em Etapas Diferentes.....	125
5.2 Resultados da Análise Qualitativa.....	127
5.2.1 Características da Configuração e da Dinâmica Relacional das Famílias.....	128
5.2.2 Características da Rede Social das Famílias.....	129
5.2.3 Identificação dos Fatores de Risco e de Proteção de acordo com o Modelo PPCT.....	148
6 DISCUSSÃO.....	154
7 CONCLUSÕES.....	176
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	180
9 REFERÊNCIAS.....	184
APÊNDICES.....	201
ANEXOS.....	271

1 INTRODUÇÃO

Nascem anualmente em todo mundo 20 milhões de crianças pré-termo e com baixo peso. No Brasil, a prematuridade e o baixo peso ao nascer encontram-se entre as causas importantes de mortalidade infantil (Ministério da Saúde, 2009a). A prematuridade é um tema preocupante na atenção à saúde perinatal, não só pelos índices de mortalidade a ela associados, mas pela qualidade de vida restrita a que a ela sobrevivem. Embora tenha havido muitos avanços em neonatologia, com recursos humanos e tecnologias complexas, que permitem a sobrevivência de recém-nascido de extremo baixo peso (500 ou 600g), as sequelas da prematuridade podem ser graves e penosas, tanto para o bebê quanto para a sua família (Rugolo, 2005).

A prematuridade é uma condição de risco biológico, em si, para o desenvolvimento das crianças e quando está associada a fatores de risco ambientais contribui para o surgimento de problemas de comportamento e desenvolvimento (Laucht, Esser, & Schmidt, 2001; Silva, 2002). Diante do alto índice de morbidade inerente a essa condição de nascimento, o grande desafio está em como oferecer a essas crianças uma boa qualidade de vida. Nesse sentido, torna-se fundamental a identificação dos fatores de risco e de proteção presentes nos diversos ambientes onde ocorre o desenvolvimento dessas crianças, a fim de se planejar intervenções que minimizem os danos sobre o seu desenvolvimento.

Os trabalhos encontrados avaliam o impacto do nascimento de crianças pré-termo sobre o desenvolvimento da linguagem (Tommiska et al., 2003), do comportamento psicomotor (Cunha, 2007) e de aprendizagem (Fan, 2008), além do desempenho escolar e privilegiam os estudos acerca dos fatores de risco e proteção para o desenvolvimento. Indicam, também, que as crianças que nascem pré-termo e de baixo peso estão sujeitos a uma série de sequelas neurológicas, reinternações hospitalares e problemas de ordem emocional na infância, especialmente quando esse risco biológico está associado a fatores de riscos ambientais, tais como os socioeconômicos, psicossociais e estrutura familiar (Silva, 2002). Nessa direção, os autores pesquisados sugerem que se busque a proteção dessas crianças por meio de medidas que envolvam suas famílias e os demais ambientes nos quais estão inseridas, o que remete para a investigação dos recursos

em nível pessoal e institucional que essas crianças e famílias dispõem, ou seja, as suas redes sociais.

O presente estudo verificou a influência das redes sociais na promoção da saúde e do desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo, identificou os fatores de risco e de proteção ligados à configuração de tais redes, bem como presentes na criança e no ambiente familiar, e relacionou os resultados do desenvolvimento da criança com as variáveis do ambiente familiar. Realizou-se, para tanto, pesquisa bibliográfica utilizando-se as palavras-chave: pré-termo, fatores de risco, fatores de proteção, redes sociais e acompanhamento do desenvolvimento, por meio de diversas combinações desses descritores. Além dos diversos periódicos pesquisou-se, também, em dissertações e teses, bem como em livros-textos que abarcam essa temática.

Ao escolher um tema para investigar o pesquisador se depara com muitas idéias e muitas dúvidas, que podem surgir a partir de um questionamento acerca de uma teoria, ou a partir da história pessoal deste ou de sua prática como um cenário real que apresenta desafios para ser reconstruído. A prática profissional desta pesquisadora como psicóloga há alguns anos em uma maternidade pública atuando diretamente na Unidade Neonatal, se constituiu no contexto em que surgiu uma série de inquietações e questionamentos que deram origem ao desejo de realizar esta pesquisa. Corroborando com o que aponta Severino (2002), a escolha de um tema de pesquisa e a sua realização constituem um ato político, no sentido de que o caráter pessoal do trabalho do pesquisador tem uma dimensão social, pois supõe-se que o pesquisador, antes de definir seu objeto de pesquisa, tenha pensado criticamente sobre o mundo, sobre a influência do seu projeto de pesquisa nas tramas políticas da realidade social.

Essa experiência profissional permitiu constatar o que diversos autores (Stern, 1997; Linhares, 2002; Rapoport, & Piccinini, 2002) já afirmaram em seus estudos, ou seja, a fragilidade emocional e a carência de recursos da família, especialmente da mãe, bem como a importância do apoio social para o manejo das questões que permeiam esse contexto. Daí decorre a importância da atenção e das intervenções dos profissionais de saúde na identificação ou na criação, juntamente com a família, das redes de apoio social na perspectiva de ajudá-las no enfrentamento da situação imposta, a fim de minimizar os riscos a que essas crianças estão expostas e proteger o seu desenvolvimento. Para Rapoport (2003), pessoas com boas redes de apoio social e afetivo são

mais competentes para oferecer apoio e estabelecer relações próximas e significativas, fazendo parte da rede de outras pessoas, e tendem a ter capacidade aumentada para enfrentar eventos da vida.

Pesquisas brasileiras como as de Dessen e Braz (2000), Rapoport e Piccinini (2002, 2006) e Simioni e Gelbi (2008) demonstram que o apoio social, advindo das redes, é fundamental durante os períodos de transição e de mudanças, como o nascimento de um filho. Nas transições consideradas não normativas, como no nascimento de um filho pré-termo, o apoio social torna-se imprescindível, o que justifica, portanto, a elaboração de políticas que contemplem esse tipo de apoio. Linhares, Carvalho, Bordin e Jorge, (1999) e Linhares et al. (2000) apontam para a importância dos programas de intervenção e de acompanhamento das crianças nascidas pré-termo, bem como suas famílias. Esses programas, no entanto, devem ser elaborados a partir de uma visão horizontalizada, que contemple os diversos ambientes envolvidos no desenvolvimento das crianças.

A presente pesquisa foi elaborada a partir da concepção teórico-metodológica do desenvolvimento humano, o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 1996; Bronfenbrenner, & Morris, 1998; Bronfenbrenner, & Evans, 2000). Esse modelo abarca a complexidade de relações na qual está o sujeito em desenvolvimento, representado nesta pesquisa pela criança nascida pré-termo. Segundo o referido modelo o sujeito interage de maneira dinâmica e recíproca com diversos contextos, os quais estão inter-relacionados e nos quais poderemos encontrar, por sua vez, as redes sociais. Trata-se de um trabalho minucioso de mapeamento das configurações, tanto da rede pessoal da família como da rede institucional de apoio, e que encerra uma abordagem multimetodológica, pois foram utilizados também instrumentos que requeriam análises quantitativas.

Dada a complexidade e a inter-relação dos vários fatores envolvidos no desenvolvimento das crianças que nascem pré-termo, este estudo investigou a rede social pessoal e institucional, abrangendo o período do nascimento aos dois anos de idade corrigida da criança, por ser este um dos períodos críticos do desenvolvimento. Considerando a dinâmica e mobilidade das redes sociais, além dos processos interacionais entre a pessoa e os contextos em que ocorre o desenvolvimento e dos contextos entre si, buscou-se identificar os fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança, a

presença dos riscos psicossociais, bem como a estimulação do ambiente familiar nesse período do desenvolvimento.

Quando a presente pesquisa foi iniciada, eram tradicionais os estudos que privilegiavam os fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento de bebês pré-termo (Werner, 1986; Carvalho, Linhares, & Martinez, 2001), mas eram mais raros os que abordavam a função e a importância das redes sociais, assim como a consecução de uma análise minuciosa destas, que privilegie suas interações, o que aponta, então, para a relevância científica do presente estudo. Além de investigar a influência das redes sociais para o desenvolvimento das crianças que nasceram pré-termo, este estudo buscou enfatizar a necessidade de potencializar as redes na assistência da criança pré-termo e sua família. Esta medida vai ao encontro da concepção do Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano. Nessa concepção, os diferentes contextos dos quais a criança e sua família participam, bem como as qualidades das interações entre os vários contextos exercem influência fundamental no seu desenvolvimento.

Assim, pretende-se que esta pesquisa possa instrumentalizar a organização de programas de intervenção e de acompanhamento dessas crianças e de suas famílias, implementando, dessa forma, as políticas de saúde que planejam as ações na saúde perinatal e na área da criança. Nesse sentido, espera-se que tais ações contemplem a rede social das famílias, uma vez que essas redes indicam sua configuração e estrutura, além da interação família-serviços de saúde-comunidade. Deste modo, todo o investimento técnico, científico e financeiro direcionado às crianças nascidas pré-termo, durante sua internação neonatal, a fim de permitir a sua sobrevivência, só terá sentido se essas crianças forem acompanhadas em contextos que promovam seu desenvolvimento.

O modelo metodológico desenvolvido nesse estudo, o qual contemplou os aspectos Pessoa, Processo, Contexto e Tempo, com base no Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano, não se encontra descrito nos estudos brasileiros que abarcam modelos sistêmicos de pesquisa, voltados para a temática da prematuridade. No entanto, verificou-se a existência de estudos que adotaram o referido modelo em pesquisas que contemplaram outros períodos e aspectos do desenvolvimento humano, como as de Wendt (2006), Santa Maria-Mengel (2007) e Andrada (2007). Pretendeu-se, portanto, com a presente pesquisa, contribuir para a área da Psicologia do Desenvolvimento e Saúde da Criança.

Assim, tendo como eixo principal as redes sociais no contexto do desenvolvimento das crianças nascidas pré-termo e seu acompanhamento até o segundo ano de vida, esta pesquisa buscou responder aos seguintes questionamentos: **Como se caracterizam as redes sociais na promoção de saúde e do desenvolvimento de crianças que nasceram pré-termo? Quais os fatores de risco e de proteção, presentes nas crianças, no ambiente familiar e nas redes sociais, que contribuem para o desenvolvimento da criança ao longo dos seus dois primeiros anos de vida?**

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Verificar a influência das redes sociais na promoção da saúde e do desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo, ao longo dos seus dois primeiros anos de vida.

2.2 Objetivos Específicos

a) Descrever a configuração das famílias de crianças que nasceram pré-termo, bem como sua dinâmica relacional.

b) Caracterizar a rede social pessoal e institucional das famílias durante a internação da criança, após sua alta hospitalar e no seu primeiro e segundo ano de vida.

c) Identificar os fatores de risco e de proteção que contribuem para o desenvolvimento, presentes nas crianças, no ambiente familiar e a partir das características das redes sociais.

d) Relacionar o desenvolvimento da criança com as variáveis do ambiente familiar.

e) Verificar a ocorrência de diferença nos resultados do desenvolvimento da criança e do meio ambiente, avaliados em períodos diversos.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano

A vida contemporânea apresenta a urgência de se pensar em novas alternativas e de se desenvolver critérios e procedimentos éticos para sobreviver aos problemas presentes na sociedade, nas organizações e nas relações de modo geral. Quando se trata do estudo das interações e das relações familiares, bem como dos recursos utilizados diante de uma situação de risco para o desenvolvimento humano, a teoria da complexidade, com seu arcabouço conceitual, oferece importantes contribuições (Morin, 1999).

Assim, considerando que a ciência, hoje, pensa o ser humano em processos e sua dinâmica, abordar o tema da prematuridade, a partir desse modelo, significa concebê-la como um processo que envolve diversos aspectos, como os biológicos, próprios de cada recém-nascido, e os diversos ambientes dos quais ele participa, passando pelas tecnologias do serviço de saúde e das intervenções da equipe multidisciplinar, além da relação dos pais e/ou cuidadores das crianças. Portanto, para compreender, bem como promover o desenvolvimento das crianças nascidas pré-termo, se faz necessário lançar um olhar para todos os atores e elementos que compõem esse cenário, procedimento complexo que não pode ser abordado de modo fragmentado.

Nesse sentido, é fundamental a utilização de um modelo teórico que não dissocie o sujeito dos múltiplos contextos nos quais ele realiza sua existência. Assim, a abordagem teórico-metodológica que abarca essa concepção e utilizada neste estudo teve como substrato a Perspectiva Bioecológica do Desenvolvimento Humano, proposta por Bronfenbrenner (1996; 2005), seu principal autor, o qual foi atuante no campo da Psicologia do Desenvolvimento. Essa concepção prioriza o estudo do desenvolvimento humano no seu contexto de vida real, vislumbrando todo o sistema ecológico em que ocorre esse processo, bem como as interações nele estabelecidas (Kazak, Segal-Andrews, & Johnson, 1995). Considerando que o objetivo deste estudo era investigar as redes sociais na promoção da saúde e do desenvolvimento das crianças nascidas pré-termo, era imprescindível a utilização de um modelo teórico que contemplasse a teia de interações entre o sujeito em desenvolvimento e os diferentes ambientes do seu contexto de vida.

O modelo teórico de Bronfenbrenner vem sendo trabalhado há quatro décadas, o que contribuiu para que ele esteja sempre em evolução. Porém, duas fases distintas são destacadas nas obras de Bronfenbrenner: a primeira descreve o Modelo Ecológico, que atribuiu uma ampla ênfase ao papel do ambiente durante o desenvolvimento, conferindo menor destaque aos processos individuais (Bronfenbrenner, & Morris, 1998); na segunda fase, o autor agrega novos conceitos ao modelo original e atribui aos processos individuais uma posição central no processo de desenvolvimento, propondo uma recombinação dinâmica entre os conceitos principais do Modelo Ecológico e o novo modelo (os processos individuais), passando a denominá-lo de Modelo Bioecológico (Bronfenbrenner, & Morris, 1998; Bronfenbrenner, & Evans, 2000; Ceconello, & Koller, 2003).

Nessa perspectiva, não é apenas o ambiente imediato que influencia o desenvolvimento, mas a interconexão entre esse ambiente e outros mais amplos, além do papel ativo e interativo do indivíduo como agente de mudança. Falar em desenvolvimento humano implica dizer que este ocorre contextualmente com base nos quatro componentes dinâmicos e inter-relacionados, propostos por Bronfenbrenner: a Pessoa, o Processo, o Contexto e o Tempo – PPCT (Bronfenbrenner, 1996; Bronfenbrenner, & Morris, 1998; Bronfenbrenner, & Evans, 2000). Esses quatro componentes, PPCT, constituem um modelo que compõe o delineamento das pesquisas sobre desenvolvimento humano tendo como base a Perspectiva Bioecológica, a qual subsidiou o presente estudo.

A **pessoa** é compreendida a partir de suas características biopsicológicas e aquelas construídas na interação com o ambiente (Bronfenbrenner, & Morris, 1998). No Modelo Bioecológico, as características da pessoa são vistas tanto como produtoras como produtos do desenvolvimento. Desse modo, o desenvolvimento está relacionado com estabilidade e mudanças nas características biopsicológicas da pessoa durante o seu ciclo de vida. Esses autores apontam para três características como atuantes no desenvolvimento, por sua capacidade de influenciar os processos proximais: a disposição, os recursos e as demandas. A disposição se refere a elementos comportamentais, tanto podendo colocar os processos proximais em movimento como impedir que estes ocorram. As disposições podem ser generativas ou inibidoras, sendo que a primeira concerne às disposições que influenciam de forma positiva os processos proximais, como curiosidade, iniciativa e engajamento em atividades pessoais ou com outras pessoas. As disposições inibidoras dizem respeito às características disruptivas da pessoa e indicam as dificuldades desta em

manter o controle de suas emoções e comportamentos, dentre elas, apatia, timidez, insegurança, impulsividade, desatenção e a irresponsabilidade (Bronfenbrenner, & Morris, 1998).

Os recursos bioecológicos se constituem em deficiências ou habilidades que influenciam a capacidade da pessoa para se engajar nos processos proximais ao longo do tempo. As deficiências podem ser características genéticas, as doenças crônicas severas, a prematuridade e o baixo peso ao nascer, além de dano cerebral, ou seja, condições que limitam a pessoa de manter ativos os processos proximais. As habilidades relacionam-se às competências, experiências e aos conhecimentos que num processo de evolução, ampliam os domínios nos quais os processos proximais operam construtivamente (Bronfenbrenner, & Morris, 1998). As demandas são atributos da pessoa capazes de requerer ou impedir reações no ambiente social, que favoreçam ou inibam a ocorrência dos processos proximais. São aspectos que envolvem a aparência e a personalidade da pessoa, comportamento ativo ou comportamento passivo, bebês alegres que atraem mais a atenção para iniciar interações do que os bebês irritados, por exemplo.

O **processo**, por sua vez, é visto como o responsável pelo desenvolvimento e ocorre por meio da interação recíproca e cada vez mais complexa entre um ser humano e outras pessoas, objetos e símbolos em um ambiente imediato, que Bronfenbrenner chamou de processos proximais. Os autores supracitados citam como exemplos a interação entre mãe-bebê, a alimentação e os cuidados de conforto do bebê, as atividades de lazer e brincadeiras pais-criança e criança-criança, as brincadeiras em grupo ou solitárias, o estudo, a leitura, a resolução de problemas, entre outros.

De acordo com Bronfenbrenner e Morris (1998), para que os processos proximais contribuam para o desenvolvimento a pessoa deve estar engajada em uma atividade e, além disso, deve haver reciprocidade entre os envolvidos na atividade. Da mesma forma, a interação deve acontecer regularmente, por um longo período de tempo, e ser progressivamente mais complexa. Da mesma forma, faz-se necessário que as pessoas, os objetos e os símbolos presentes no ambiente estimulem a atenção, a exploração e a manipulação da pessoa em desenvolvimento.

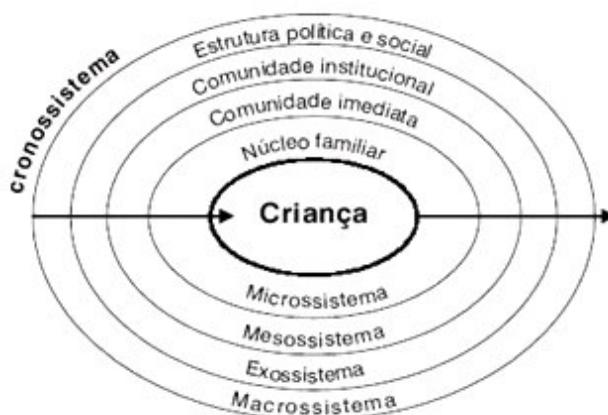
Dependendo da natureza do ambiente, o processo pode produzir dois efeitos: a) de competência, que diz respeito à aquisição e ao desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e capacidade para conduzir e direcionar seu próprio comportamento por meio de diferentes

situações e domínios do desenvolvimento, como intelectual, físico, motivacional, socioemocional ou artístico); b) disfunção, que se refere à manifestação recorrente de dificuldades para manter o controle e a integração de comportamento, levando a diferentes tipos de impactos no desenvolvimento (Bronfenbrenner, & Morris, 1998; Bronfenbrenner, & Evans, 2000).

Na medida em que há extensão de contato íntimo, ou seja, que ocorrem os processos proximais, estes contribuem para a competência ou disfuncionalidade (Bronfenbrenner, & Evans, 2000). A exposição aos processos proximais, contudo, varia, em termos de duração do contato; frequência com que este ocorre ao longo do tempo; interrupção, no que se refere à regularidade ou à frequência com que a interação é interrompida; tempo da interação, o qual diz respeito à rapidez ou demora em atender a demanda da pessoa; e intensidade e vigor do contato. Conforme essa teoria, quando a exposição ao processo proximal ocorre de forma breve e irregular, esta pode levar a resultados disruptivos no desenvolvimento. Os pais e/ou cuidadores, por manterem contato constante e prolongado com as crianças, são as principais pessoas engajadas em processos proximais, podendo, então, promover o desenvolvimento de competências ou de disfunção.

O **contexto**, terceiro componente do Modelo Bioecológico, se refere aos contextos de vida da pessoa e é analisado por meio da interação de quatro níveis ambientais – o microsistema, o mesossistema, exossistema e o macrossistema – e todos esses sistemas são influenciados pelo cronossistema (Figura 1).

Figura 1. Representação dos sistemas contextuais que compõem a Perspectiva Bioecológica do Desenvolvimento Humano.
Fonte: Halpern, & Figueiras (2004).



Esses sistemas, de acordo com Bronfenbrenner (1996), estão organizados como um encaixe de estruturas concêntricas, uma contendo a outra, compondo o que o autor chama de meio-ambiente-ecológico. O microsistema é o ambiente imediato, no qual está a pessoa em desenvolvimento (a UTI Neonatal, a família, por exemplo) e se estabelecem relações face-a-face estáveis e significativas, em que haja reciprocidade, equilíbrio de poder e afeto. Conforme sugere Kazak et al. (1995) a condição da criança, ou seja, a prematuridade é parte do microsistema, uma vez que estabelece demandas próprias a respeito da criança e da família. É no microsistema que ocorrem os processos proximais que produzem e sustentam o desenvolvimento, cuja eficácia depende da sua estrutura e do seu conteúdo (Bronfenbrenner, 1996; Bronfenbrenner, & Morris, 1998).

O mesossistema diz respeito às inter-relações entre dois ou mais ambientes que a pessoa em desenvolvimento participa, como as relações entre a família e a creche ou a escola, a família e o trabalho, a família e os vizinhos, entre outros. O mesossistema é considerado um sistema de microsistemas. No exossistema, por sua vez, a pessoa não se encontra presente, mas as relações que neles existem afetam indiretamente seu desenvolvimento, como trabalho dos pais, rede social de apoio e a comunidade. Segundo Kazak et al. (1995) “pesquisa nesta área

considerou o impacto das redes sociais parentais e do trabalho dos pais sobre as crianças” (p.87). Já o macrossistema, por sua vez, consiste nos modelos institucionais de atuação da equipe de saúde, crenças, valores, formas de governo, cultura, os obstáculos e opções no curso da vida, que no dia a dia das pessoas influenciam seu desenvolvimento (Bronfenbrenner, 1996; Bronfenbrenner, & Morris, 1998).

Para Bronfenbrenner (1996), as relações ocorridas nos subsistemas e entre eles podem ser mais decisivas para o desenvolvimento humano do que os próprios eventos que ocorrem em cada um deles. Nesse sentido, afirma o autor que “a capacidade de uma criança aprender a ler nas séries iniciais depende tanto do modo como ela é ensinada quanto da existência de laços entre a escola e a família” (Bronfenbrenner, 1996, p.05). Utilizando-se desse exemplo no campo da saúde, pode-se inferir que a promoção de saúde e desenvolvimento de crianças com fatores de risco pré e perinatais vai depender, além do engajamento da família e dos serviços de saúde, sobretudo do tipo de relação estabelecida entre ambos. Para Kazak et al. (1995) e Bronfenbrenner (1996) essa interdependência entre os sistemas aos quais o indivíduo pertence e interage, por meio de relações cada vez mais complexas potencializam seus recursos e suas possibilidades de transformação.

O **tempo**, último componente do modelo PPCT, permite examinar a influência de mudanças e continuidades para o desenvolvimento humano, que ocorrem ao longo do ciclo de vida. O tempo se constitui no quinto subsistema, o cronossistema, que permeia as mudanças que ocorrem em cada subsistema ao longo do tempo, considerando a história transgeracional da família e dos grupos sociais (Bronfenbrenner, 1996; Polônia, Dessen, & Silva, 2005). Pode-se exemplificar algumas mudanças ocorridas no cronossistema, como mudanças na estrutura da família, na condição socioeconômica, no local de moradia, no trabalho, entre outras. O tempo é analisado em três níveis: microtempo, mesotempo e macrotempo.

O microtempo refere-se às frequências dos processos proximais que acontecem regularmente, isto é, à continuidade e descontinuidade, demarcando a instabilidade ou estabilidade no ambiente. O mesotempo diz respeito à periodicidade (frequência e regularidade) dos processos proximais em intervalos de tempo maiores, como dias, semanas e meses. O macrotempo são as mudanças nos eventos da sociedade e no tempo histórico relativas às mudanças no nível do macrossistema. A análise do tempo focaliza a pessoa em relação aos acontecimentos da sua vida, desde os mais próximos aos mais distantes. Assim, o tempo assume uma

característica definidora nos quatro componentes do Modelo Bioecológico, no sentido de que as mudanças que ocorrem através do tempo não são só produtos, mas produtoras da mudança histórica, pela interação e atividades desses componentes (Bronfenbrenner, & Morris, 1998).

Bronfenbrenner (1996) destaca a importância de um fenômeno que ocorre dentro do espaço ecológico: a transição ecológica. Esse fenômeno ocorre sempre que a posição da pessoa no meio ambiente é alterada, em decorrência da mudança de papel, ambiente ou ambos. São diferenciadas duas formas de transição no curso do desenvolvimento: transição normativa, ou seja, aquela que é esperada e vivenciada pela maioria das pessoas (adolescência, casamento, parentalidade); e a transição não normativa, que está ligada a eventos não esperados (doença crônica, divórcio, nascimento pré-termo). Essas transições geram mudanças na percepção que a pessoa tem de si mesma e dos outros, além de mudanças nas relações que ela estabelece com os outros.

Para as pesquisadoras Ceconello e Koller (2003), os quatro componentes do Modelo Bioecológico (PPCT) constituem um referencial teórico adequado para a realização de pesquisas sobre o desenvolvimento-no-contexto. Nesse sentido, as autoras apontam para um desafio científico neste novo milênio, lançado por Bronfenbrenner: o de desenvolver delineamentos de pesquisa apropriados para investigar os efeitos dos problemas vivenciados, atualmente, pelas famílias e sociedades, como a violência, a pobreza, o desemprego, a doença crônica, entre outros, os quais interferem no desenvolvimento e na manutenção dos processos proximais que levam à competência ou que geram a disfunção; outro desafio é identificar fatores que possam minimizar os efeitos desses problemas. As autoras ressaltam, ainda, que os achados nessas pesquisas são importantes tanto para a ciência quanto para a elaboração de políticas públicas.

A proposta bioecológica privilegia a inserção ecológica do pesquisador no ambiente a ser estudado e os fenômenos nele presentes. Ceconello e Koller (2003) demonstram, por meio de uma pesquisa de inserção ecológica na comunidade, que foi possível descrever os aspectos de risco e de proteção que influenciam os processos de vulnerabilidade e resiliência dentro das famílias. É uma perspectiva de pesquisa em Psicologia do Desenvolvimento que se mostra ampla, instrumentalizando teórica e metodologicamente pesquisadores interessados nas diversas relações pessoa-ambiente, em diferentes contextos socioculturais, bem como compreender o desenvolvimento em

situações não normativas, como por exemplo, no contexto da prematuridade.

Em um projeto de pesquisa ou num programa de intervenção com essa abordagem teórico-metodológica, é importante definir qual pessoa em desenvolvimento será focalizada. A partir daí, busca-se compreender a forma como ela está inserida e se desenvolvendo nos diferentes sistemas ambientais, os quais são dinâmicos e vivenciados concomitantemente. Para fins deste estudo, a pessoa em foco foi a criança nascida pré-termo e sua família. Assim, foram investigados os recursos de que a criança e a família dispunham para promover a saúde e o desenvolvimento da criança. Portanto, tornou-se necessário compreender o universo da prematuridade e os aspectos relacionados a essa condição de nascimento.

3.2 Prematuridade

O nascimento pré-termo, segundo a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1961), é definido como aquele que ocorre até 36 semanas e 6 dias de gestação. Por outro lado, um recém-nascido é considerado de baixo peso quando atinge um peso igual ou menor que 2.500g. Conforme Segre (2002), quando seu peso é inferior a 1.500g, o bebê é denominado recém-nascido de muito baixo peso (RNMBP) e quando o seu peso, ao nascer, é igual ou menor que 1.000g, este é denominado de recém-nascido de extremo baixo peso (RNEBP). Portanto, os sujeitos de pesquisa do presente estudo correspondem a essas duas classificações de prematuridade.

A extrema imaturidade está entre as causas importantes de mortalidade infantil no Brasil, segundo Segre (2002), além da anóxia perinatal, das infecções, seguida das malformações congênitas e da doença pulmonar. Os dados estatísticos disponíveis do Sistema Único de Saúde, referente ao ano base de 2008 com relação aos nascidos vivos no Brasil indicam um índice de 6,7% de nascimento pré-termo e 8,3% com baixo peso. Na Região Sul, o índice de nascimento pré-termo aumenta para 7,9% e o de baixo peso para 8,7%. No estado de Santa Catarina, por sua vez, 7,7% dos nascidos vivos eram pré-termo e 8,0% com baixo peso e no município de Florianópolis estes índices indicaram 8,5% de nascimento pré-termo e 8,1% com baixo peso (Ministério da Saúde, 2009b). A morbimortalidade neonatal aumenta em forma crescente na medida em que diminui a idade gestacional da criança e sua incidência

depende muito do nível socioeconômico e cultural da população, segundo Nikodem (2009).

Assim, atenção especial é dada ao peso no nascimento e à idade gestacional, pois estes determinam os fatores prognósticos essenciais da prematuridade, pelo papel relevante que desempenham na maturidade de vários sistemas do recém-nascido pré-termo (Zomignani, Zambelli, & Antonio, 2009). O peso e a idade gestacional no nascimento são variáveis inter-relacionadas e desvios de qualquer um desses parâmetros poderão resultar em aumento da morbi-mortalidade neonatal (Linhares et al., 1999; Carvalho et al., 2001; Moreira, & Rodrigues, 2003; Penalva, & Schwartzman, 2006). O estudo de Nobre, Carvalho, Martinez e Linhares (2009) mostrou que os bebês com baixo peso ao nascer, menor idade gestacional, maior índice de risco clínico e que permaneceram mais tempo internados na UTI Neonatal têm mais chances de apresentar risco no seu desenvolvimento.

Estudos epidemiológicos têm apontado fatores de risco para a prematuridade, como os apresentados por Orr e Miller (1995): fatores sociodemográficos; gestantes jovens, processos patológicos (hipertensão, gemelaridade, infecções, transtornos placentários, retardo de crescimento intraútero, nutrição inadequada, toxemia gravídica); comportamentos aditivos da gestante (uso de cigarro, drogas e álcool) e grau de pobreza, este último apontado por Werner (1986). Esses autores, no entanto, apontam que tais fatores respondem apenas por uma parte dos nascimentos prematuros (em torno de 30%), direcionando a pesquisa dos fatores de risco para a prematuridade aos aspectos psicossociais. Um dos fatores psicológicos que têm sido pesquisados como associado à prematuridade é a ansiedade (Araújo, Pereira & Kac, 2007), além da depressão na gravidez (Millán, Yevenez, Galvez, & Bahamonde, 1990), que por sua vez está vinculada às dificuldades econômicas e à falta de parceiro ou de suporte familiar e social.

A prematuridade é um tema preocupante, segundo Zucchi (1999), não só pelos índices de mortalidade a ela associados, mas pela qualidade de vida, restrita aos que a ela sobrevivem. Embora tenha havido avanços científicos e tecnológicos, nas duas últimas décadas, associados a importantes mudanças na assistência obstétrica e neonatal, como incremento no uso de corticóide antenatal e a terapia de reposição de surfactante no recém-nascido pré-termo (Rugolo, 2005), permitindo a sobrevivência de RNEBP (500 ou 600g), as sequelas da prematuridade podem ser graves e penosas, tanto para o bebê quanto para a sua família.

Estudos apontam que a prematuridade aumenta na criança a ocorrência de problemas motores (Halpern et al., 2000; Cunha, 2007),

cognitivos (Marlow, Wolke, Bracewell, & Samara, 2005; Linhares, Chimello, Bordin, Carvalho, & Martinez, 2005), de linguagem (Carvalho, Linhares, & Martinez, 2001; Tommiska et al., 2003; Pedromônico, 2003), de aprendizagem (Werner, 1986; Fan, 2008) e de comportamento (Carvalho et al., 2001; Fan, 2008; Spittle et al., 2009), bem como risco aumentado de vitimização infantil (Segre, 2002).

Recente revisão da literatura aponta que as alterações anatômicas e estruturais do cérebro, devido à interrupção das etapas de desenvolvimento pré-natal, podem causar déficits funcionais, tornando crianças nascidas pré-termo sujeitas a problemas cognitivos e motores, com repercussões nas atividades de vida diária, mesmo na adolescência e idade adulta (Zomignani et al., 2009). Um estudo de Dipasquale e Magnano (2009) corrobora com a referida revisão apontando que o nascimento pré-termo pode interferir no desenvolvimento normal do cérebro resultando em pequenas disfunções neurológicas que são mais evidentes em pré-escolares nascidos muito pré-termo.

O nascimento pré-termo acontece num período muito sensível do desenvolvimento das estruturas nervosas cerebrais, segundo Fabre-Grenet (1997), pois, em torno do sexto mês de gravidez é fabricado o maior número de células cerebrais, que estabelecem conexões entre si, sendo que essas conexões se fazem de maneira mais intensa até os cinco anos, depois em menor escala até os dezoito. Esse autor ressalta que é do sexto ao nono mês de gravidez que ocorre um grande desenvolvimento no cérebro, tanto no plano do peso e do tamanho, quanto no da qualidade.

O nascimento pré-termo ocorre num período de imaturidade dos órgãos e sistemas e quanto mais precoce for o nascimento, mais as funções fisiológicas estão comprometidas, necessitando de monitoramento artificial de aparelhos para a sobrevivência do bebê na UTI Neonatal, com procedimentos de alta complexidade e por um longo período de internação (Moreira, & Rodrigues, 2003; Linhares et al., 2004). Como os bebês pré-termo não estão adaptados à vida extrauterina, são vulneráveis a falhas em sistemas básicos de sua manutenção, podendo contrair infecções e sofrer os efeitos negativos do tratamento recebido. As condições neonatais, então, podem atenuar ou agravar os riscos para problemas de desenvolvimento.

Acontecimentos adversos ou traumáticos, estressantes, físicos ou psicológicos podem elevar o nível de cortisol, que uma vez aumentado pode afetar o metabolismo, o sistema imunológico e o cérebro do bebê. O cérebro, nessa condição, está mais vulnerável no tocante à destruição dos neurônios e à redução do número de sinapses em algumas regiões

(Nikodem, 2009). Portanto, bebês pré-termo que apresentam altos níveis de cortisol estão mais suscetíveis a apresentar atraso no desenvolvimento cognitivo, motor e social, do que outras crianças (Ministério da Saúde, 2009a). Deste modo, é importante ressaltar que o bebê nascido pré-termo é geralmente privado de três aspectos responsáveis por seu desenvolvimento: o útero materno, a interação afetiva com seus pais e o meio familiar.

Após seu nascimento, o bebê pré-termo é encaminhado para a UTI Neonatal, na qual encontrará um ambiente completamente diferente do útero materno. O nível sonoro é alto e as luzes fortes e contínuas, a incubadora nem sempre permite flexão adequada ou apresenta limites em torno do seu corpo, e a ação da gravidade impede muitos dos seus movimentos, como levar o dedo à boca para sugar e se organizar (Moreira, Rodrigues, Braga, & Morsch, 2003). O manuseio pela equipe de saúde é excessivo, de forma que o bebê recebe em média 134 manuseios nas 24 horas, durante a fase mais crítica da internação.

Geralmente, os sinais emitidos pelo bebê não são decodificados, de modo que após um procedimento doloroso, o bebê continua reagindo por vários minutos, sem receber algum tipo de tratamento, como a contenção e a sucção não nutritiva, o que pode levá-lo à exaustão (Ministério da Saúde, 2009a). Cabe salientar que os recém-nascidos pré-termo com idade gestacional média de 31 semanas podem permanecer internados em torno de 69 dias em uma unidade neonatal, podendo estender sua permanência até quatro meses (Fraga, Linhares, Carvalho, & Martinez, 2008).

Diante desse ambiente adverso às necessidades do recém-nascido pré-termo, é importante ressaltar que este reage com algum gasto energético, podendo refletir negativamente em termos fisiológicos, com consequências como o aumento da frequência cardíaca, diminuição da oxigenação, no desenvolvimento do sistema nervoso central e até na interação com a mãe (Ministério da Saúde, 2009a). Atualmente existem vários tipos de programas de intervenção que visam prevenir danos e melhorar o desenvolvimento neuropsicomotor de recém-nascidos pré-termo (Silva, 2002; Silva 2005; Ministério da Saúde, 2009a). Esses programas enfatizam uma intervenção multidisciplinar, ainda no ambiente da UTI Neonatal, com a utilização de cuidados e manuseios voltados para o desenvolvimento. A exemplo desses programas destaca-se o NIDCAP (*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*) (Als, 1982; 2009), desenvolvido pela Dra. Hedelise Als a partir da Teoria Síncrono-Ativa.

O referido programa envolve a observação detalhada e documentada acerca da linguagem comportamental do bebê, por meio de cinco subsistemas de desenvolvimento, a saber: o sistema nervoso autônomo, o sistema motor, o sistema de estados de consciência, o sistema de atenção e interação e o sistema regulador. A teoria é chamada de síncrono-ativa porque durante cada estágio do desenvolvimento, o funcionamento desses sistemas é independente, embora, ao mesmo tempo, interajam continuamente um com o outro, negociando entre eles e o ambiente o uso da energia do bebê (Silva, 1995; Silva, 2002). Nesse modelo de intervenção, considera-se a cumplicidade da família juntamente com a equipe da unidade neonatal, pois um dos objetivos é assegurar que a família continue como cuidador primário de seu bebê e que os pais sejam fortalecidos nos seus papéis de competência e segurança.

No Brasil, as questões que envolvem o nascimento pré-termo vêm sendo trabalhadas a partir da visão de um novo paradigma em neonatologia, que é Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (MC) (Ministério da Saúde, 2009a), o qual está sendo disseminado em várias maternidades do País. Esse modelo de atenção busca oferecer um atendimento individualizado ao bebê, por meio da observação de seu estado comportamental, redução dos estímulos ambientais e dolorosos, visando oferecer qualidade neurológica, nutricional e psicoafetiva. Prioriza, também, o acolhimento aos familiares, que têm acesso livre à unidade neonatal e são acompanhados pela equipe interdisciplinar durante a internação do bebê, sendo capacitados a oferecer-lhe cuidados. Ou seja, oferece intervenções voltadas ao ambiente, a competência dos pais e as relações familiares visando um sistema ecológico que favoreça o desenvolvimento do bebê.

Um outro aspecto inerente ao recém-nascido pré-termo são as intercorrências clínicas comuns da sua condição neonatal, que, conforme Moreira e Rodrigues (2003), Fraga et al. (2008) e Nikodem (2009), são: doenças respiratórias, apnéias, anemia, displasia broncopulmonar, retinopatia da prematuridade, hemorragia intracraniana, pneumotórax, enterocolite necrozante, transtornos metabólicos e a presença de malformação congênita. Essa condição neonatal é avaliada nas primeiras horas após o nascimento e, juntamente com a evolução clínica do bebê até sua alta hospitalar, indicará o prognóstico do desenvolvimento da criança (Linhares et al., 2004).

A partir da alta dos recém-nascidos pré-termo, surgem questões relevantes sobre a sua trajetória de desenvolvimento. Estudos, citados por Lewis et al. (1988), indicam a prematuridade e o baixo peso no

nascimento como fatores biológicos que contribuem para o aumento de risco de desordem emocional em crianças, além de problemas de comportamento no início do desenvolvimento, conforme estudo de Linhares et al. (1999) e Spittle et al. (2009). Esses bebês pré-termo estão sujeitos a uma variedade de sequelas no desenvolvimento e a uma maior incidência de problemas na infância, pois além da prematuridade, normalmente estão expostos a outros fatores de risco para o seu desenvolvimento.

3.3 Fatores de Risco e de Proteção para o Desenvolvimento

O nascimento pré-termo se constitui em fator de risco em si mesmo, sendo uma condição que apresenta fortes características que podem interferir no desenvolvimento geral da criança e, conseqüentemente, na sua adaptação ao ambiente. Nesse sentido, a identificação dos fatores de risco e de proteção no contexto da prematuridade torna-se fundamental para a organização de intervenções efetivas na redução dos problemas do desenvolvimento da criança.

Estudiosos como Werner (1986), Laucht, Esser e Schmidt (1997) e Fraga et al. (2008) têm demonstrado a vulnerabilidade em que se encontram as crianças nascidas pré-termo, influenciando, assim, sua atuação e integração ao ambiente. Esses autores apontam que a condição de prematuridade e de muito baixo peso ao nascer está associada a problemas de saúde ao longo do desenvolvimento com recorrentes internações hospitalares (dificuldades na alimentação, problemas respiratórios, infecções, doenças metabólicas, prejuízo neurológico ou neurosensorial). Estudo de Tommiska et al. (2003), envolvendo 211 prematuros extremos mostrou que atraso na fala foi o distúrbio mais frequente, presente em 42% dos casos; problemas no desenvolvimento motor em 24% e alterações visuais ocorreram em 23% das crianças.

Alguns bebês pré-termo, após sua alta, regressam ao hospital apresentando a síndrome de *failure to thrive*¹ sem doença orgânica associada (Klaus, & Kennel, 1992). Nessa síndrome, o bebê pode não aumentar de peso e não mostrar avanços motores ou comportamentais, de acordo com sua faixa etária, porém, o quadro pode ser revertido quando este passa a receber cuidados da equipe de saúde no hospital.

¹ A síndrome de “*failure to thrive*” diz respeito a criança que não prospera, que não se desenvolve.

Tais autores relacionam a síndrome de *failure to thrive* com a separação neonatal precoce, o que sugere uma dificuldade na formação do vínculo afetivo entre os pais e o bebê, sendo este um fator de risco para o desenvolvimento das crianças nascidas pré-termo.

Diante do risco inerente a esta condição de nascimento, o grande desafio está em oferecer a essas crianças recursos que possam minimizar os danos e promover o desenvolvimento. A definição de fatores de risco inclui a interação dinâmica de uma série de condições biológicas e ambientais que impedem o pleno desenvolvimento da criança (Werner, 1986; Lewis et al., 1988; Bradley, & Casey, 1992; Laucht et al., 1997; 2001; Resegue, Puccini, & Silva, 2007). Nesse sentido, Sapienza e Pedromônico (2005) afirmam que, para os desenvolvimentistas contemporâneos, os riscos ou adversidades não costumam estar isolados ou independentes, pois fazem parte do contexto social, envolvendo fatores políticos, socioeconômicos, ambientais, culturais, familiares e genéticos. Isto aparece, por exemplo, em um estudo longitudinal realizado por Laucht et al. (2001), em que se acompanhou o comportamento de crianças nascidas com baixo peso (risco biológico) e problemas familiares (risco psicossocial), e cujos resultados sugerem que quando há riscos conjugados, o efeito simultâneo é amplamente aditivo.

Rutter (2006) sugere que o termo risco seja usado sob a ótica de um mecanismo e não de um fator, pois uma mesma variável pode atuar tanto na qualidade de risco numa dada situação, como pode ser de proteção em outra. Esse aspecto é apontado no trabalho de Wendt (2006), numa pesquisa sobre fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança durante a transição para a parentalidade. Nessa direção, Resegue et al. (2007) sugerem que ao analisar os efeitos do ambiente no desenvolvimento, é preciso considerar a complexidade destes, pois variáveis semelhantes nem sempre levam ao mesmo resultado, ou seja, os fatores de proteção para algumas crianças podem resultar em atraso ou adequado desenvolvimento.

Os fatores de proteção, por sua vez, são descritos por Silva (2003) como recursos pessoais ou sociais que atenuam, melhoram ou neutralizam a resposta de uma pessoa frente a eventos adversos, diminuindo o impacto negativo no seu desenvolvimento. Alguns indivíduos expostos às adversidades conseguem se desenvolver adequadamente, devido à ação de algum fator protetor individual ou do ambiente. O conceito de fatores de proteção aparece, também, no trabalho de Rutter (2006) e está relacionado com a noção de resiliência. Para esse autor a resiliência se refere aos aspectos positivos das

diferenças individuais frente às respostas ao estresse e à adversidade. Portanto, é considerada como um conceito dinâmico, pois está associada a mecanismos de proteção que predizem consequências positivas em crianças que vivem em situação de risco.

A resiliência é caracterizada no trabalho de Kotliarenco, Cáceres e Fontecilla (1997), como:

[...] um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam ter uma vida saudável vivendo num meio insano. Esses processos teriam lugar através do tempo, resultando em positivas combinações entre atributos da criança e seu ambiente familiar, social e cultural. Deste modo, a resiliência não pode ser pensada como um atributo com que as crianças nascem, nem que as crianças adquirem durante seu desenvolvimento, sendo que se trata de um processo interativo, entre elas e seu meio. (p. 6)

A importância da noção de equilíbrio entre risco e proteção é ressaltada por Rutter (1987), de forma que o primeiro seja moderado pelo segundo, proporcionando uma atitude positiva frente à adversidade da vida. Para esse autor, os fatores de proteção do desenvolvimento incluem: os que reduzem o impacto negativo de relações que envolvem o risco, alterando a exposição da criança a situação de risco, e os que promovem e mantêm a autoestima, como expectativas positivas depositadas na criança e relações de apego seguro que ofereçam apoio e segurança.

O estudo clássico de Werner (1986) que avaliou a influência dos fatores de risco e da qualidade do ambiente sobre o desenvolvimento em crianças no Havaí, desde o período pré-natal até a fase adulta, mostrou a existência da relação entre estresse perinatal severo e desenvolvimento físico e cognitivo em crianças com peso menor que 1.800g. Essa relação aconteceu apenas quando combinada com situações de pobreza e/ou instabilidade familiar. Werner (1986) além de estudar a vulnerabilidade das crianças quanto aos fatores de risco biológicos e psicossociais, estudou o processo de resiliência dos indivíduos e ressalta os efeitos positivos da qualidade da interação mãe-bebê para o desenvolvimento de crianças que sofreram risco perinatal, no sentido de que a qualidade desse vínculo precoce potencializa a capacidade de resiliência.

Na pesquisa realizada por Pesce, Assis, Santos e Oliveira (2004), os fatores de proteção (autoestima, apoio social, gênero, relação com outras pessoas) apresentaram, também, associação com a resiliência atuando como facilitadores no processo individual de perceber e enfrentar o risco. Rutter (1987) e Silva (2003) destacam que na ausência de um cuidador responsável e de referência, a existência de um suporte social disponível pode servir de apoio necessário à criança, funcionando como um fator de proteção.

Quando o fator de risco biológico, prematuridade, está associado a fatores de risco ambientais tanto proximais (responsividade materna diminuída, estresse familiar, educação materna, mudanças interativas com a criança) quanto distais (nível socioeducacional baixo dos pais, relação conjugal instável), estes contribuem para o surgimento de problemas de comportamento (Werner, 1986; Linhares et al., 1999; Laucht et al., 1997; 2001; Carvalho et al., 2001). Tais autores ressaltam a importância de acompanhar o desenvolvimento dessas crianças com o objetivo de minimizar os fatores de risco aos quais estão expostas. Em seu estudo, Fan (2008) avaliou o desenvolvimento cognitivo e comportamental aos 6-7 anos de idade, em crianças nascidas pré-termo e com baixo peso relacionando a idade/escolaridade dos pais e a situação socioeconômica familiar. A referida autora constatou que a baixa escolaridade materna e baixa renda familiar foram preditoras de risco no desenvolvimento cognitivo e comportamental dessas crianças, que também apresentaram problemas com atenção, ansiedade e depressão.

Estudos apresentados por Molinari, Silva e Crepaldi (2005) mostram resultados que corroboram com os achados dos autores supracitados, em que aparecem os fatores familiares adversos com um forte impacto negativo sobre o desenvolvimento da criança. Nesses estudos é ressaltado, ainda, que quando há riscos associados (biológicos e psicossociais), ocorre um efeito maior sobre o desenvolvimento da criança até a idade escolar. Por outro lado, Linhares et al. (1999) descrevem um estudo longitudinal que mostrou que as crianças nascida pré-termo as quais conseguiram enfrentar as adversidades ao longo de seu desenvolvimento, isto é, que foram resilientes, contavam com a presença de três ou mais fatores protetores em seu ambiente familiar, como responsividade, aceitação, organização e estimulação por parte do cuidador.

Pesquisadores como Zamberlam e Biassoli Alves (1997a), Halpern e Figueiras (2004), além de Nikodem (2009), orientam, também, para a importância de se avaliar os fatores de risco psicossociais e biológicos associados e seu impacto no desenvolvimento

da criança e advertem para a importância da prevenção e da intervenção precoce, além do acompanhamento das crianças em situação de risco. Dessa forma para Resegue et al. (2007), a triagem de risco deve ser precoce, com início deflagrado já a partir do período neonatal com base no conhecimento dos fatores de risco associados a alterações do desenvolvimento.

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

Nessa direção, Silva (2002) corrobora com os autores já citados, apontando que as influências sobre o desenvolvimento dos bebês pré-termo podem ser compreendidas por meio dos fatores biomédicos e ambientais, os quais interagem e exercem influências diferenciadas dependendo do momento em que atuam sobre o desenvolvimento da criança. Entre os fatores biomédicos, estão os biológicos/intrínsecos (ligados à capacidade de a pessoa reagir diante de uma agressão, envolvendo conceitos de resiliência); os gestacionais (infecções congênitas, malformações, retardo de crescimento intraútero), e os perinatais, nos quais estão a maioria dos fatores de risco para o desenvolvimento (hemorragia intracraniana, convulsões neonatais, asfixia etc.). Entre os fatores ambientais, a autora cita os sócio-econômicos, psicoafetivos, estrutura familiar, intervenção/estimulação precoce e reabilitação.

Carvalho et al. (2001) e Penalva e Schwartzman (2006), por sua vez, afirmam que quanto menor a idade gestacional e o peso do bebê ao nascer, maior a possibilidade de complicações clínicas e que as diversas características parentais, como o nível de educação materna e as condições socioeconômicas da família contribuem para o desenvolvimento do bebê pré-termo. Contudo, para Carvalho et al. (2001), crianças nascidas pré-termo e que recebem cuidados físicos e psicológicos adequados, em suas famílias, apresentam um menor prejuízo, a menos que tenham nascido muito pré-termo, ou que não tenham recebido cuidados neonatais e pós-natais apropriados.

Outro estudo que mostra a associação entre os fatores perinatais e os ambientais como risco para o desenvolvimento é o de Fily, Pierrat, Delporte, Breart e Truffert (2006), que investigou os fatores associados

ao neurodesenvolvimento aos dois anos de idade, em crianças nascidas pré-termo e com menos de 33 semanas de idade gestacional. O referido estudo mostrou pequena diferença no desenvolvimento entre as crianças nascidas com 26 e 32 semanas. Nesse trabalho, os meninos apresentaram mais problemas de desenvolvimento que as meninas, e os baixos resultados em crianças nascidas com mais de 25 semanas foram relacionados com o nível sociocultural da família. Além disso, foi detectada a presença de graves alterações na ultrasonografia cerebral destas crianças.

Frente a um fator de risco biológico, como a prematuridade, pode-se pensar em proteção para o desenvolvimento da criança por meio de medidas que potencializem fatores de proteção para a família e para o ambiente mais amplo. Um modelo adequado para explicar o desenvolvimento da criança em risco deve considerar a complexidade deste desenvolvimento a fim de compreender o interjogo entre os fatores de risco e de proteção para as crianças (Werner, 1986, citando Sameroff & Chandler, 1975; Bradley, & Casey, 1992). Assim, Lewis et al. (1988) destacam as seguintes dimensões na identificação de crianças em risco: fatores de risco e de proteção de base da criança (biológicos, temperamento, sintomatologia e competência); da família (história parental e dinâmica familiar) e do ambiente/comunidade mais amplos (condição socioeconômica da família, suporte social, contexto cultural, escola).

A partir da importância dessa estreita relação entre criança e ambiente, os cuidados destinados às crianças nascidas pré-termo sugerem intervenções específicas em relação a seus cuidadores, considerando o meio em que estão inseridos (Linhares et al. 1999; Carvalho et al., 2001), o que segundo Bradley e Casey (1992), pode ser compreendido como a ecologia do cuidado. Tais intervenções seriam pontualmente definidas em três alvos: fornecer suporte para a família para que os pais possam oferecer os melhores cuidados que são capazes de providenciar; aumentar diretamente a competência do cuidado parental, estimulando a capacidade dos pais em fornecer estímulos e suporte a seus filhos e aumentar as capacidades (incluindo as sociais) das crianças nascidas com baixo peso para que estas possam se engajar nos cuidados a fim de se tornarem mais autossuficientes.

Constata-se que o desenvolvimento de uma criança nascida pré-termo é multifacetado, envolvendo uma variedade de fatores resultantes de uma interação dinâmica e contínua entre eles e os diversos ambientes. Assim, a criança em seu desenvolvimento se encontra inserida em diversos contextos, do micro ao macrosistema (Nikodem, 2009). O

microsistema é o mais interno e próximo a ela (família, parentes, amigos, vizinhos, creche), e os sistemas mais amplos e externos, como o exossistema e o macrossistema, são aqueles em que estão as políticas públicas de atenção à saúde da criança e da família, por exemplo. Nesses ambientes é que se encontram as redes sociais, as quais, por meio de diversos pontos e arranjos, vão se configurando a partir das demandas da criança e de cada família, compondo o cenário no qual se desenvolvem as crianças nascidas pré-termo.

3.4 Redes Sociais

O conceito de rede apresenta como ideia comum, segundo Andrade e Vaitsman (2002), a imagem de pontos conectados por fios, de modo a formar uma teia. Contudo, para Vasconcelos e Morschel (2009), é um conceito que se aproxima do de rizoma, constituído por linhas que crescem por meio de conexões múltiplas e que, distante de uma estrutura linear, diz respeito a uma composição de fluxos variados. Pensar uma sociedade sob a perspectiva de rede significa concebê-la na sua mais ampla interdependência, o que vai ao encontro do Modelo Bioecológico, que postula as interconexões entre os diversos ambientes. A rede social é a melhor metáfora que representa esse modelo, pois reconhece a interação entre os setores e as práticas e permite a reflexão sobre a cultura na qual se está imerso (Dabas, 2000).

As redes sociais são definidas por Sluzki (1997) como as relações que compreendem não apenas a família nuclear ou extensa, mas os vínculos interpessoais ampliados, como os amigos, os colegas de trabalho ou de estudo e as relações que são estabelecidas na comunidade. As redes, de modo geral, proporcionam o apoio social que remete à ajuda mútua, potencializada quando uma rede social é forte e integrada.

O conceito de redes sociais, segundo Sluzki (1997), aparece como objeto de estudo e também de intervenções nos trabalhos de Kurt Lewin, que por meio da teoria de campo inclui variáveis nas relações informais. O mesmo conceito aparece também em Jacob Moreno, criador do psicodrama, que desenvolveu o conceito de psicologia geográfica e a técnica do sociograma para esboçar um mapa de rede de relações, assim como, o antropólogo John Barnes, que realizou um estudo sobre redes informais e formais, familiares e extrafamiliares num

vilarejo de pescadores, na Noruega, além de Elisabeth Bott, que realizou na Inglaterra um estudo sobre relações externas das famílias urbanas.

Na década de 1960, os primeiros trabalhos sobre redes foram desenvolvidos nos Estados Unidos pelo psiquiatra Elkaím (1989), em comunidades menos privilegiadas, na área de saúde mental. Nesse contexto, a psicoterapia clássica passava por dificuldades, pois o problema que as pessoas traziam não podia ser dissociado do contexto mais amplo das suas relações. Para isso, Speck (1989), aponta que:

O fracasso do tratamento obedecia com frequência ao fato de que trabalhávamos com uma unidade demasiado restrita, a família. Isto nos levou a ampliar estas sessões familiares convidando a certos parentes e amigos com capacidade de desempenhar um papel significativo. (p. 21)

A partir da década de 1990, as redes sociais e o apoio social ocupam o centro das pesquisas em ciências sociais, em nível internacional, área em que se encontram autores como Dabas (1993), Sluzki (1997), Klefbeck (2000), entre outros, que desenvolvem a temática das redes pessoais e sociais em diferentes contextos.

Brito e Koller (1999), por sua vez, utilizam a terminologia de rede de apoio social e a definem como “o conjunto de sistemas e de pessoas significativas que compõem os elos de relacionamento recebidos e percebidos do indivíduo” (p. 115), que proporcionam apoio e reforço às estratégias de enfrentamento do indivíduo diante das situações de vida. Segundo essas autoras, a rede de apoio social é objeto de estudos, especialmente, das disciplinas como a Sociologia e Antropologia, nas quais são enfatizados o número e os tipos de contatos sociais que as pessoas estabelecem em seus ambientes. Porém, de acordo com a Psicologia, o estudo das redes de apoio social está relacionado à sua influência sobre o desenvolvimento das pessoas ao longo da vida.

As redes sociais, para Klefbeck (2000), vêm se tornando foco de muitos estudos devido a sua importância comprovada no bem-estar e cuidado em situações de crise. Esses estudos têm como precursor o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento, de acordo com o qual os contextos ambientais são concebidos como uma série de estruturas encaixadas que se interpoem e que vão desde o microsistema até o macrossistema (Bronfenbrenner, & Morris, 1998).

Nesse sentido, as redes sociais são encontradas nos diversos ambientes, desde o micro, que é o ambiente imediato da pessoa, no qual se instauram as interações interpessoais que exercem influência direta sobre ela aos sistemas mais amplos, dos quais a pessoa participa, como o mesossistema, passando pelo exossistema, que concerne aos ambientes dos quais a pessoa não participa, mas recebe influência indireta, até o macrossistema, que diz respeito aos valores, ideologias, organização das instituições. Segundo Falceto (2002), a rede de apoio social pode incluir a família extensa, os amigos, colegas de trabalho, relações comunitárias e serviços de saúde, de credo religioso ou político, incluindo tanto as relações íntimas como aquelas ocasionais.

A rede social remete a um sistema aberto e em construção permanente, tanto individual como grupal que possibilita a troca efetiva com os integrantes de uma entidade coletiva (Dabas, 2000; Moré, 2005), ou seja, tem como princípio a conectividade. A interação entre os grupos sociais, como a família, a equipe de trabalho, o hospital, o centro comunitário, a escola e outros, permite, segundo Dabas (2000), que os recursos desses grupos sejam potencializados na tentativa da resolução de problemas e na satisfação de necessidades. O apoio social advindo das redes possibilita o aumento da competência, reforçando o senso de pertencimento e a dignidade, além de fortalecer a autoestima, o que, por sua vez, melhora a capacidade de adaptação das pessoas ao seu ambiente e a qualidade de seus relacionamentos (Brito, & Koller, 1999).

Adotar a perspectiva de rede no campo da saúde, além de identificar a teia de interações estabelecidas frente a uma situação de crise e o modo como as pessoas lidam com a experiência da doença, permite elaborar uma intervenção com papéis e funções definidas. Serapioni (2005) indica que nos últimos vinte e cinco anos, pesquisas têm destacado o papel fundamental da família e das redes sociais no que se refere à atenção e à promoção da saúde, no sentido de resgatar famílias, comunidades de vizinhos, voluntariado, grupos de autoajuda, organizações não governamentais, que, de diferentes formas e níveis de envolvimento, desempenham funções assistenciais e de cuidado. Nessa perspectiva, Sluzki (1997) correlaciona a saúde das pessoas com o estabelecimento de uma rede social estável, ativa e confiável, entendendo que a carência relativa de relações sociais seja considerada como um fator de risco.

Brito e Koller (1999), bem como Sluzki (1997), destacam que as consequências em curto prazo do apoio social estão relacionadas ao incremento da capacidade da pessoa para enfrentar os eventos da vida. Em longo prazo, por sua vez, as consequências desse apoio dizem

respeito ao funcionamento saudável, o que denota características de resiliência e um desenvolvimento adaptativo. O apoio social está ligado a um fenômeno para além dos cuidados das pessoas doentes ou em crise e é um modo de circulação de recursos conduzido por práticas de sociabilidade (Fontes, 2007).

O apoio social é fundamental ao longo do desenvolvimento humano, tendo destaque durante períodos de transição e de mudanças (Dessem, & Braz, 2000; Rapoport, & Piccinini, 2006; Oliveira, 2007). O nascimento de um filho é uma dessas situações em que se requer a adaptação, pois inclui, por exemplo, as demandas do bebê e as mudanças na interação conjugal. Quando ocorre o nascimento de um bebê pré-termo e sua internação numa UTI Neonatal, configura-se especialmente uma situação de crise aguda, com repercussões sobre todo o grupo familiar, podendo comprometer o estabelecimento dos vínculos afetivos e os cuidados destinados a esse bebê, bem como a trajetória de seu desenvolvimento (Maldonado, 1989; Linhares, 2002). A equipe de saúde da UTI Neonatal deve ser capaz de perceber as tramas implícitas e explícitas em jogo, para poder identificar com a família os possíveis caminhos na construção de relações sociais efetivas.

No contexto da saúde perinatal, frente a uma situação de crise e de riscos imposta pela condição da prematuridade, é fundamental conhecer os recursos pessoais e institucionais de que a criança e a família dispõem e de como esses recursos podem interferir no enfrentamento e superação desta situação, além de servirem como fatores de proteção para o desenvolvimento dessas crianças. Segundo Pinelli (2000), o ajustamento familiar ou a habilidade para realizar mudanças no sistema familiar a partir de um evento estressor, como a prematuridade, está relacionado aos recursos internos e sociais da família e às estratégias de enfrentamento que esta utiliza diante do nascimento pré-termo e durante a internação do bebê na UTI Neonatal.

Quando se aborda a questão das redes no contexto da saúde, segundo Dabas (2000) considera-se que sua aplicação ultrapassa as instituições que oferecem esses serviços, como hospitais, unidades de saúde, entre outros. A noção de rede e de saúde é aplicada, também, a partir da demanda expressa por meio das relações das pessoas e da comunidade a qual se pertence. Nesse sentido, essa autora distingue os seguintes níveis de rede em relação à saúde: rede pessoal, rede institucional, rede comunitária, rede de serviços e rede intersetorial. Deve-se considerar, no entanto, que essas divisões são arbitrárias, no sentido de que pode ocorrer entre elas um intercâmbio dinâmico. Este

trabalho, portanto, abordou as redes pessoal e institucional das famílias no contexto do desenvolvimento de seus filhos nascidos pré-termo.

3.4.1 Rede Social Pessoal

Dentre os vários ambientes que sustentam e fazem parte do universo de relações do indivíduo, está, no nível de seu microssistema, a rede social pessoal, a qual é definida por Sluzki (1997, p. 42) como “a soma de todas as relações que um indivíduo percebe como significativas ou define como diferenciadas da massa anônima da sociedade”, e por Speck (1989) como “um grupo de pessoas, membros da família, vizinhos, amigos e outras pessoas com capacidade de aportar uma ajuda e um apoio tão real como duradouro a um indivíduo ou família” (p. 24). Essas redes, como sugere o termo, funcionam como pontos de apoio e contribuem para a experiência individual de identidade e da competência, incluindo aí os hábitos de cuidado e promoção da saúde, além da adaptação aos momentos de crise.

As redes, para Sluzki (1997), possuem características que podem ser explicadas em termos de sua estrutura, sua funcionalidade ou pelos atributos de seu vínculo (Quadro 1).

Quadro 1: Quadro ilustrativo que relaciona variável de estrutura, funcionalidade e atributos das redes sociais com suas respectivas definições, adaptado por Andreani, Crepaldi e Custódio (2006), a partir de Sluzki (1997).

Estrutura das redes	Definição
Tamanho	número de pessoas na rede, que preferencialmente não deve ser nem muito grande, nem muito pequeno;
Densidade	a conexão entre os membros;
Composição ou distribuição	as redes não devem ser muito centradas em algum quadrante, pois se tornam menos flexíveis;
Dispersão	distância geográfica entre os membros;
Homogeneidade e heterogeneidade	sexo, idade, cultura e nível socioeconômico.
Funcionalidade das redes	
Companhia social	realização de atividades conjuntas;
Apoio emocional	atitudes emocionais positivas como empatia, compreensão e apoio;
Guia cognitivo ou de conselhos	interações para promover o compartilhamento de informações, esclarecimentos e modelos de papéis;
Regulação social	reafirmação de responsabilidades e papéis neutralizando desvios de comportamento;
Ajuda material e de serviços	colaboração baseada em conhecimentos específicos e especializados, incluindo os serviços de saúde.
Acesso a novos contatos	abertura a novas redes que não faziam parte das redes do indivíduo.
Atributos do vínculo	
Função predominante do vínculo	função que caracteriza de maneira predominante um tipo de vínculo;
Multidimensionalidade	Quantidade de funções desempenhadas pela pessoa;
Reciprocidade	simetria entre as duas pessoas;
Intensidade ou compromisso da relação	grau de intimidade entre os membros da relação;
Frequência de contatos	manutenção ou quebra de contato no vínculo;
História da relação	dados sobre desde quando os membros envolvidos no vínculo se conhecem.

A funcionalidade das redes sociais é determinada pelo tipo de intercâmbio entre as pessoas que a constituem, sendo que mais de uma função pode ser desempenhada por cada vínculo da rede, principalmente nas relações íntimas familiares e de amizade. Todas essas variáveis são interdependentes, resultando da combinação de funções. As divisões das redes em formas de relevância e tipologia possibilitam decidir qual rede pode ser ativada, desativada ou modificada em momentos de crise.

Além dos familiares e amigos, outras interações sociais são ativadas ou reforçadas como vínculo na rede pessoal de apoio das pessoas que vivem um contexto adverso de saúde. A exemplo disso, é observada a utilização da espiritualidade e das crenças religiosas como apoio no processo de enfrentamento e tratamento das doenças (Faria, & Seidl, 2005; Aquino, & Zago, 2007). As crenças e práticas religiosas produzem alívio no sofrimento, porque “permitem mudança na perspectiva subjetiva pela qual o paciente e a comunidade percebem o contexto da doença grave” (Aquino, & Zago, 2007).

Durante o processo de nascimento, a rede social pessoal tem-se mostrado benéfica para o comportamento e as emoções da nova mãe, em um momento gerador de inseguranças, devido às aceleradas transformações pelas quais ela passa (Rapoport, & Piccinini, 2002, 2006; Simioni, & Gelbi, 2008). Esses autores ressaltam que aquelas mães com uma rede social mais consistente e que, por sua vez, podem ter suas necessidades emocionais atendidas, tendem a solicitar mais apoio para elas mesmas, bem como manter uma interação mais sensível com o bebê.

As mães de bebês pré-termo e de baixo peso apresentam uma necessidade particular de acolhimento para a sua dor e seu sofrimento intensos e de serem reasseguradas em relação aos cuidados que desempenham frente a seus filhos, os quais, de fato, necessitam também dos cuidados especializados de profissionais para sobreviverem. Nesse momento, a vivência psíquica das mães é intensa, e desejo, culpa, medo e ansiedade se misturam fazendo-as sentirem-se muito isoladas dentro do seu sofrimento (Maldonado, 1989; Klaus, & Kennel, 1992; Gomes, Quayle, Neder, Leone, & Zugaib, 1997; Raphael-Leff, 1997; Linhares et al. 1999, 2000, 2004; Silva, 2002; Brito, & Pessoa, 2006).

Esse evento estressante vivido pela família e marcado por fortes sentimentos e emoções é relatado na pesquisa de Padovani, Linhares, Carvalho, Duarte e Martinez (2004), cujo objetivo foi o de identificar os sintomas de ansiedade, disforia e depressão em nível clínico nas mães de recém-nascidos pré-termo, durante e após a internação do bebê na UTI Neonatal. Segundo os resultados, 44% das mães apresentaram

sintomas clínicos de ansiedade, disforia e/ou depressão, havendo uma redução significativa desse número (26%) após a alta do bebê. Esses resultados reforçam a necessidade das mães em receberem suporte psicológico e emocional, da equipe de saúde, tanto quanto de sua rede pessoal para enfrentar a trajetória entre o nascimento pré-termo e alta hospitalar do bebê. Cabe ressaltar o árduo trabalho interno que a mãe realiza para fazer o luto de seu bebê imaginário² e ao mesmo tempo investir no seu bebê real³, aquele que se apresenta no nascimento.

Diante de tal situação, a mãe necessita de uma rede cuja função seja a do apoio emocional, que conforme Sluzki (1997) consiste numa relação de empatia, de estímulo e apoio estabelecidos por meio de amizades íntimas e de relações familiares próximas que, de fato, sejam significativas para a mãe e sua família. Muitas vezes, para poder acompanhar seu filho internado, a mãe precisa de outros vínculos que possam desempenhar a função de companhia social e ajuda material em casa com seus outros filhos, além de ter que contar com pessoas que possam compartilhar informações pessoais ou sociais, servindo também como modelos de papéis, funcionando assim como guia cognitivo.

Estudos têm destacado o pai do bebê e a avó como principais fontes de apoio social na transição entre o nascimento e os primeiros anos de vida da criança. No estudo de Rapoport (2003), as avós e os pais foram destacados como os maiores provedores à mãe no primeiro ano de vida da criança, no sentido de lhe oferecer apoio emocional, prático e de informações. Em outro estudo, as mães, quando questionadas a respeito do apoio recebido por parte dos companheiros, destacaram sua satisfação pela participação destes nos cuidados diários dos filhos (Piccinini, Pereira, Marin, Lopes, & Tudge, 2007; Oliveira, 2007). Com relação à este aspecto Dessen e Braz (2005) têm demonstrado que, a satisfação conjugal está ligada positivamente a sensibilidade parental, de forma que o casal possui maior coerência entre si e com seus filhos. As avós apareceram também como apoio psicológico aos pais e nos cuidados de conforto e acolhimento com o bebê, no estudo de Martins, Siqueira, Barbosa, Carvalho e Santos (2008). No trabalho de Oliveira (2007), as mães citaram o companheiro como a principal fonte de apoio, seguido pelos avós e tios maternos e paternos.

² Bebê imaginário é o bebê criado a partir dos sonhos, pensamentos e percepções maternas e paternas, por meio da vivência que o bebê intraútero determina durante a gravidez (Ministério da Saúde, 2009).

³ Bebê real é aquele que nasce, que deverá receber todo o investimento dos pais para seu cuidado e desenvolvimento (Ministério da Saúde, 2009).

Esse tipo de apoio ofertado à mãe Stern (1997) refere como uma “rede maternal”, pois tem a função de “protegê-la fisicamente, prover suas necessidades vitais, afastá-la da realidade externa para que ela possa ocupar-se de seu bebê” (p. 31). Outra função dessa rede é a de instruir a mãe e ajudá-la em suas tarefas nesse momento. É somente nessas condições que a mulher será capaz de alcançar bons resultados nas tarefas de manter o bebê vivo, crescendo e se desenvolvendo fisicamente e, ao mesmo tempo, envolver-se emocionalmente com ele, amando-o, identificando-se com ele e sendo sensível para melhor responder às suas necessidades (Winnicott, 1988; Stern, 1997; Silva, 2003).

Nesse sentido, há uma clara associação entre o apoio social e a segurança do apego, conforme aponta Crockenberg (1981), sendo que a escassez daquele é associada, além da responsividade materna, à resistência e à evitação à mãe por parte do bebê. A literatura tem mostrado que a disponibilidade e a posse de uma rede de apoio social favorecem a responsividade materna, principalmente em condições estressantes, trazendo benefícios a curto e longo prazo para a mãe, a criança e o próprio casal (Rapoport, & Piccinini, 2006). A possibilidade de acionar cuidados para os pais e o bebê faz com que os papéis destes sejam mais facilmente desenvolvidos e facilita também o surgimento de comportamentos afetivos em comparação à inexistência dessa possibilidade (Peters, 1999). Segundo esse autor, quando os pais dispõem de uma rede de apoio o bebê, além de não perder os pais, agrega para si outras pessoas que poderão lhe oferecer cuidados.

Muller-Nix et al. (2004) assinalam a necessidade de se detectar pais com experiências estressantes na situação de prematuridade a fim de planejar intervenções de apoio no período neonatal, o que poderá ajudá-los a lidar com as dificuldades da transição para a parentalidade. Prover suporte emocional e social para os pais pode moderar o efeito adverso dessa experiência estressante, bem como ter um efeito positivo na interação pais-criança. De acordo com os autores supracitados, dentre os elementos envolvidos na questão da prematuridade, o impacto da qualidade da interação pais-bebê pré-termo é muito importante. Os avanços relativos a essa interação, no entanto, datam somente de duas décadas, como a presença dos pais na unidade neonatal e o aumento do suporte emocional oferecido a eles nesse período.

Após a fase crítica da internação na unidade neonatal e com a alta hospitalar, a mãe e os demais membros da família levam para casa um bebê que requer cuidados especiais e com poucos recursos de interação, conforme ressaltam Linhares et al. (1999). Para um bebê nascido pré-

termo é de vital importância que ele seja acolhido em um microsistema que promova e proteja o seu desenvolvimento.

Portanto, quando se aproxima a alta do bebê, é fundamental que a equipe de saúde juntamente com os pais, identifique com quem de fato eles poderão contar e como eles construirão sua rede social. Segundo Klefbeck (2000), a percepção da equipe de saúde em avaliar o grau de dificuldade da situação encontrada pela família é fundamental, pois demonstra a necessidade de se acionar uma rede de apoio que possibilite à família seguir acompanhando o desenvolvimento da criança. Para Dabas (2000), desde a internação do paciente deve-se indagar a respeito da sua rede social pessoal, a qual deveria fazer parte da sua história clínica.

Segundo a concepção de rede, deveria haver uma conexão articulada entre o serviço de saúde que acompanhou o bebê e a família na internação com os serviços de saúde que passarão a acompanhá-los após a alta hospitalar. Considerando que o presente estudo verificou a influência das redes sociais no desenvolvimento das crianças nascidas pré-termo, se fez necessário a reflexão acerca do apoio dispensado a elas, por meio da rede social institucional, durante a sua internação e após a alta hospitalar.

3.4.2 Rede Social Institucional

A rede social institucional, neste estudo, diz respeito à rede de apoio oferecida pelos serviços de saúde disponíveis na instituição hospitalar, no momento do nascimento do bebê pré-termo e, posteriormente, pelos serviços de acompanhamento ambulatorial do próprio hospital e/ou pela Unidade Local de Saúde (ULS), entre outros. O objetivo dessa rede seria fornecer apoio técnico e integral aos bebês e as suas famílias, de forma a satisfazer as suas necessidades individuais de saúde, protegê-los dos riscos e promover o seu desenvolvimento.

No hospital, a unidade neonatal é o primeiro microsistema do bebê, sendo este cenário composto por profissionais de diversas áreas. Cada profissional detém um tipo de conhecimento importante no cuidado do recém-nascido internado e sua família. Entre eles, estão: médicos, equipe de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais (Linhares, et al., 1999; Lamy Filho, 2003), além de outros que trabalham para o bom funcionamento do serviço, como secretários, profissionais da limpeza e

diversos técnicos. Alguns hospitais possuem, ainda, os médicos residentes, que são especialistas em pediatria e estão completando treinamento em neonatologia, além também de contar com estagiários dos cursos de psicologia, serviço social e enfermagem.

Esta é a primeira rede social institucional de que o bebê e a família dispõem para atender suas demandas. Segundo Lamy Filho (2003), esse quadro de profissionais não é a realidade na maioria dos serviços de neonatologia no Brasil, pois muitos deles contam apenas com os médicos e a equipe de enfermagem, muito raramente com uma terceira especialidade, sendo o mais encontrado o psicólogo ou o assistente social. As famílias dos recém-nascidos encontrarão apoio às suas necessidades, dependendo da composição da equipe de profissionais, bem como dos tipos de intervenções que esses profissionais oferecem a essas famílias, além da própria filosofia assistencial do serviço.

Com tantos profissionais à sua volta, a família fica pouco à vontade para perguntar sobre o estado de seu filho, ou para expressar suas dificuldades emocionais e materiais nesse momento. Assim, é importante que a equipe de saúde possua um trabalho interdisciplinar, de forma que cada profissional com seu protocolo de intervenções consiga identificar as necessidades e dificuldades encontradas por cada família, minimizando os efeitos negativos provocados por essa situação de crise e de estresse (Moreira et al., 2003; Pinto, Graham, Iger, & Solis-Ponton, 2004). Diante das grandes mudanças psicofisiológicas ocorridas na mulher após o nascimento do bebê, Martins et al. (2008), em seu trabalho, observaram a importância do suporte profissional às mães nesse período.

Conforme abordado anteriormente, o Brasil, por meio do Ministério da Saúde, vem adotando um novo modelo de cuidado aos recém-nascidos pré-termo, de baixo peso e as suas famílias, conhecido como Método Canguru. Esse método, centrado na humanização, compreende ações desde o pré-natal de alto risco, em que são identificadas as gestantes de risco para parto prematuro, passando pelo nascimento e internação do bebê, até a sua alta hospitalar (Ministério da Saúde, 2009a). O MC é desenvolvido em três etapas, em nível hospitalar e ambulatorial, cujos fundamentos básicos são norteados pelo respeito à individualidade do bebê e os cuidados voltados para o seu desenvolvimento, além do acolhimento à família na unidade neonatal.

Desse modo, busca-se oferecer à família o acesso livre à unidade; respeito à subjetividade e capacidade neurológica do bebê; minimização das intervenções neonatais e dos estímulos ambientais (diminuição dos

ruídos sonoros e da luminosidade); realização do contato pele a pele entre os pais e o bebê (posição canguru) o mais precocemente possível; promoção do aleitamento materno; envolvimento dos pais nos cuidados com o bebê e inclusão da rede social aos pais, por meio de pessoas significativas capazes de lhes oferecerem apoio. Essas ações compreendem a 1^a e 2^a etapas do MC, sendo que, nesta última, o bebê recebe alta hospitalar assistida, considerada alta precoce, quando ele apresenta em média 1.600g de peso corporal. As ações previstas no MC são realizáveis a partir do trabalho da equipe interdisciplinar, que deverá ser treinada e sensibilizada para essa metodologia.

A 3^a etapa do MC é ambulatorial, em que a família e o recém-nascido devem ser atendidos e acompanhados pela mesma equipe de saúde que os assistia nas etapas anteriores. Nesse momento, a equipe deve ter uma atenção cuidadosa para o reconhecimento de situações de risco imediato, bebê-família, promovendo uma intervenção adequada. O objetivo principal nessa etapa é manter a periodicidade das consultas, diminuindo assim a possibilidade de reinternação do bebê. O acompanhamento ocorre até o bebê atingir 2.500g, sendo encaminhado posteriormente aos serviços de referência de *follow-up*⁴ e/ou para a Unidade Local de Saúde.

A alta hospitalar passa a ser um novo marco no desenvolvimento do bebê, que requer cuidados especiais. Linhares et al. (1999) e Linhares et al. (2004), ressaltam a importância da intervenção preventiva do *follow-up* como uma estratégia de proteção ao desenvolvimento da criança nascida pré-termo, buscando desencadear ou ativar o processo de resiliência nesse grupo, que se configura com risco para apresentar transtornos de desenvolvimento. Da mesma forma, Rugolo (2005) enfatiza que o crescimento e desenvolvimento de todos os pré-termo de extremo baixo peso devem ser monitorizados após a alta hospitalar, de maneira que, com o suporte e a intervenção adequados, se possa otimizar seu prognóstico.

O surgimento do acompanhamento de bebês recém-nascidos pré-termo e de baixo peso, segundo Meio, Magluta, Mello e Moreira (2005), ocorreu na década de 1970, nos países desenvolvidos, onde os neonatologistas questionavam a evolução dessas crianças e começaram a se interessar pelos resultados da assistência oferecida a esses bebês no período neonatal. Inicialmente com o interesse na pesquisa, organizaram

⁴ *Follow-up* é descrito como o seguimento de recém-nascido de risco, na forma de acompanhamento ambulatorial sistematizado, para avaliar a evolução e as repercussões que o nascimento prematuro e a internação neonatal poderiam provocar (Mello & Meio, 2003).

ambulatórios de seguimento para essas crianças com equipe multidisciplinar, em que se via populações com complicações específicas. Esses serviços foram se tornando mais sofisticados com a utilização de critérios mais rígidos em relação às pesquisas, evoluindo para estudos multicêntricos.

Segundo os autores acima, na década de 1980, no Brasil, surgiram alguns grupos isolados de unidades neonatais, como o Instituto Fernandes Figueiras e o Hospital dos Servidores do Estado, ambos na cidade do Rio de Janeiro. Esses profissionais, além de desejarem ter informações sobre a evolução dos bebês, estavam mais preocupados em oferecer uma assistência a essa população como forma de dar continuidade ao tratamento iniciado na unidade neonatal. Em 1988, a Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro (SOPERJ) criou o Comitê de Acompanhamento e Desenvolvimento Infantil, pioneiro no País, que por meio de manuais, de organização de jornadas, de participação em congressos buscou suscitar entre os pediatras a criação, em suas unidades, de ambulatórios para bebês pré-termo e de risco para o desenvolvimento (SOPERJ, 1995).

Atualmente, existem no Brasil vários programas de avaliação e acompanhamento de crianças que nasceram pré-termo, a maioria localizados em centros de referência, realizados por uma equipe multidisciplinar, que seguem os bebês até a idade de dois ou seis anos. Meio et al. (2005), em uma pesquisa que analisa a situação do atendimento em ambulatório às crianças nascidas pré-termo, verificaram que há uma baixa estruturação na rede em relação a esse serviço. Os autores justificam essa situação talvez pelo fato de que a população que utiliza esses ambulatórios seja encaminhada pelas equipes das UTIs Neonatais, ou seja, sem envolver uma demanda gerada pelos gestores do serviço público de saúde.

Outro aspecto relacionado ao serviço de *follow-up* e que está ligado a sua característica de acompanhamento a longo prazo é a evasão das crianças. Um estudo recente (Frônio, Neves, Ferraz, Demarchi, & Vargas, 2009) buscou identificar os motivos de tal evasão e constatou que, além do acompanhamento da criança em outros serviços e dificuldades de acesso, a família entendia que não era necessário o acompanhamento de *follow-up*, aspectos também descritos por Nikodem (2009). Verifica-se a importância das orientações e dos esclarecimentos oferecidos aos pais e familiares quanto a esse tipo de acompanhamento à criança.

No entanto, a agenda do Ministério da Saúde ressalta a importância do acompanhamento dos fatores de risco para o

desenvolvimento, como baixo peso ao nascer, desmame precoce, baixa renda e desestruturação familiar, entre outros, pois estes aumentam as chances da existência de doença perinatal e infantil (Ministério da Saúde, 2002). Há consenso quanto à importância do acompanhamento diferenciado a essas crianças, e a Organização Mundial de Saúde recentemente estabeleceu protocolos para a realização desse acompanhamento (Kumar et al., 2008).

No manual do curso da Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso (Ministério da Saúde, 2009a), recomenda-se que os serviços que atendem bebês pré-termo e de baixo peso organizem um programa de acompanhamento com retornos regulares aos 3, 6, 9, 12, 18 e 24 meses de idade, pelo menos, em que houvesse, também, uma avaliação psicossocial e, sempre que necessário, fossem realizadas visitas domiciliares. Nikoden (2009) descreve que, nos programas de acompanhamento, pode haver uma combinação entre o serviço oferecido em um centro especializado e o serviço prestado em domicílio, este último com o objetivo de levar orientações e apoio aos pais e melhorar o ambiente físico. A importância de os programas de intervenção serem planejados para ter um seguimento longitudinal se dá pelo fato destes abranger os períodos críticos da infância.

Em se tratando de bebês pré-termo e de baixo peso, os programas de intervenção, segundo Linhares et al. (2000), devem considerar, pelo menos, dois momentos muito importantes na vida da criança:

- a) o período dos três primeiros anos de vida, que inclui a aquisição de uma gama de habilidades psicomotoras, de linguagem e estabelecimento do apego entre a criança e a figura materna;
- b) o período em torno de seis a sete anos, quando a criança está se preparando para enfrentar o desafio do ensino fundamental (p. 67).

Os Estados Unidos, por exemplo, implantaram um programa, denominado Programa de Desenvolvimento e Saúde Infantil (*Infant Health and Development – IHDP*), que é destinado a testar a eficácia dos serviços de provisão à família e de intervenção precoce para crianças pré-termo e de baixo peso (Silva, & Dessen, 2005). Esse programa previa visitas domiciliares semanais a partir da alta hospitalar do bebê até este completar um ano de idade e visava reduzir os déficits no desenvolvimento das crianças. Quando completava um ano, a criança

frequentava um centro de desenvolvimento onde era atendida até os três anos de idade.

O acompanhamento no *follow-up* tem caráter preventivo e de longo prazo e deveria ser feito até a idade escolar para melhor avaliação cognitiva e de aprendizado (SOPERJ, 1995; Mello, & Meio, 2003; 2004). Entende-se que quanto maior for o tempo de acompanhamento da criança no *follow-up*, mais detalhada será a avaliação das consequências dos fatores de risco no funcionamento neuropsicológico, cognitivo e na coordenação motora mais complexa (Salt, & Redshaw, 2006). O estudo de Fily et al. (2006), que mostrou baixos resultados de desenvolvimento relacionados com o nível sociocultural da família, atenta para a importância dos programas de acompanhamento aos pré-termo extremos e de gerar esforços de promoção naquelas crianças com ambiente familiar e social adversos.

Conforme o Manual de *follow-up* do RN de alto risco (SOPERJ, 1995), o acompanhamento do desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo deveria ser realizado com sintonia entre o pediatra de desenvolvimento, a equipe multidisciplinar e a família. Essas crianças necessitam, normalmente, da avaliação e da intervenção de uma equipe multidisciplinar, composta por psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, neuropediatras, oftalmologistas etc. (Mello, & Meio, 2003).

Entre os objetivos colocados no *follow-up*, um deles é que a criança possa receber um acompanhamento individualizado, que a permita se desenvolver dentro do máximo do seu potencial global e se integrar a uma vida social saudável. Para a avaliação e acompanhamento do desenvolvimento da criança nascida pré-termo é considerada a sua idade corrigida⁵. Algumas alterações do desenvolvimento são transitórias, segundo Mello e Meio (2003), de modo que a estimulação adequada a ajudará a se aproximar ao padrão esperado. O outro objetivo diz respeito ao suporte à família, prestando esclarecimentos, apoiando e facilitando vínculos com os membros da equipe. Linhares et al. (1999) e Linhares et al. (2000) reforçam a importância no acompanhamento da criança e da família como uma possibilidade na identificação dos possíveis problemas, a fim de minimizá-los, bem como dos recursos disponíveis visando sua ativação.

⁵ Idade corrigida é a idade cronológica menos a diferença de 40 semanas (nascimento a termo) da idade gestacional (IG) no nascimento. Um bebê com 6 semanas de nascimento, por exemplo, e que nasceu com 35 semanas de IG, têm uma idade corrigida de 1 semana: $6 - (40 - 35) = 6 - 5 = 1$.

A valorização da família e das redes sociais reflete o esgotamento do individualismo como eixo das políticas e dos programas sociais e de saúde, destaca Serapioni (2005). Ainda, nesse sentido, o autor sublinha que atualmente há um consenso nacional e internacional em se considerar a importância de três aspectos: retomar a família como unidade de atenção das políticas públicas; desenvolver redes de apoio e de envolvimento das famílias e comunidades e realizar uma melhor integração entre famílias, serviços públicos e a iniciativa do setor informal, o que vai ao encontro do modelo ecossistêmico proposto por Bronfenbrenner (1996).

Entendendo a família como uma unidade inserida em vários contextos numa interação constante e recíproca, confirma-se a necessidade, como aponta Halpern e Figueiras (2004), “de se atuar intersetorialmente, envolvendo as áreas da saúde, educação, assistência social e econômica, com geração de emprego e renda para as famílias, de infra-estrutura ambiental e de lazer” (p. 107). Nessa perspectiva, Bronfenbrenner e Evans (2000) analisam a influência de ambientes externos sobre o funcionamento das famílias, como contexto para o desenvolvimento humano e a sua capacidade em promover o desenvolvimento saudável de seus filhos, sugerindo a organização e combinação de estratégias de intervenção direcionadas ao ambiente geral. Os processos proximais que se desenvolvem nesses diversos contextos interferirão significativamente durante os momentos de impacto, enfrentamento e reorganização pelos quais as famílias certamente passam durante uma situação de crise.

Após a alta hospitalar os bebês nascidos pré-termo, além de serem acompanhados pelo ambulatório de seguimento, são encaminhados com suas famílias também para a Unidade Local de Saúde, a fim de serem assistidos pela equipe de saúde daquela unidade. A utilização do sistema de referência e contrarreferência⁶ na organização destas unidades de saúde seria uma forma de otimizar recursos, ressalta Meio et al. (2005). Desse modo, a equipe responsável por tais serviços pode atuar com os recursos existentes na unidade ou na região, podendo evoluir para uma equipe mais complexa, contando com o apoio de profissionais especializados na unidade ou nos serviços de referência.

⁶ O sistema de referência e contrarreferência em saúde, constitui-se na articulação entre os estabelecimentos: posto de saúde, centro de saúde, ambulatório geral, hospital local e hospital de base, pautada em documentos apropriados. Esta articulação ocorre por ordem de menor a maior complexidade, sendo que a referência se dá do nível de menor para o de maior complexidade, inversamente à contrarreferência (Witt, 1992).

Em relação às políticas sociais e de saúde que assistem as famílias, no Brasil, Serapioni (2005) faz uma reflexão e cita o exemplo do Programa Saúde da Família (PSF), apontando para a importância deste como a primeira estratégia de reorientação do modelo de atenção à saúde. Porém, esse autor ressalta que o problema que a estratégia PSF encontra para sua consolidação e ampliação está na área dos recursos humanos, pois embora a política seja clara, há ainda profissionais sem perfil, competência e habilidade para atuarem como equipe numa abordagem familiar, por ainda manterem uma forma biomédica de atuar, centrada no indivíduo.

Nessa perspectiva, pesquisa realizada por Figueiras, Puccini, Silva e Pedromônico (2003), com profissionais da atenção primária à saúde, constatou deficiências nos conhecimentos desses profissionais sobre o desenvolvimento infantil e que a vigilância do desenvolvimento não é realizada de forma satisfatória. De um modo geral, os profissionais de saúde não costumam conversar com as mães e orientá-las sobre os problemas psicossociais e de desenvolvimento, sendo necessárias sensibilização e capacitação dos profissionais para essa prática, ressaltam os autores. Lopes (2004) constatou também, em sua pesquisa, a dificuldade do PSF em trabalhar com famílias, visto que os vínculos dos profissionais de saúde encontram-se distanciados destas, além do fato de que cada comunidade difere geográfica, social e culturalmente.

Para os profissionais atuarem com uma abordagem familiar e integrada, Dabas (2000) sugere que, na capacitação os profissionais de saúde sejam instruídos sobre a importância da rede social pessoal da família. Considera-se importante mapear e conhecer a rede social que oferece suporte às famílias, para, junto com elas e por meio de uma comunicação horizontal, trabalhar com a promoção da saúde e com o acompanhamento das sequelas do desenvolvimento que a criança possa apresentar (Marsiglia, 2005). Cabe ressaltar, conforme Nikodem (2009) que no acompanhamento do desenvolvimento da criança, é fundamental considerá-la como participante do micro e do macrosistema, com os quais interage de maneira constante.

Conforme já foi abordado, a família, especialmente a mãe, precisa ser cuidada para seguir com o acompanhamento do seu bebê, ao mesmo tempo em que é um forte agente de proteção social de seus membros, o que é corroborado por Linhares (1999). Porém, Carvalho (2005) ressalta que não podemos exaurir esse potencial protetivo sem lhe oferecer um forte apoio. Nesse sentido, há aqui, uma mão dupla a ser garantida, e esse raciocínio, segundo a autora, se aplica às políticas de

saúde, de modo que “é preciso produzir saúde para e com a família” (p. 274). Assim, segundo Vasconcelos e Morschel (2009) o apoio institucional objetivaria justamente criar espaços de análise e interferência no cotidiano dos seus usuários, por meio de um olhar coletivo sobre a saúde, construído com os usuários e profissionais de saúde, a fim de implementar e mudar práticas.

O intercâmbio contínuo e recíproco entre a família e a sua rede social (pessoal e institucional), além de outros tecidos que compõem a sociedade civil, as políticas públicas das quais a família participa geram, segundo Dabas (2000) e Lopes (2004), a confiança necessária para o fortalecimento e a participação das ações em rede na área da saúde. Nessa direção, o apoio institucional, representado nesse estudo pelos serviços de saúde que acompanham a criança nascida pré-termo e sua família, “pode ser entendido como um dispositivo de funcionamento em rede” (Vasconcelos, & Morschel, 2009, p. 734), de modo que os vários pontos que a integram estejam conectados a fim de atender as necessidades de saúde e desenvolvimento dessas crianças e suas famílias.

4 MÉTODO

4.1 Caracterização da Pesquisa

Esta pesquisa constituiu-se num estudo de delineamento longitudinal de crianças nascidas pré-termo, sendo, por conseguinte a coleta de dados realizada em quatro etapas, a saber: a 1ª etapa compreendeu o momento da internação do bebê na Unidade Neonatal até sua alta hospitalar; a 2ª etapa ocorreu em dois momentos: na primeira consulta de seguimento ambulatorial e 45 dias após a alta hospitalar; a 3ª etapa se deu quando a criança apresentou um ano de idade corrigida; e a 4ª etapa quando a criança estava com dois anos de idade corrigida.

Combinaram-se no presente estudo as abordagens qualitativa e quantitativa objetivando produzir um quadro de dados que abarcasse a complexidade do fenômeno em questão. Essas duas abordagens, segundo Silva (1998) “podem ser complementares e que em alguns estudos isto é desejável, por exemplo, utilizando-se estatística descritiva e apresentando-se conjuntamente a interpretação de dados qualitativos” (Silva, 1998, p.166). A combinação das abordagens qualitativa e quantitativa, nesta pesquisa, permitiu compreender e classificar os processos dinâmicos vivenciados pelas famílias, além dos processos de mudanças no ambiente e nas interações sofridas ao longo do tempo. Importante salientar que os diferentes sistemas de análise de dados utilizados são complementares.

A abordagem qualitativa propicia um conhecimento aprofundado de um evento, em seu contexto temporal e local possibilitando a explicação de comportamentos (Triviños, 1987; Richardson, 1999; VÍctora, Knauth, & Hassen, 2000; Flick, 2004). Segundo esses autores, uma das principais características da pesquisa qualitativa é o fato de que ela fornece uma visão de dentro do grupo pesquisado, ou seja, descreve a cultura e o comportamento do ponto de vista daqueles que estão sendo estudados, “descreve as práticas e interações dos sujeitos na vida cotidiana” (Flick, 2004, p.21). Utilizou-se a abordagem qualitativa com o objetivo de caracterizar a configuração das famílias e da sua rede social, bem como identificar os aspectos de risco e de proteção presentes nestas.

A abordagem quantitativa, por sua vez, caracteriza-se pelo uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento dos dados por meio

de técnicas estatísticas (Richardson, 1999). Essa abordagem foi utilizada nas pesquisas que visavam identificar a incidência dos fatores de risco e de proteção (Halpern et al., 2000; Halpern et al., 2008) da criança e do ambiente familiar.

A concepção teórico-metodológica da presente pesquisa foi baseada no Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 1996; 2005), o qual se configura como um modelo de incursão ecológica ou contextual, pois compreende o delineamento Pessoa, Processo, Contexto e Tempo (PPCT) privilegiando a inserção do pesquisador no ambiente a ser estudado e os fenômenos nele presentes (Cecconello, & Koller, 2003; Wendt, 2006; Andrada, 2007). Essa metodologia valoriza as características das pessoas entrevistadas, do contexto no qual estão inseridas, do tempo em que estão vivendo e dos processos proximais ocorridos entre elas e entre elas e o pesquisador.

Uma incursão ecológica não pode prescindir de uma coleta de dados que combine vários tipos de instrumentos para melhor apreender o fenômeno pesquisado. A utilização de duas ou mais técnicas em um mesmo estudo, segundo Dessen e Neto (2000) é apropriada para compreender as questões sobre as famílias em desenvolvimento imersas em um contexto também em desenvolvimento. Esses mesmos autores afirmam que, por meio de uma coleta de dados mais abrangente, obtém-se maior diversidade de informações.

Realizou-se o acompanhamento dos participantes em seus ambientes ecológicos e numa interação imediata, por meio de observações nos contextos das entrevistas, em conversas informais na maternidade do hospital pesquisado, nos telefonemas e em visitas domiciliares. Neste sentido, a inserção ecológica do pesquisador, segundo as autoras acima, permitiu, no caso do presente estudo, investigar as redes sociais no contexto da prematuridade e descrever os aspectos de risco e de proteção que influenciam os processos de saúde e desenvolvimento das crianças nascidas pré-termo.

Segue a sistematização da pesquisa apresentando as quatro etapas do estudo.

Quadro 2: Etapas da coleta de dados

ETAPAS/ANO	PERÍODO	LOCAL
1ª ETAPA (2007)	Internação até a alta hospitalar	Unidade Neonatal
2ª ETAPA (2007)	Consulta de <i>follow-up</i> (30 dias após alta hospitalar)	Ambulatório de Pediatria
	45 dias após alta hospitalar	Residência das famílias
3ª ETAPA (2008)	1 ano de idade corrigida	Residência das famílias
4ª ETAPA (2009)	2 anos de idade corrigida	Residência das famílias

4.2 Participantes

Foram selecionadas como participantes da pesquisa, por amostragem de conveniência, doze crianças que nasceram pré-termo internadas na Unidade Neonatal em uma maternidade de um hospital público de Florianópolis, que atende exclusivamente usuários do SUS (Sistema Único de Saúde), bem como suas respectivas famílias. No entanto, dentre as doze crianças e famílias selecionadas, onze participaram desta pesquisa, havendo uma perda durante o seu desenvolvimento, ocorrida em razão do óbito do bebê, que após 28 dias de sua alta hospitalar, reinternou num hospital pediátrico com

diagnóstico de pneumonia. Essa família, portanto, participou apenas da primeira etapa da pesquisa.

Os participantes deveriam atender os seguintes critérios de inclusão: a) recém-nascidos pré-termo que apresentassem viabilidade clínica, ou seja, prognóstico de sobrevivência; b) os bebês pré-termo deveriam apresentar idade gestacional igual ou inferior a 32 semanas e peso igual ou inferior a 1.500 gramas, ou seja, considerados recém-nascidos de muito baixo peso e recém-nascidos de extremo baixo peso; c) famílias que estivessem vivendo sua primeira experiência com nascimento de filho pré-termo.

Buscou-se que o informante estivesse disponível para a realização da coleta de dados. Em alguns momentos houve a possibilidade da participação conjunta dos pais, então ambos os genitores foram os informantes da família. Quando contou-se com a presença de outros membros da família (avós e tios) e com o devido consentimento do participante, considerou-se a participação desses membros na coleta de dados.

Dentre as famílias participantes, seis residiam em diferentes bairros do município de Florianópolis. As demais famílias residiam em municípios localizados no interior do Estado de Santa Catarina, a saber: uma família na região Sul (202 km de Florianópolis), uma família da região Leste (80 km de Florianópolis), uma família na região do Médio Vale do Itajaí (120 km de Florianópolis), uma família da região do Alto Vale do Itajaí (215 km de Florianópolis) e duas famílias na região Norte (180 km e 260 km de Florianópolis). A família que residia no Médio Vale do Itajaí, na 3ª etapa da pesquisa passou a residir na região serrana de Santa Catarina (120 km de Florianópolis). A distribuição geográfica dos participantes reflete a procedência das famílias dos bebês internados no Serviço de Neonatologia do hospital pesquisado. De acordo com o controle de registro de internação dessa Unidade Neonatal, 50% são bebês de famílias provenientes do interior do Estado de Santa Catarina.

4.3 Local

A pesquisa foi realizada, em sua primeira etapa, numa unidade neonatal da maternidade de um hospital público de Florianópolis. Os usuários desse hospital, nas clínicas de internação e nos serviços de ambulatório, são oriundos da Grande Florianópolis e do interior do Estado de Santa Catarina. A maternidade é reconhecida em âmbito

nacional por sua filosofia de humanização na assistência durante o processo de nascimento, o que lhe conferiu os títulos de Hospital Amigo da Criança, pela UNICEF, e do prêmio Galba de Araújo, além de ser Centro de Referência na Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru, estes últimos apoiados pelo Ministério da Saúde. Desse modo, a filosofia e as rotinas do Serviço de Neonatologia buscam seguir os princípios norteadores do referido método que visam humanizar a assistência aos bebês e suas famílias por meio do trabalho interdisciplinar, além de favorecer a alta precoce ao bebê de acordo com os critérios médicos e psicossociais.

A Unidade Neonatal conta com 6 leitos de UTI, 6 leitos de Cuidados Intermediários, 4 leitos de Cuidados Mínimos e 8 leitos mãe/recém-nascido da Unidade Canguru, os quais são destinados à 2ª etapa do MC. Estes últimos, no momento da pesquisa, estavam sendo utilizados somente para acomodar e alojar as mães, em virtude do referido serviço não contar com o número suficiente de técnicos de enfermagem para acompanharem mãe e bebê, conforme preconiza a norma do MC (Ministério da Saúde, 2009a). O Alojamento Conjunto da maternidade, por sua vez, conta com 22 leitos, sendo que 6 são para internação de gestantes de alto risco e 16 para puérperas (mulheres que se encontram no pós-parto). Ainda, anexo ao Alojamento Conjunto, encontra-se o “Hotelzinho”. Este local é destinado a alojar as mães que após a alta hospitalar permanecem no hospital para acompanharem os bebês internados na Unidade Neonatal que encontram-se na 1ª etapa do MC ou que apresentam outras intercorrências clínicas.

A segunda etapa desta pesquisa foi realizada, em um primeiro momento, no ambulatório de pediatria do hospital referenciado, onde é realizado o seguimento dos bebês nascidos pré-termo até estes atingirem a idade de dois anos. Nesse ambulatório, são realizados os serviços de puericultura e demais serviços ambulatoriais especializados na área pediátrica. Em um segundo momento, nessa etapa, realizou-se a coleta de dados na residência das famílias participantes, de acordo com a concordância destas.

A terceira e quarta etapas de coleta de dados foram realizadas nas residências das famílias, após novo contato telefônico e a concordância destas. As crianças encontravam-se, respectivamente, com 1 ano de idade corrigida e 2 anos de idade corrigida.

4.4 Aspectos Éticos

Para o desenvolvimento do presente estudo, foram seguidos os preceitos éticos e as normas para a condução de pesquisa científica em Psicologia do Desenvolvimento propostas por Costa Junior e Fleith (2005), que recomenda o seguinte: o uso de procedimento não danoso; estabelecer consentimento esclarecido do participante; confidencialidade das informações e análise dos riscos, de forma que se estes forem identificados demandará do pesquisador a discussão com os pais acerca dos fatores de risco e suas repercussões sobre o desenvolvimento da criança.

Dessa forma, após aprovação do projeto de pesquisa pelo Programa de Pós- Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, este foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da mesma universidade e aprovado sob o Parecer Consubstanciado 346/2006. Atendendo as Resoluções nº 196 de 10 de outubro de 1996, e nº 251, de 5 de agosto de 1997, do Conselho Nacional de Saúde, foi elaborado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, redigido em linguagem acessível aos participantes (Apêndice A). Assim, os pais foram consultados sobre o interesse em participar da pesquisa e incluídos mediante a assinatura do consentimento, sendo informados sobre o objetivo do estudo, o sigilo das informações e o direito de desistir de participar a qualquer momento.

A pesquisadora, ao longo do processo, buscou acolher as famílias acerca de suas dúvidas e questionamentos, bem como as informava sobre os resultados das avaliações. Nesse sentido, as famílias receberam orientações e encaminhamentos especializados quando houve necessidade.

4.5 Instrumentos e Técnicas

Os instrumentos e técnicas utilizados para a coleta de dados neste estudo foram: Análise Documental dos Prontuários, Genograma, Ecomapa, Entrevista Semiestruturada, Observação Participante, Roteiro de Entrevista para Identificação de Riscos Biopsicossociais na História de Vida da Criança, Índice de Risco Psicossocial de Rutter, Inventário Home para Observação e Medida do Ambiente, Escala de Eventos Vitais e Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver-II.

A **Análise Documental dos Prontuários** foi realizada com o objetivo de complementar as informações sobre os dados de nascimento do bebê, a história pré-natal, acompanhar sua evolução clínica durante a internação hospitalar e seu crescimento e desenvolvimento até os dois anos de idade corrigida.

O **Genograma** (Anexo 1) é um instrumento utilizado em pesquisas sobre família (Ribeiro, 2005; Wendt, 2006; Wendt, & Crepaldi, 2008) e adotado historicamente por terapeutas familiares (Carter, & McGoldrick, 1995). É um diagrama, um mapeamento gráfico que detalha a estrutura e o histórico familiar, além de mostrar a demografia, o funcionamento e as relações na família, bem como, as etapas do ciclo de vida familiar (Wendt, 2006). O Genograma explicita: os nomes e idades e a profissão dos membros da família; o tipo de relacionamento entre eles; as datas de eventos, como casamento, morte, separações, abortos; ocupações, condição especial de saúde, local de residência; e demais informações que se mostrarem importantes para o fenômeno a ser pesquisado.

A confecção deste diagrama foi realizada a partir da entrevista semiestruturada, e os dados coletados foram representados graficamente por símbolos (Anexo 2), conforme proposto por McGoldrick e Gerson (1995) e referendado pelos trabalhos de Rocha, Nascimento e Lima (2002), McGoldrick e Gerson (2005), Ribeiro (2005), Wendt (2006) e Wendt e Crepaldi (2008).

O **Ecomapa** (Anexo 3) é um diagrama das interações entre a família e a comunidade representado por pessoas, grupos ou instituições (escola, serviços de saúde, igreja etc.). Tem sido amplamente utilizado nas pesquisas nacionais e internacionais, que abordam planejamento, avaliação e intervenções de saúde na família (Pillitteri, 1992; Rocha, Nascimento, & Lima, 2002; Wright, & Leahey, 2002; Ribeiro, 2005; Mello, Vieira, Simpionato, Biassoli-Alves, & Nascimento, 2005; Souza, & Kantorski, 2009). O Ecomapa ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família, retratando a interação desta com os diversos níveis ecológicos, num determinado momento da sua vida familiar, sendo, portanto, dinâmico. Utilizou-se nesta pesquisa o modelo gráfico do Ecomapa, segundo Pillitteri (1992), adaptado pela pesquisadora a partir da sua experiência profissional e dos dados coletados na pesquisa.

No referido modelo, os membros da família são representados no centro do círculo, e os contatos com as pessoas, comunidade e serviços nos círculos externos. No caso desta pesquisa, objetiva-se focalizar as interações da família com a sua rede pessoal e com a sua rede

institucional. Buscou-se definir cada tipo de interação estabelecida entre a família e a rede social, uma vez que tais definições não foram encontradas na literatura disponível. As interações são representadas graficamente por linhas que indicam o tipo de conexão: linhas contínuas representam interações fortes; linhas pontilhadas, interações tênues; linhas oblíquas representam interações conflituosas e as setas indicam fluxo do apoio. A definição para cada tipo de interação encontra-se descrita na parte de Tratamento dos Dados da seção Método.

A **Entrevista Semiestruturada**, utilizada nesta pesquisa para a confecção do Genograma e do Ecomapa, é definida por Ghiglione e Matalon (1993) como a exploração de um domínio que não se conhece e como um aprofundamento de um campo, quando os temas pesquisados não estão explicados ou explorados, suficientemente, num aspecto ou noutro. A utilização da referida técnica poderá possibilitar a descrição e o aprofundamento das redes sociais no contexto da prematuridade. Para Triviños (1987), a entrevista semiestruturada é um dos principais instrumentos que o pesquisador possui para realizar a coleta de dados, pois além de valorizar a sua presença, oferece as possibilidades possíveis para que o informante possua liberdade e espontaneidade, enriquecendo assim, a investigação.

A **Observação Participante**, em Flick (2004), é uma estratégia de campo e aproxima-se de uma concepção da pesquisa qualitativa como um processo, pois presume-se uma permanência mais longa no campo e em contato com pessoas e vários contextos a serem estudados. Assim, um dos aspectos principais da observação participante é a localização no aqui e agora das situações e dos ambientes da vida cotidiana, como o fundamento da investigação. O autor acima aponta a flexibilidade e a apropriabilidade metodológica ao objeto da pesquisa, como as principais vantagens da observação participante, pois a sua utilização numa abordagem multimetodológica possibilita uma adaptação especial dos procedimentos dessa estratégia ao assunto pesquisado. No caso das observações domiciliares, Zamberlan e Biassoli-Alves (1997a) apontam sua importância, pois permitem suplementar dados aos outros instrumentos utilizados na pesquisa, dessa forma ampliando a situação investigada.

O **Roteiro de Entrevista para Identificação de Riscos Biopsicossociais na História de Vida da Criança** (Santa Maria, & Linhares, 2002) (Anexo 4) foi elaborado a partir de roteiros utilizados em outras pesquisas. Busca identificar os fatores de risco e de proteção que possam interferir no desenvolvimento biológico, psicológico e social da criança, a partir da avaliação da sua história de vida, por meio

de questões que abordam os seguintes aspectos: condições de nascimento; história reprodutiva da família e condução da gravidez; socioeconômicos; ambientais e sociais; atenção à saúde da criança e morbidade.

Anexo a esse roteiro está o **Índice de Risco Psicossocial de Rutter** (Rutter, & Quinton, 1977), que busca identificar as condições adversas às quais a criança está exposta e é composto pelos seguintes itens: baixo nível educacional dos pais; habitação superlotada; pais com doença psiquiátrica; história de delinquência dos pais; problemas conjugais; maternidade/paternidade precoces; rejeição da gravidez; falta de apoio e integração social; desemprego/doença dos pais por mais de um ano; e dificuldades para lidar com os problemas do cotidiano.

O **Inventário Home para Observação e Medida do Ambiente** (Caldwell, & Bradley, 1984; Barbosa, 1993) (Anexo 5) é um instrumento amplamente utilizado nas pesquisas, que descreve a qualidade do ambiente familiar, a fim de avaliar seu impacto sobre resultados de desenvolvimento atual e posterior, segundo Zamberlan e Biassoli-Alves (1997b). É aplicado por uma pessoa, durante uma visita domiciliar, e pode ser realizado em aproximadamente uma hora, quando a criança está acordada, a fim de observá-la em sua rotina normal naquele dia.

O inventário é constituído por 45 itens distribuídos em seis subescalas: responsividade emocional e verbal da mãe (11 itens); fuga por punição e restrição – ausência de repressão e castigo (6 itens); organização do ambiente físico geral (8 itens); provisão de materiais apropriados (9 itens); envolvimento maternal com a criança (6 itens); e oportunidades para variar o estímulo do cotidiano (5 itens). Há, em cada subescala, itens de observação, de entrevista e os itens que podem ser observados ou perguntados à mãe e/ou ao cuidador.

A **Escala de Eventos Vitais** (*Social Readjustment Rating Scale*) (Anexo 6), Traduzido por Lipp (1984) e adaptado por Savoia (1999) da escala de Holmes e Rahe (1967), é uma medida descritiva cujo objetivo é o de verificar a ocorrência ou não dos eventos nela relacionados, ocorridos no último ano. É um instrumento que informa sobre o ambiente psicossocial em que a criança vive, considerando-se a fonte de estresse, conforme as seguintes áreas: trabalho, perda de suporte social, família, mudanças no ambiente, dificuldades pessoais e finanças.

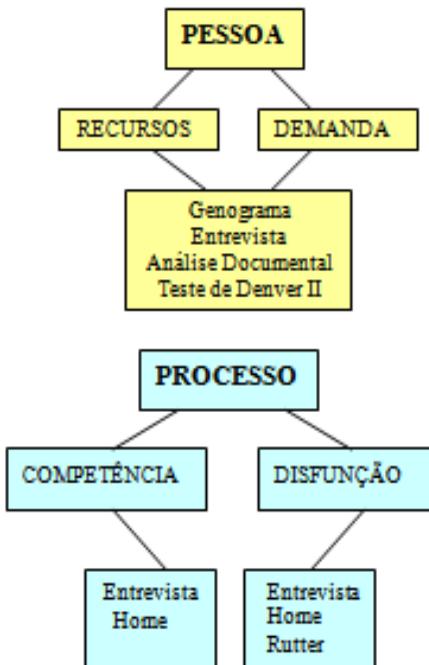
O **Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver-II** (*Denver Developmental Screening Test – DDST-II*) (Frankenburg, Dodds, Archer, Shapiro, & Bresnik, 1992), traduzido e adaptado no Brasil por Figueiras, Pedromônico, Sales e Figueiras (2000) (Anexo 7) é um teste

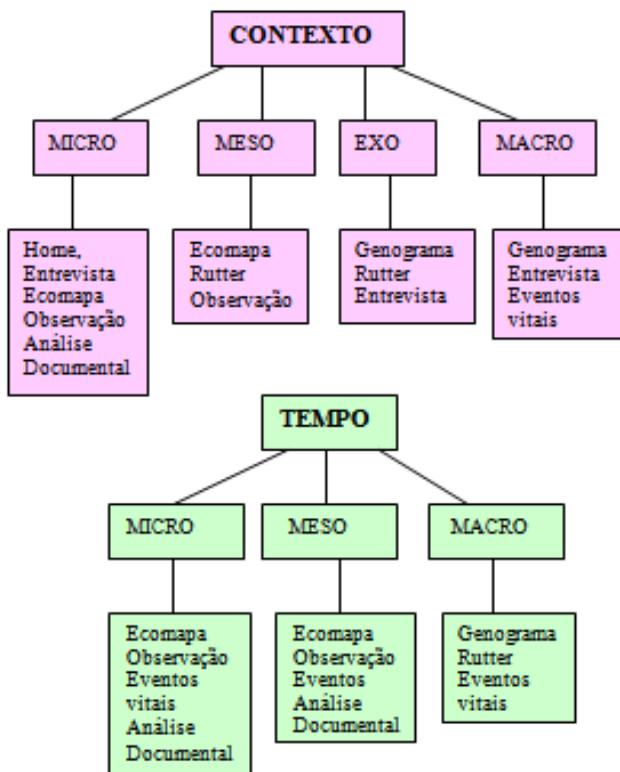
de rastreamento de risco que avalia o desenvolvimento de crianças de um mês a seis anos de idade, provenientes de diferentes condições sociais. O teste apresenta 125 itens que são divididos em quatro áreas: a) *Pessoal-Social*: avalia aspectos da socialização da criança dentro e fora do ambiente familiar; b) *Motricidade fina*: avalia coordenação olho-mão, manipulação de pequenos objetos; c) *Linguagem*: produção de som, capacidade de reconhecer, entender e usar linguagem; d) *Motricidade ampla*: avalia controle motor corporal, sentar, caminhar, pular e todos os demais movimentos realizados pela musculatura ampla. Esses itens são administrados diretamente à criança, porém, em alguns deles, é solicitado ao informante que responda se a criança realiza ou não determinada tarefa.

Segue o desenho que ilustra o processo de coleta de dados de acordo com o Modelo Bioecológico proposto por Bronfenbrenner (1996; 2005) (Figura 2). Cabe ressaltar que os aspectos referentes aos núcleos Pessoa, Processo, Contexto e Tempo encontram-se definidos no capítulo Revisão da Literatura.

Figura 2: Processo de coleta de dados de acordo com o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano.

Fonte: (Bronfenbrenner, 1996; 2005)





4.6 Procedimentos

4.6.1 Coleta de Dados

Antes do início da coleta de dados o projeto de pesquisa foi apresentado ao Grupo Interdisciplinar de Assessoria à Maternidade do hospital pesquisado, sendo posteriormente encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina. O fato de a pesquisadora pertencer à equipe de saúde da instituição onde se desenvolveu a pesquisa facilitou os desdobramentos da coleta de dados, que por meio de visitas aos leitos na unidade neonatal, consulta diária aos prontuários dos bebês internados e contato com a equipe de saúde,

permitiu selecionar os bebês e as famílias participantes da pesquisa. É importante salientar que todos os bebês internados nessa unidade e suas respectivas famílias são, *a priori*, acompanhados rotineiramente pelo Serviço de Psicologia, o que permitiu visualizar alianças estratégicas com o campo de pesquisa. Possibilitou-se desta forma, o estabelecimento prévio do *rappor*⁷ com a família, pois como assinalam Biasoli-Alves e Silva (1992, p. 64):

[...] das atitudes de aproximação, respeito e empatia trazidas pelo pesquisador virá a disponibilidade dos sujeitos e o seu envolvimento com a tarefa de informantes (o que amplia a possibilidade de validade dos dados obtidos), fazendo dela um momento de reflexão, retomada de fatos, valores e idéias do passado (quando este é o caso) e a gratificação com sua transmissão ao entrevistador.

4.6.1.1 Primeira Etapa: Avaliação dos Núcleos Pessoa, Contexto e Tempo durante a Interação da Criança

Inicialmente ocorreu a seleção dos participantes da pesquisa, que foi realizada por meio do acompanhamento da evolução clínica dos bebês internados na Unidade Neonatal, das consultas ao prontuário, das observações e visitas à esta unidade do referido hospital. As famílias foram, então, convidadas a participar da pesquisa explicando-se-lhes seus objetivos, o sigilo das informações, os procedimentos que seriam realizados a partir da concordância em participar, bem como o direito de desistir a qualquer momento. Caso houvesse a concordância da família em participar, solicitou-se que esta assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A).

No segundo momento dessa etapa, aproximadamente 15 a 30 dias após o nascimento do bebê, agendou-se um horário específico com cada família e, numa sala de reuniões do referido hospital, confeccionou-se o Genograma familiar por meio de uma entrevista semiestruturada (Apêndice B), que, conforme ressalta Wendt (2006), não deve seguir uma ordem previamente estabelecida, mas a ordem proposta por cada

⁷O *rappor* consiste em criar um clima preparatório favorável na abordagem inicial com o participante. É um recurso usual na prática clínica (Ocampo, & Arzeno, 2001).

família, a fim de evitar mudanças bruscas de assunto. A entrevista foi gravada e transcrita posteriormente para fins de análise, como destacam Biasoli-Alves e Silva (1992), a fim de preservar o volume de dados produzidos pelo discurso dos entrevistados, poupando o entrevistador de anotá-los enquanto realiza a entrevista. De acordo com Wendt (2006), as entrevistas deram subsídios à revisão, ao acréscimo de dados e à análise do Genograma da família.

Após a confecção do Genograma, construiu-se, por meio do Ecomapa, a rede social da família na fase da internação do bebê a partir das instruções (Apêndice C) e de uma entrevista semiestruturada (Apêndice D), em que foram propostas algumas questões referentes ao Ecomapa construído. A entrevista foi gravada e transcrita posteriormente para fins de análise. Essa parte da coleta de dados durou aproximadamente 1 hora e meia e foi realizada com a mãe da criança. Finalmente, num terceiro momento, acompanhou-se a evolução clínica do bebê até sua alta hospitalar, utilizando-se a Observação Participante e a Análise Documental dos Prontuários. Buscou-se observar a interação entre a equipe/família, equipe/bebê, pais/bebê, bem como a família com sua rede social pessoal.

4.6.1.2 Segunda Etapa: Avaliação dos Núcleos Pessoa, Processo, Contexto e Tempo após a Alta Hospitalar da Criança

Após a alta hospitalar da criança acompanhou-se a primeira consulta de seguimento ambulatorial (*follow-up*) realizada no ambulatório de pediatria do hospital pesquisado. Essas consultas foram agendadas com a família para um intervalo de trinta dias, aproximadamente, após a alta hospitalar. Utilizou-se a Observação Participante a fim de verificar as interações entre a família e os profissionais de saúde durante a consulta, a presença ou não de membros da rede pessoal, além de acompanhar a avaliação do crescimento e desenvolvimento do bebê e possíveis encaminhamentos. O acompanhamento das consultas durou em média 1 hora, nas quais estavam presentes o pai e a mãe em seis famílias e somente a mãe em cinco famílias. Num segundo momento dessa etapa, aproximadamente quarenta e cinco dias após a alta hospitalar da criança, ocorreu a visita na residência das famílias, quando as crianças se encontravam com idade cronológica entre dois e quatro meses de vida.

Realizou-se contato telefônico com as famílias a fim de lembrá-las dessa etapa da pesquisa e para agendamento da visita. Durante a visita, construiu-se com a família o mapa da rede social de que esta dispunha após a alta hospitalar e até aquele momento, utilizando-se o Ecomapa, conforme instruções referidas no Apêndice C, e por meio de uma entrevista semiestruturada (Apêndice E), a qual foi gravada e transcrita para fins de análise. Em seguida, procedeu-se ao Roteiro de Entrevista para Identificação de Riscos Biopsicossociais na História de Vida da Criança, além de solicitar as famílias que respondessem aos itens do Índice de Risco Psicossocial de Rutter. Observou-se, também, durante a visita, o ambiente familiar a fim de responder ao Inventário Home para Observação e Medida do Ambiente, durante e após cada visita. A visita durou aproximadamente 2 horas e meia e foram feitas com os pais na maioria das famílias, e somente com a mãe, em três famílias. Contou-se, também com a presença da criança e dos avós maternos e/ou paternos em algumas famílias.

4.6.1.3 Terceira Etapa: Avaliação dos Núcleos Pessoa, Processo, Contexto e Tempo com 1 Ano de Idade Corrigida da Criança

Realizou-se contato telefônico com as famílias a fim de agendar visita nas suas residências quando a criança completasse 1 ano de idade corrigida. Mapeou-se, durante a visita, a rede social pessoal e institucional das famílias, por meio do Ecomapa conforme instruções referidas no Apêndice C, e por meio de uma entrevista semiestruturada (Apêndice F), a fim de identificar e caracterizar os apoios que vinham recebendo até aquele momento. Durante a confecção do Ecomapa, a entrevista foi gravada e, posteriormente, transcrita para análise.

Aplicou-se o Roteiro de Entrevista para Identificação de Riscos Biopsicossociais na História de Vida da Criança a fim de completar os dados pertinentes àquela faixa etária. Reaplicou-se o Inventário Home para Observação e Medida do Ambiente, com o objetivo de avaliar a estimulação ambiental. Em seguida, aplicou-se a Escala de Eventos Vitais para identificar os eventos adversos presentes nas famílias no último ano. Procedeu-se à aplicação do Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver-II, para detectar possíveis problemas de desenvolvimento na criança. As visitas, na terceira etapa da pesquisa, duraram aproximadamente 2 horas e meia, e a coleta dos dados foi realizada com os pais, na maioria das famílias, e somente com a mãe,

em três famílias, estando presentes a criança e os avós maternos e/ou paternos em algumas famílias.

4.6.1.4 Quarta Etapa: Avaliação dos Núcleos Pessoa, Processo, Contexto e Tempo aos 2 Anos de Idade Corrigida da Criança

Realizou-se novo contato telefônico com as famílias a fim de lembrá-las dessa etapa da pesquisa e para agendar visita domiciliar aos dois anos de idade corrigida da criança. Construiu-se com as famílias um Ecomapa de acordo com as instruções do Apêndice C e entrevista semiestruturada (Apêndice G), a fim de visualizar os apoios recebidos em sua rede pessoal e institucional aos dois anos de idade da criança, para posterior caracterização. A entrevista foi gravada durante a confecção do Ecomapa para fins de análise. Foram completados os dados do nível Pessoa (criança) por meio do Roteiro de Entrevista para Identificação de Riscos Biopsicossociais. Reaplicou-se o Inventário Home e a Escala de Eventos Vitais para avaliação do ambiente e o Teste de Denver-II para avaliação do desenvolvimento da criança. A realização dessa etapa teve duração aproximada de 2 horas e meia e foi feita com os pais e somente com a mãe, em três famílias, e na presença da criança e dos avós maternos e/ou paternos em algumas famílias.

4.6.2 Análise dos Dados

Adotou-se, para fins de identificação dos participantes as letras do alfabeto brasileiro, seguindo a ordem cronológica da data de nascimento das crianças, a fim de resguardar a privacidade e o sigilo destas. Dessa forma, foi atribuído a cada participante um nome, cuja primeira letra corresponde à letra do alfabeto, bem como modificaram-se os nomes dos participantes, familiares e amigos mencionados na pesquisa. Assim, a família A refere-se à primeira família avaliada, sendo os nomes dos pais, Adão e Ana, e o nome do bebê, Ari.

Os dados coletados foram analisados de duas maneiras: quantitativamente e qualitativamente, de acordo com as normas dos respectivos instrumentos. Apresentar-se-ão, primeiramente, as análises realizadas nos instrumentos quantitativos e, em seguida as análises dos instrumentos qualitativos.

4.6.2.1 Análise Quantitativa

Os dados relativos ao **Roteiro de Entrevista para Identificação de Riscos Biopsicossociais na História de Vida da Criança** foram utilizados a fim de investigar as variáveis analisadas nos núcleos PPCT. No núcleo, Pessoa foram analisadas as condições pré e perinatais (risco pré-natal, sexo, idade gestacional, peso e altura no nascimento, apgar no 1º e no 5º minuto, peso e altura na alta e tempo de internação); no núcleo Processo foram analisadas as variáveis promotoras dos processos proximais entre os pais e a criança (mês que iniciou o pré-natal e o número de consultas, tempo de relacionamento do casal e tempo de amamentação); no núcleo Contexto, foram analisadas a situação conjugal dos pais, o tipo e condições de moradia, nível de escolaridade e situação ocupacional dos pais, além da renda familiar.

A **Análise Documental do Prontuário** possibilitou registrar as variáveis presentes no núcleo Pessoa (peso mínimo da internação⁸, peso e altura com 1 ano de idade corrigida, e peso e altura com 2 anos de idade corrigida).

Quanto ao **Índice de Risco Psicossocial de Rutter** foi atribuído para cada item (0) zero ou (1) um ponto de acordo com a ausência ou presença do risco, segundo norma do instrumento. A soma dos itens presentes indica o número de condições adversas às quais a criança está exposta e classifica o risco psicossocial em escore baixo, zero ponto; moderado, um ou dois pontos, e escore severo, mais que dois pontos. Esse instrumento avalia os fatores de risco e de proteção presentes nos núcleos Processo, Contexto e Tempo, de acordo com o Modelo Bioecológico.

Com relação aos dados do **Inventário Home**, estes foram analisados de acordo com a classificação de Caldwell e Bradley (1984), em que, para cada item, é atribuído (0) zero ou (1) um ponto, de acordo, respectivamente, com a ausência ou a presença do comportamento durante a observação na visita à residência das famílias. A soma dos itens presentes corresponde ao escore bruto de cada subescala, cuja soma corresponde ao escore total, apontando para um perfil da família sobre o nível de estimulação do ambiente: de zero a 25 itens, é considerado inferior à 4ª parte (alto nível de risco); de 26 a 36 itens, é considerado nível médio (médio nível de risco) e de 37 a 45 itens, o

⁸ Peso mínimo na internação diz respeito ao menor peso da criança durante sua internação hospitalar.

nível é superior à 4ª parte (baixo nível de risco). As classificações alto nível de risco, médio nível de risco e baixo nível de risco, para esse instrumento, são citadas por Zamberlan e Biasoli-Alves (1996b). Por meio do Inventário Home foi possível levantar os dados referentes aos aspectos processuais, relacionados aos processos proximais pais-bebê e aos aspectos contextuais, relacionados por sua vez, às condições do ambiente no qual ocorre o desenvolvimento da criança.

Na **Escala de Eventos Vitais**, há seis categorias, segundo Savoia (1999), considerando-se a fonte de estresse, sendo elas: trabalho, perda de suporte social, família, mudanças no ambiente, dificuldades pessoais e finanças. Será realizada uma análise em termos de quartis para classificar a amostra em inferior à 4ª parte (0-4 eventos relatados), médio (5-7 eventos relatados) e superior à 4ª parte (8-15 eventos relatados), bem como a soma total de eventos presentes em cada família. Tais eventos apontaram para as mudanças ocorridas nas famílias no último ano elencadas no núcleo Tempo.

As respostas do **Teste de Triagem de Desenvolvimento Denver-II** foram codificadas em “P” (passou), “F” (falhou), “NO” (não houve oportunidade), “Re” (recusa-se) e “An” (anamnese), de acordo com a habilidade da criança em realizar determinada tarefa. Os itens estão dispostos em uma faixa que representa a idade inicial até a idade final aceitável para sua ocorrência; há indicação da demarcação do ponto em que inicia a zona de cuidado. A interpretação dos itens apresenta itens “avançados” (realizados além da linha da idade da criança), itens “normais” (realizados dentro da linha da idade da criança), itens “cuidado” (não realizados dentro da linha da idade da criança), itens “atraso” (não realizados quando já deveriam fazer parte do repertório da criança) e itens “não houve oportunidade” (a criança não teve oportunidade de realizar a tarefa).

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

4.6.2.2 *Análise Qualitativa*

Utilizou-se a Observação Participante, a Análise Documental dos Prontuários, a análise do Genograma e do Ecomapa e as entrevistas semiestruturadas, para a realização da análise qualitativa dos dados.

A **Observação Participante** permeou, especialmente, a primeira etapa da pesquisa, o que oportunizou o acompanhamento das crianças e das famílias em diversos momentos da internação hospitalar. Essa estratégia foi também utilizada durante a primeira consulta de seguimento ambulatorial e nas visitas realizadas nas residências das famílias, como uma forma de complementar a coleta de dados. Sendo assim, por meio de registros de campo teve-se acesso aos fatores de risco e de proteção pessoais (crescimento e desenvolvimento da criança e as interações ocorridas na consulta ambulatorial); processuais (presença e tempo de amamentação); e contextuais (avaliação do ambiente e interações com os membros da rede pessoal e institucional, ao longo do tempo).

Utilizou-se a **Análise Documental dos Prontuários** para analisar qualitativamente as variáveis do núcleo Pessoa (riscos perinatais, evolução e intercorrências clínicas durante a internação hospitalar) e do núcleo Tempo (frequência e periodicidade da interação dos pais com a criança).

Algumas variáveis do **Roteiro de Entrevista para Identificação de Riscos Biopsicossociais na História de Vida da Criança** foram também analisadas de forma qualitativa. No núcleo Pessoa, foram analisados os riscos peri-natais e os antecedentes mórbidos, em termos de presença ou ausência, bem como as demandas da criança no que diz respeito ao comportamento e sono; no núcleo Processo, foram analisadas as respostas das seguintes variáveis: problemas psicológicos ou de relacionamento conjugal e familiar, sentimentos maternos e paternos frente à gestação e ao nascimento do bebê, atitudes do pai com o bebê, atividades que a mãe desenvolve com a criança e favorecimento de lazer; e no núcleo Tempo, por sua vez, analisou-se a frequência de interação dos pais com a criança.

A configuração das famílias, bem como sua dinâmica relacional, representadas graficamente no **Genograma** foram analisadas a partir das definições dos padrões relacionais, conforme McGoldrick e Gerson (1995). Nesta pesquisa, destacar-se-ão os padrões de relacionamentos identificados nas famílias, os quais se encontram definidos na pesquisa de Wendt (2006) e apresentados no item Tratamento dos Dados. Além dos padrões relacionais, as demais informações coletadas durante a

confeção do Genograma buscaram responder às variáveis analisadas nos núcleos Pessoa (recurso), Contexto (exossistema e macrosistema) e Tempo (macrotempo), de acordo com o Modelo Bioecológico.

Com relação aos dados obtidos por meio do **Ecomapa** e das entrevistas semiestruturadas, ao longo da pesquisa, estes foram analisados de acordo com o Sistema de Análise Gráfica do Ecomapa que apresentou as características da rede social proposto por Sluzki (1997), e adaptadas pela pesquisadora a partir da sua experiência profissional e redefinidas a partir dos dados coletados. Tais características se constituíram em categorias, que, com suas respectivas subcategorias, descritas no item Tratamento dos Dados, serviram como base para responder às variáveis analisadas nos núcleos Contexto e Tempo do modelo PPCT.

4.6.3 Tratamento dos Dados

4.6.3.1 Tratamento Quantitativo dos Dados

Na análise quantitativa utilizou-se o programa denominado SPSS (Pacote Estatístico para as Ciências Sociais), versão 15,0. Primeiro, foi realizada análise descritiva dos dados baseada no cálculo de porcentagens simples, frequência e média de acordo com a natureza dos dados. As próximas análises realizadas foram testes não paramétricos, devido ao tamanho da amostra e sua distribuição. O primeiro teste foi a correlação de Spearman, que buscou verificar o relacionamento entre duas variáveis, ou seja, quando o valor de uma das variáveis muda, a outra muda de forma dependente (Dancey, & Reidy, 2006). O r de Spearman varia de 0 a 1 e, quanto mais perto de 1, mais forte é a correlação.

Utilizou-se a correlação de postos de Spearman para analisar as associações entre os resultados das crianças no Teste de Denver-II, os atributos da Pessoa presentes no Roteiro de Entrevista, a saber: sexo, idade gestacional, apgar no 1º e no 5º minuto, peso e altura no nascimento, peso mínimo na internação, peso na alta, tempo de internação e tempo de amamentação; e as variáveis ambientais por meio dos resultados elencados no Inventário Home, na Escala de Eventos Vitais, o Índice de Risco Psicossocial de Rutter e, em algumas respostas do Roteiro de Entrevistas (mês que iniciou o pré-natal, número de consultas realizadas no pré-natal, tipo de parto, renda familiar, idade

materna, idade paterna, número de pessoas em casa, tempo de relacionamento do casal).

A última análise realizada foi o teste de Wilcoxon. Este buscou avaliar se existe uma diferença estatisticamente significativa entre as médias dos postos dos participantes emparelhados nas mesmas duas condições analisadas (Dancey, & Reidy, 2006). Para tanto utilizou-se o referido teste a fim de comparar as médias dos resultados do desenvolvimento da criança e do meio ambiente, avaliados em etapas diferentes por meio do Inventário Home, Escala de Eventos Vitais e Teste de Denver-II. Com relação a este último, para que suas variáveis que são de natureza categórico-nominal pudessem ser analisadas por meio do teste de Wilcoxon, as tarefas em cada área foram agrupadas segundo sua classificação (normal, cuidado e atraso). A partir da soma realizada das tarefas, cada classificação foi apresentada em forma de expressão numérica, gerando uma variável numérica passível de ser comparada. Todas as análises quantitativas deixaram como critério o nível de significância mínima de 5% ($p < 0,05$).

4.6.3.2 Tratamento Qualitativo dos Dados

Considerou-se para a análise qualitativa as entrevistas realizadas com as famílias no momento da confecção do Genograma e a análise gráfica desse diagrama. Foram realizadas a análise da configuração e a dinâmica relacional das famílias, a partir das definições dos padrões relacionais, propostas por McGoldrick e Gerson (1995). Seguem abaixo, os padrões de relacionamentos identificados nas famílias, no presente estudo, os quais foram definidos por Wendt (2006):

- **Relacionamento harmônico:** experiência emocional de união entre os membros da família, cujos interesses, atitudes ou valores são recíprocos e marcados por sentimentos positivos. Nesse caso, os membros se diferenciam entre si e suas família de origem;
- **Relacionamento distante:** este tipo de relacionamento caracteriza-se pela ocorrência de pouco contato entre os membros, especialmente contato emocional;
- **Relacionamento conflituoso:** relação marcada por constantes atritos, geradores de ansiedade e inimizades entre os membros da família, expressos normalmente por dificuldades de comunicação;
- **Relacionamento vulnerável:** relação em que não há um conflito explícito, porém, mostra possibilidade de conflitos em condições adversas ou fases de transição;

- **Relacionamento muito estreito:** é um tipo de relacionamento que se caracteriza por não haver diferenciação entre os membros, que permita a existência simultânea entre pertencimento e separação, predominando o pertencimento;
- **Aliança:** refere-se a uma relação baseada em regras não expressas mas presentes no sistema, diante das quais as pessoas assumem determinados compromissos, as chamadas lealdades invisíveis, que interferem no processo de diferenciação;
- **Rompimento:** diz respeito aos relacionamentos nos quais não ocorre contato entre os membros, embora exista entre eles uma ligação emocional.

Para as análises das entrevistas realizadas com as famílias durante a confecção do Ecomapa na primeira, segunda, terceira e quarta etapas da pesquisa, realizou-se análise de conteúdo categorial temático, utilizando um sistema de categorias definido *a priori* (Sluzki, 1997) seguida da adaptação desse sistema para aplicação no Ecomapa. Embora nessa análise os dados fossem de ordem qualitativa, estes foram tratados quanti-qualitativamente, uma vez que as respostas foram quantificadas. As categorias e suas respectivas subcategorias, definidas abaixo, constituíram o Sistema de Análise Gráfica do Ecomapa, cujos dados relativos a cada família se encontram nos Apêndices W a GG.

ESTRUTURA DA REDE

A categoria Estrutura da Rede apontou para as características estruturais da rede em seu conjunto, que segundo Sluzki (1997) concerne a: tamanho, densidade, dispersão e homogeneidade ou heterogeneidade da rede das famílias participantes.

Tamanho: aponta para o número de interações que cada sujeito do círculo interno apresenta na rede social.

Densidade: diz respeito às conexões entre os membros que compõem a rede, ou seja, a interação que ocorre entre os microsistemas.

Dispersão: distância geográfica entre os membros que facilite ou dificulte contato, a fim de gerar comportamentos efetivos.

Homogeneidade ou heterogeneidade: refere-se aos aspectos demográficos ou socioeconômicos em termos de identidade de idade, sexo, cultura e nível socioeconômico ou diferente status educacional ou social.

FUNÇÕES DA REDE

Incluíram-se nessa categoria o tipo de intercâmbio entre a família e os membros da rede, indicando as funções desempenhadas, tais como: apoio emocional, companhia social, guia cognitivo e de conselhos, ajuda prática, ajuda material, ajuda espiritual e ajuda de serviços.

Apoio emocional: são os intercâmbios que conotam estímulo, apoio e existência de uma ressonância emocional e de boa vontade do outro.

Companhia social: refere-se às atividades que são realizadas conjuntamente ou simplesmente, ao fato das pessoas estarem juntas.

Guia cognitivo e de conselhos: função que permite o compartilhar de informações pessoais, familiares, esclarecer rotinas do serviço e expectativas, além de servir de modelos de papéis.

Ajuda prática: interação que possibilita ajuda prática na organização e execução das rotinas da família e atividades domésticas, bem como nos cuidados de higiene e conforto prestados ao bebê, conforme definição da pesquisadora a partir dos dados levantados.

Ajuda material: apoio prestado por meio do fornecimento e encaminhamento de recursos materiais, como cesta básica, fraldas, condução para transportes, alojamento para as mães, além da doação e/ou empréstimo de dinheiro para prover as necessidades gerais da família. Esta subcategoria foi adaptada pela pesquisadora a partir dos dados coletados.

Ajuda espiritual: conota apoio oferecido pelos membros da rede social, por meio de orações e a utilização das crenças religiosas, segundo definição da pesquisadora a partir dos dados levantados.

Ajuda de serviços: refere-se aos serviços de saúde que oferecem atendimento e acompanhamento aos bebês e suas famílias, podendo incluir ou não a competência técnica dos profissionais.

ATRIBUTOS DA INTERAÇÃO

Nessa categoria, abarcaram-se as qualidades atribuídas às interações apresentadas na rede social, segundo Sluzki (1997), a saber: multidimensionalidade, reciprocidade, frequência, história da relação acesso a novos contatos.

Multidimensionalidade: designa a quantidade de funções desempenhada por cada membro da rede social.

Função predominante: refere-se à função ou combinação de funções predominantes na rede social de cada família.

Reciprocidade: interações nas quais ocorre uma troca de apoio entre a pessoa e quem estabeleceu a interação com ela. Nesse caso, o membro da rede e a pessoa desempenham entre si a mesma função.

História da relação: diz respeito ao tempo de conhecimento e as experiências prévias de cada interação.

Acesso a novos contatos: conexão com pessoas e serviços que passaram a fazer parte da rede social da família em virtude do nascimento pré-termo da criança.

MUDANÇAS DESEJADAS

Foram apontadas nessa categoria as modificações que as famílias gostariam de realizar em sua rede social pessoal e institucional, definidas pela pesquisadora a partir dos dados coletados nas quatro etapas da pesquisa.

Rede social pessoal: subcategoria que agrupa mudanças que as famílias desejariam realizar no que diz respeito às interações pessoais (significativas) da sua rede.

Rede social institucional: incluíram-se as mudanças que as famílias almejavam com relação aos serviços de saúde oferecidos pelo hospital, pela Unidade Local de Saúde e outros.

INTERAÇÕES DO ECOMAPA

O tipo de interação estabelecida entre a família e os membros da rede social, explicitadas no Ecomapa, compreende as seguintes subcategorias: interação forte, interação tênue, interação conflituosa e fluxo do apoio, que foram definidas pela pesquisadora a partir dos dados coletados.

Interação forte (———): aponta para a importância da interação entre a pessoa e o membro da rede, na medida em que esta oferece os apoios dos quais a pessoa necessita, reconhecidos como adequados.

Interação tênue (- - - -): referida pela pessoa como uma interação deficitária, ou seja, a provisão dos recursos de que necessita é percebida como insuficiente e/ou oferecida com pouca frequência pelos membros da rede.

Interação conflituosa (~~~~~): interação caracterizada por divergências e atritos entre a pessoa e o membro da rede, marcada por importantes dificuldades de comunicação podendo gerar distâncias e rompimentos nas relações.

Fluxo do apoio (—▶): subcategoria que denota o compromisso do membro da rede na função desempenhada para com a pessoa com quem estabeleceu a interação, caracterizando esse apoio como incondicional.

Para analisar a incidência dos fatores de risco e de proteção presentes nas crianças e no ambiente, foram utilizados os dados coletados por meio da Observação Participante, das respostas das entrevistas durante a confecção do Genograma e do Ecomapa, do Roteiro de Entrevistas para Identificação de Riscos Biopsicossociais, dos resultados elencados no Teste de Denver-II, no Inventário Home e na Escala de Eventos Vitais. Dessa forma, tais dados foram registrados no protocolo de organização dos fatores de risco e de proteção segundo o Modelo Bioecológico, para cada família, os quais se encontram nos Apêndices HH a QQ. Estes dados que são de ordem qualitativa foram tratados quanti-qualitativamente, pois suas respostas foram quantificadas. Segue, abaixo, o quadro que mostra a incidência dos fatores de risco e de proteção da família A, o qual ilustra o modelo do referido protocolo (Quadro 3).

Quadro 3: Protocolo de organização dos fatores de risco e de proteção – Incidência dos fatores de risco e de proteção da família A de acordo com o modelo PPCT

Núcleo	Instru- mento	Variável	Resposta	Classi- ficação	Fator
<u>Pessoa</u>	Geno	Peso e idade gestacional ao nascer	715g e 26s6d	RNPTEBP	Risco
	Entrev.	Riscos pré-natais	Hipertensão	Presente	Risco
	Entrev.	Riscos perinatal	hemorragia intracraniana, infecções, alterações, metabólica, anemia, icterícia, outros.	Presente	Risco
	Entrev.	Antecedentes morbidos	Hérnia inguinal, internação c/pneumonia e otite, PC diplegia	Negativo	Risco
	Denver 3	PS, MFA, L, MG	cuidado, normal, cuidado, normal	Risco	Risco
	Denver 4	PS, MFA, L, MG	normal, normal, atraso, atraso	Risco	Risco
	Entrev.	Comportamento	“birra e agressividade”	Negativo	Risco
	Entrev.	Sono	“acorda a noite toda e chora”	Negativo	Risco
<u>Processo</u>	Entrev.	Concepção da criança	“não foi planejada”	Negativo	Risco
	Home 2, 3 e 4	Responsividade emocional e verbal da mãe	Dez, Dez e Dez	Baixo risco	Proteção
	Home 2, 3 e 4	Punição e restrição	Seis, Seis, Seis	Baixo risco	Proteção
	Home 2, 3 e 4	Envolvimento materno	Quatro, Quatro, Quatro	Médio risco	Risco
	Home 2,3 e 4	Oportunidade p/variá estímulos	Dois, Um, Um	Médio, Alto, Alto	Risco
	Entrev.	Problemas psicológicos ou de relac.conjugal e familiar	Depressão materna, conflito conjugal	Presente	Risco
	Entrev.	Sentimentos maternos frente a gravidez	“apavoramento, tive que aceitar”	Negativo	Risco
	Entrev.	Sentimentos maternos após nascimento	“medo, susto, esperança”	Normal	-
	Entrev.	Sentimentos paternos após nascimento	“não sei, na UTI ele ia muito pouco”	Ausente	Risco
	Entrev.	Comportamento do pai nos cuidados com a criança	“não encontramos mais ele”	Ausente	Risco

	Entrev. e Obs.	Presença e tempo de amamentação	Sim. Até 2s de idade corrigida	Negativo	Risco
	Entrev.	Atividades que a mãe desenvolve c/a criança	“a gente escuta música, dança, brinca”	Positivo	Proteção
	Entrev.	Favorecimento de lazer à criança	“levo ele na igreja, na vizinha, toma sol”	Presente	Proteção
Contexto	Home 2, 3 e 4	Organização do ambiente	Cinco, Seis, Seis	Médio risco	Risco
Micro----	Home 2, 3 e 4	Provisão de materiais	Um, Três, Cinco	Alto, Alto e Médio	Risco
	Eco1,2,3, 4/Entrev.	Apoio institucional (hospital, ambulatório)	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco2,3,4/Entrev.	Apoio institucional (ULS)	Forte, Ausente, Tênu	Negativo	Risco
	Eco1,2,3, 4/Obs.	Interação criança x mãe	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
Meso----	Eco1,2,3, 4/obs.	Interação criança x pai	Distância/Inexistente/ Distância/Distância	Negativo	Risco
	Eco1,2,3, 4/Obs.	Interação com avós maternos	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3, 4/Obs.	Interação com avós paternos	-	-	-
	Eco1,2,3, 4	Interação com outras instituições	Forte	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3, 4/Obs.	Interação entre os pais	Conflituosa	Negativo	Risco
	Eco1,2,3, 4/Obs.	Interação dos pais com avós maternos/paternos	Forte (mãe c/avó materna)	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3, 4	Interação dos pais com familiares (tios, tios- avós)	-	-	-
	Eco1,2,3, 4	Interação dos pais com os amigos	-	-	-
	Eco1,2,3, 4	Interação dos pais com vizinhos	Forte	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3, 4/	Interação com outras instituições	Forte	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3, 4/	Interação com a espiritualidade	Forte	Positivo	Proteção
	Eco 1 e Obs.	Interação da mãe com as mães de bebês internados	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco 1 e Obs.	Interação da mãe c/equipe hospital	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco 1 e Obs.	Interação do pai c/equipe hospital	-	-	-

Exo-----	Geno e Entrev.	Relação trabalho do pai com a família	Trabalha em outra cidade	Negativo	Risco
	Geno e Entrev.	Relação trabalho da mãe com a família	Trabalho instável	Negativo	Risco
	Geno e Entrev.	Situação ocupacional	Mãe c/emprego instável e pai desempregado	Negativo	Risco
Macro----					
	Tempo				
Micro-----	Eco1,2,3, 4/Obs./ Entrev.	Frequência interação mãe	24 horas diárias/8horas diárias	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3, 4/Obs./ Entrev.	Frequência interação pai	Não possui	Negativo	Risco
	Eco1,2,3, 4/Obs.	Frequência interação avós	24 horas diárias	Positivo	Proteção
Meso-----	Eco1,2,3, 4/Obs.	Frequência interação pares	Separação	Negativo	Risco
	Eco1,2,3, 4/Entrev.	Interrupção interação mãe	-	Positivo	Proteção
	Eco2,3,4/ Entrev.	Interrupção interação pai	Não possui	Negativo	Risco
	Eco 2,3,4	Interrupção interação avós	-	Positivo	Proteção
	Eco2,3,4/ Entrev.	Interrupção interação pares	Separação	Negativo	Risco
Macro-----	Geno	Dinâmica da família	Rompimentos, conflitos e separações	Negativo	Risco
	Geno Rutter	Condição especial de saúde	Depressão materna, Alcoolismo paterno	Negativo	Risco
	Eventos vitais 3, 4	Dívidas e desemprego	Presença	Negativo	Risco

5 RESULTADOS

Pelas características dos instrumentos utilizados no presente estudo, os resultados serão apresentados em duas partes: primeiro, serão demonstrados os resultados elencados a partir da análise e do tratamento quantitativo dos dados e, numa segunda parte, serão apresentados os resultados obtidos por meio da análise qualitativa dos dados.

5.1 Resultados da Análise Quantitativa

Os resultados da análise quantitativa serão apresentados na seguinte ordem: 1) caracterização da amostra do estudo; 2) caracterização da história pré-natal, perinatal e neonatal das crianças; 3) resultados da avaliação do desenvolvimento das crianças e do ambiente familiar; 4) correlação entre os resultados da avaliação do desenvolvimento com as variáveis do ambiente familiar; 5) comparação das médias dos resultados do desenvolvimento da criança e do meio ambiente, avaliados após um período máximo de um ano.

5.1.1 Caracterização da Amostra

Na Tabela 1, encontram-se as características das crianças de acordo com o sexo, e as características dos pais no que diz respeito à idade, na amostra total. Os dados de cada família referentes a essas características encontram-se no Apêndice H.

Tabela 1: Características quanto à idade dos pais e ao sexo das crianças – Média e desvio padrão (dp), Porcentagem (%)

Idade pais			
	Média (dp)	Mínimo	Máximo
Mãe	25,55 (\pm 5,16)	18	37
Pai	30,45 (\pm 8,45)	17	43
Sexo crianças			
	Nº de crianças	Porcentagem	
Masculino	6	54,5	
Feminino	5	45,5	

Observa-se que, das onze crianças participantes deste estudo, 6 são do sexo masculino e 5 do sexo feminino. Com relação à idade dos pais, a média da idade materna foi de 25,55, e a idade paterna variou entre 17 e 43 anos.

A Tabela 2 apresenta a caracterização das famílias das crianças, considerando a amostra total em termos de situação conjugal do casal, do tipo de família e da procedência familiar. Os dados de cada família referentes a essas características encontram-se no Apêndice H.

Tabela 2: Características da situação conjugal do casal, do tipo de família e da procedência familiar – Frequência (f), Porcentagem (%)

Variáveis de caracterização das famílias	Frequência	Porcentagem
Situação conjugal		
Solteiro	1	9,1
Casado	5	45,5
União consensual	4	36,4
Separado/divorciado	1	9,1
Total	11	100
Tipo de Família		
Nuclear	6	54,5
Extensa	5	45,5
Total	11	100
Procedência Familiar		
Florianópolis	5	45,5
Interior	6	54,5
Total	11	100

Na Tabela 2, verifica-se que a situação conjugal predominante nas famílias foi a de casado seguida da união consensual (considerado por união sem formalização). Com relação ao tipo de família observa-se que seis famílias eram nucleares, isto é, formadas por pai, mãe e criança, e cinco eram famílias extensas, ou seja, formadas por pais, criança e demais familiares (avós, tios, primos e outros). Considerando a amostra total, 54,5% das famílias residiam em diferentes municípios do interior de Santa Catarina e 45,5% residiam em Florianópolis.

Na Tabela 3, encontra-se a caracterização das famílias das crianças em termos de escolaridade e ocupação profissional dos pais, na amostra total. Os dados de cada família referentes a essas características encontram-se no Apêndice H.

Tabela 3: Características das famílias – escolaridade e ocupação profissional dos pais – Frequência (f), Porcentagem (%)

Variáveis de caracterização das famílias	Frequência Mãe	Porcentagem Mãe	Frequência Pai	Porcentagem Pai
Escolaridade				
Fundamental incompleto	3	27,3	4	36,4
Fundamental completo	1	9,1	2	18,2
Médio completo	6	54,5	5	45,4
Superior completo	1	9,1	0	0
Total	11	100	11	100
Ocupação Profissional				
Desempregado	0	0	1	9,1
Do lar	6	54,5	0	0
Não qualificada	2	18,2	3	27,25
Semi qualificado	1	9,1	0	0
Qualificado manual	2	18,2	3	27,25
Qualificado não manual	0	0	2	18,2
Intermediário	0	0	2	18,2
Total	11	100	11	100

Ocupações: 1 = Desempregado; 2 = Do lar; 3 = Não qualificada (empregada doméstica, pedreiro, frentista e jardineiro); 4 = Semi qualificado (auxiliar de pintura); 5 = Qualificado manual (operador de caixa, operador de produção, talhador, tintureiro e costureira); 6 = Qualificado não manual (estagiário, policial militar); 7 = Intermediário (administrador) (Santa Maria-Mengel, 2007)

Observa-se, na Tabela 3, que o nível escolar que se destacou entre as mães das crianças foi o médio completo (54,5%), apenas uma mãe apresentou o nível fundamental completo, e uma mãe o nível superior completo. Quanto ao nível de escolaridade do pai, 5 apresentaram nível médio completo, e 4, o nível fundamental incompleto. Com relação à ocupação profissional, entre as mães, verifica-se que 54,5% não tinham atividade profissional fora do lar. O pai, por sua vez, apresentava atividade ocupacional não qualificada e qualificado manual.

A Tabela 4 apresenta as características das condições de moradia das famílias, no que concerne ao número de cômodos e de pessoas na casa, às condições de saneamento e ao tipo de locação, além de mostrar a distribuição da renda familiar. As referidas características foram elencadas na segunda, terceira e quarta etapas desse estudo. Os dados referentes às condições de moradia de cada família encontram-se no Apêndice I, e os dados que dizem respeito à renda das famílias no Apêndice J.

Tabela 4: Características das condições de moradia e renda das famílias – Média e desvio padrão (dp), Valores mínimo (min) e máximo (max), Frequência (f)

Variáveis de caracterização das condições de moradia	Etapa 1 e 2	Etapa 3	Etapa 4
Renda Média (dp; min-max)	1290,91 (±610,25; 550-2500)	1427,27 (±586,24; 650-2500)	1463,64 (±637,21; 650-2500)
Condições de moradia	Média (dp)	Média (dp)	Média (dp)
Número de cômodos na casa	6,45 (±2,25)	6,36 (±2,33)	6,64 (±2,20)
Número de pessoas morando na casa	4,82 (±1,47)	4,73 (±1,42)	4,73 (±1,42)
Condições de saneamento (f)			
Luz	11	11	11
Esgoto/água encanada	11	11	11
Asfalto	6	6	6
Tipo de locação (f)			
Casa própria	8	9	9
Casa alugada	1	0	1
Casa emprestada	2	2	1

Nota-se, na Tabela 4, que o tipo de locação predominante das famílias foi a casa própria, cuja média de cômodos manteve-se praticamente a mesma nas três etapas da pesquisa. Da mesma forma, o número de pessoas morando na casa indicou pequena alteração. No que se refere às condições de saneamento básico observa-se que todas as casas dispunham de água encanada, rede de esgoto e energia elétrica. A existência de asfalto se fez presente na residência de 6 famílias ao longo da pesquisa. Com relação à renda familiar, verifica-se que a renda mínima variou de R\$ 550,00 a R\$ 650,00, e a renda máxima manteve-se a mesma nas três etapas (R\$ 2500,00).

5.1.2 Características da História Pré-Natal, Perinatal e Neonatal das Crianças

Na Tabela 5, encontram-se os dados relativos às condições da história reprodutiva da mãe, da concepção e da fase pré-natal, em que foram considerados o tempo de relacionamento dos pais em meses, número de filhos, mês que iniciou o pré-natal e o número de consultas realizadas. Os dados de cada família referentes a essas características encontram-se no Apêndice K.

Tabela 5: História reprodutiva da mãe e condução da gravidez – Média e desvio padrão (dp), Valores mínimo e máximo.

Variáveis de caracterização da história reprodutiva da família	Média (dp)	Mínimo	Máximo
Tempo de relacionamento do casal (ao engravidar) em meses	70,27 (\pm 64,74)	4	192
Número de filhos ao engravidar	0,36 (\pm 0,52)	0	1
Mês de início do pré-natal	2,50 (\pm 1,28)	1	5
Número de consultas	4,64 (\pm 2,46)	1	9

Na Tabela 5, verifica-se que o tempo de relacionamento do casal ao engravidar apresentou uma variação de 4 meses a 16 anos. Ao engravidar, os pais apresentavam uma variação de 0 a 1 filhos, ou seja, quatro famílias já contavam com 1 filho. O período da gravidez em que a mãe iniciou o pré-natal variou do 1º ao 5º mês, e a média de consultas realizadas foi de 4,64, variando de uma a nove consultas.

Na Tabela 6, encontram-se os tipos de fatores de risco maternos na fase pré-natal, bem como o tipo de parto, em cada família.

Tabela 6: Fatores de risco maternos na fase pré-natal e tipo de parto em cada família

Famílias	Tipos de fatores de risco maternos	Tipo de parto
A	Hipertensão, incompetência histmo-cervical	Cesárea
B	Hipertensão	Cesárea
C	Hipertensão	Cesárea
D	Infecção urinária	Normal
E	Bolsa rota, infecção urinária	Cesárea
F	Hipertensão, infecção urinária, anemia	Cesárea
G	Hipertensão	Cesárea
H	Hipertensão	Cesárea
I	Infecção urinária	Normal
J	Hipertensão	Cesárea
K	Bolsa rota, infecção urinária	Cesárea

A Tabela 6 mostra que, neste estudo, a hipertensão foi o fator de risco materno que esteve presente na maioria das famílias (sete), seguido da infecção urinária (cinco famílias). A cesárea foi o tipo de parto predominante, realizado em nove famílias.

A Tabela 7, por sua vez, apresenta as características das crianças em termos das condições de nascimento, crescimento até os dois anos de idade corrigida e o tempo de amamentação. Os dados individuais referentes a essas características encontram-se no Apêndice L.

Tabela 7: Características das condições de nascimento e crescimento das crianças até os dois anos de idade e tempo de amamentação – Média e desvio padrão (dp), Valores mínimo (min) e máximo (max)

Variáveis de características das condições de nascimento e crescimento	Média (dp)	Mínimo	Máximo
Idade gestacional em semanas	29,27 ($\pm 2,37$)	26	32
Peso no nascimento em gramas	1116,82 ($\pm 269,79$)	715	1490
Altura no nascimento em centímetros	36,682 ($\pm 2,98$)	32,0	42,0
Apgar no 1º minuto	6,00 ($\pm 2,00$)	1	8
Apgar no 5º minuto	7,55 ($\pm 1,69$)	3	9
Peso mínimo na internação em gramas	950,00 ($\pm 256,63$)	560	1340
Peso na alta em gramas	1906,82 ($\pm 86,75$)	1780	2120
Altura na alta em centímetros	41,700 ($\pm 2,51$)	35,0	44,0
Tempo de internação em dias	50,55 ($\pm 21,29$)	20	98
Peso com um ano em gramas	8744,55 ($\pm 883,71$)	7500	10585
Altura com um ano em centímetros	73,045 ($\pm 2,84$)	70,0	80,5
Peso com dois anos em gramas	11754,55 ($\pm 1986,63$)	9500	16000
Altura com dois anos em centímetros	86,091 ($\pm 2,90$)	80,0	90,0
Tempo de amamentação em meses	8,591 ($\pm 8,30$)	2,0	24,0

Conforme verifica-se na Tabela 7, o peso das crianças no nascimento variou de 715 a 1.490 gramas, a idade gestacional apontou para uma média de 29,27 semanas, cuja variação ficou entre 26 e 32 semanas e a altura apresentou uma média de 36,68 centímetros. Na nota de Apgar dada à criança no 1º e no 5º minuto de vida, respectivamente, observam-se as médias de 6,00 e 7,55. A internação das crianças na Unidade Neonatal foi de um tempo médio de 50,55 dias, e durante essa internação, o peso mínimo atingido pelas crianças variou de 560 a 1340 gramas.

No momento da alta hospitalar, o peso e altura das crianças variaram, respectivamente, entre 1.780 e 2.120 gramas e 35,0 e 44,0 centímetros. Nota-se que as crianças que tiveram alta com o peso mínimo foram aquelas que respondiam aos critérios da terceira etapa do Método Canguru. Com relação ao peso e altura apresentados pelas crianças quando estavam com um ano de idade corrigida, observa-se que estes corresponderam, respectivamente para uma média de 8.744 gramas e 73,04 centímetros. Aos dois anos de idade corrigida, por sua vez, o peso das crianças variou de 9.500 gramas e 16.000 gramas, e a altura, de 80,0 a 90,0 centímetros. A amamentação das crianças ocorreu numa média de 8,59 meses de idade corrigida, variando de 2,0 a 24,0 meses.

No que diz respeito as condições de saúde das crianças cabe ressaltar que 8 crianças da amostra deste estudo apresentaram antecedentes mórbidos ao longo dos dois anos de idade. Observou-se a presença de hérnia inguinal em três crianças, cisto uretral em uma e descolamento de retina em outra. Duas crianças apresentaram alergia à proteína do leite e baixo peso e, duas crianças encontravam-se com atraso neuropsicomotor. A maioria destas crianças apresentaram doenças respiratórias. Os dados referentes aos antecedentes mórbidos de cada criança encontram-se no Quadro 3 e nos Apêndices HH a QQ.

5.1.3 Avaliação do Desenvolvimento da Criança e do Ambiente Familiar

5.1.3.1 Desempenho das Crianças no Teste de Denver-II (Pessoal-Social, Motricidade Fina, Linguagem e Motricidade Ampla)

Na Tabela 8, encontra-se o desempenho das crianças por meio do Teste de Denver- II, na 3ª e na 4ª etapas da pesquisa, no que diz respeito

à classificação geral de Normal e Risco no teste e nos indicadores de Normal, Cuidado e Atraso nas áreas Pessoal-Social, Motora Fina, Linguagem e Motora Grossa, em termos de porcentagem. Os dados referentes ao desempenho individual das crianças encontram-se nos Apêndices M, N, O e P.

Tabela 8: Desempenho das crianças avaliado por meio do Teste de Denver-II, na 3ª e 4ª etapas, classificação geral e nas tarefas realizadas por áreas – Porcentagem (%)

Desempenho no Teste de Denver II	Denver II – 3ª etapa	Denver II – 4ª etapa
	Porcentagem	Porcentagem
Escore geral		
Normal	63,5	63,5
Risco	36,4	36,4
Áreas		
Pessoal-Social		
Normal	83,7	98,1
Cuidado	16,3	1,9
Atraso	0,0	0,0
Motora Fina		
Normal	100,0	100,0
Cuidado	0,0	0,0
Atraso	0,0	0,0
Linguagem		
Normal	92,7	91,9
Cuidado	7,3	7,1
Atraso	0,0	1,0
Motora Ampla		
Normal	100,0	91,0
Cuidado	0,0	6,0
Atraso	0,0	3,0

Observa-se, na Tabela 8, que houve um desempenho classificado como normal nas duas etapas em 63,5% dos bebês da amostra estudada, o que reflete o acompanhamento oferecido no *follow-up*. No entanto,

36,4% das crianças apresentaram risco para problemas de desenvolvimento tanto na terceira etapa quanto na quarta etapa da pesquisa, o que indica que o risco para problemas de desenvolvimento permaneceu inalterado. Com relação às áreas do Teste de Denver-II, nota-se uma diminuição de risco, na 4ª etapa, nos indicadores “normal” e “cuidado” em itens na área Pessoal-Social, na qual incluem-se aspectos da socialização da criança dentro e fora do ambiente familiar. As crianças não apresentaram indicadores de risco na área Motora Fina neste estudo. A área da Linguagem, por sua vez, apresentou valores aproximados em cada etapa nos indicadores “normal” e “cuidado”. Aos dois anos de idade corrigida, 6,0% das tarefas realizadas indicaram para cuidado na área Motora Ampla, que envolve controle motor corporal, sentar, caminhar, pular e os demais movimentos realizados pela musculatura ampla.

5.1.3.2 Indicadores de Estimulação do Ambiente Familiar

A Tabela 9 mostra os indicadores de estimulação do ambiente familiar da criança na segunda, terceira e quarta etapas da pesquisa, em termos de escore total e classificação, e os escores nas subescalas do Inventário Home. Os dados que dizem respeito a cada família se encontram no Apêndice Q.

Tabela 9: Estimulação do ambiente familiar por meio do Inventário Home na segunda, terceira e quarta etapas da pesquisa em termos de escore total, classificação e os escores nas subescalas – Média e desvio padrão (dp), Frequência e Classificação

Estimulação ambiental – Inventário Home	2ª etapa	3ª etapa	4ª etapa
Escore Total Média (dp)	27,36 (±4,29)	34,36 (±5,00)	36,00 (±5,00)
Classificação no Home (número de famílias)	Inferior à quarta parte (I)= 1 Médio (M)= 10 Superior à quarta parte (S)= 0	Inferior à quarta parte= 1 Médio= 5 Superior à quarta parte= 5	Inferior à quarta parte= 1 Médio= 3 Superior à quarta parte= 7
Escore nas Subescalas	Média (dp)	Média (dp)	Média (dp)
Responsividade emocional e verbal da mãe (11 itens)	8,82 (±2,18)	9,82 (±1,72)	9,45 (±1,44)
Fuga por punição e restrição (6 itens)	6,00 (±0)	6,00 (±0)	6,00 (±0)
Organização do ambiente físico (8 itens)	4,73 (±0,78)	5,91 (±1,13)	5,91 (±0,70)
Provisão de materiais apropriados (9 itens)	1,09 (±0,53)	5,09 (±1,57)	7,00 (±1,78)
Envolvimento maternal com a criança (6 itens)	4,00 (±1,09)	4,91 (±1,13)	5,09 (±1,30)
Oportunidades para variar o estímulo do cotidiano (5 itens)	2,73 (±0,46)	2,73 (±0,78)	2,38 (±0,80)

Verifica-se, na Tabela 9, que o escore total melhorou ao longo do tempo, o que se pode verificar na classificação das famílias. Na segunda etapa, nenhuma família apresentou a classificação superior à 4ª parte, contudo essa classificação apareceu em 7 famílias na quarta etapa da pesquisa. Da mesma forma a classificação que aponta para médio risco no ambiente familiar mostrou uma melhora na estimulação ambiental, de modo que 10 famílias apresentaram essa classificação na segunda etapa (45 dias após a alta hospitalar da criança), passando para 3 famílias na quarta etapa.

No que concerne aos escores nas subescalas nota-se que as médias foram muito próximas na subescala responsividade emocional e verbal da mãe, o que segundo as médias reflete uma boa interação mãe-criança. Observa-se também que, na subescala organização do ambiente físico em geral, as médias foram as mesmas nas duas últimas etapas indicando que as famílias estavam se encaminhando do médio risco para o baixo risco em relação à organização do ambiente para a criança.

Destaca-se a diferença nas médias da subescala provisão de materiais, especialmente na segunda etapa, cuja média reflete a carência de brinquedos para a criança no ambiente familiar. Porém, quando a criança estava com 2 anos de idade corrigida verifica-se um aumento na provisão de materiais, apontando para médio risco de estimulação. A subescala oportunidades para variar o estímulo do cotidiano apontou para escore médio, ao longo do tempo, o que indica a presença de médio risco nas famílias para variar os estímulos diários. Na amostra geral do estudo verifica-se que as médias da subescala fuga por punição e restrição mantiveram-se as mesmas, as quais apontaram para aspectos positivos da relação mãe-criança.

5.1.3.3 Eventos Vitais Adversos

Na Tabela 10, encontram-se os resultados dos eventos adversos relatados pelas famílias na terceira e quarta etapas, em termos de frequência dos itens avaliados pela Escala de Eventos Vitais no que diz respeito à classificação geral e por áreas. Os dados relativos a cada família encontram-se nos Apêndices R, S, T e U.

Tabela 10: Eventos adversos, em termos de classificação geral e número de eventos por área, medidos por meio da Escala de Eventos Vitais na 3ª e 4ª etapas – Frequência (f)

	Eventos Vitais 3ª etapa	Eventos Vitais 4ª etapa
Classificação Eventos Vitais		
Inferior à 4ª parte (0-4 itens)	1	1
Médio (5-7 itens)	4	4
Superior à 4ª parte (8-15 itens)	6	6
Áreas (nº de itens)		
Trabalho (4)	8	7
Perda do suporte social (3)	3	2
Família (6)	2	6
Mudanças no ambiente (3)	8	6
Dificuldades pessoais (8)	24	20
Finanças (2)	6	7

Observa-se na Tabela 10 que a classificação geral se manteve inalterada nas duas etapas, sendo que 6 famílias apresentaram a classificação superior à quarta parte, apesar de terem sido relatados menos eventos adversos, por área, na quarta etapa. Na amostra total das famílias a área de dificuldades pessoais foi a que mostrou maior frequência de eventos adversos ocorridos no último ano, tanto na 3ª quanto na 4ª etapa da pesquisa, indicando a presença de dificuldades devido a mudanças nos hábitos e atividades das famílias.

5.1.3.4 Índice de Risco Psicossocial de Rutter

A Tabela 11 apresenta o índice de risco psicossocial de acordo com o formulado por Rutter e Quinton (1977), segundo a classificação do instrumento e a frequência de cada item na amostra total. Os dados concernentes a cada família encontram-se no Apêndice V.

Tabela 11: Índice de Risco Psicossocial de Rutter nas famílias, classificação geral e por itens – Frequência (f)

Risco Psicossocial	Número de famílias com presença
Índice de Risco de Rutter	
Baixo 0 (0)	2
Moderado 1 (1 ou 2)	6
Severo 2 (> 2)	3
Itens	
Baixo nível educacional	6
Habitação superlotada	0
Doença psiquiátrica	0
História de delinquência	0
Problemas conjugais	3
Maternidade/paternidade precoce	1
Rejeição da gravidez	1
Falta de apoio e integração social	2
Dificuldades severas crônicas	5
Falta de capacidade de lidar com problemas	2

A Tabela 11 mostra a predominância do nível moderado de risco psicossocial na amostra deste estudo. Duas famílias apresentaram baixo nível de risco. No que diz respeito aos itens, verifica-se que o baixo nível educacional dos pais esteve presente em 6 famílias, seguido de dificuldades severas crônicas. Os itens que apresentaram menor

freqüência foram maternidade/paternidade precoce e rejeição da gravidez.

5.1.3.5 Apresentação da Classificação do Desenvolvimento das Crianças e do Ambiente Familiar nos Instrumentos em Conjunto

A Tabela 12 apresenta a classificação geral da avaliação do desenvolvimento das crianças e do ambiente familiar, análise por família, por meio dos instrumentos aplicados durante a segunda, terceira e quarta etapas da pesquisa.

Tabela 12: Classificação da avaliação do desenvolvimento das crianças e do ambiente familiar nos instrumentos aplicados, análise por família

Famílias		Instrumentos aplicados e respectivas etapas						
Peso/IG	Denver-II 3ª etapa	Denver-II 4ª etapa	Home 2ª etapa	Home 3ª etapa	Home 4ª etapa	Eventos Vitais 3ª etapa	Eventos Vitais 4ª etapa	Rutter 2ª etapa
A 715g/26s	Risco	Risco	Médio	Médio	Médio	Médio	Médio	Severo
B 970g/30s	Normal	Normal	Médio	Superior à 4ª parte	Superior à 4ª parte	Inferior à quarta parte	Inferior à quarta parte	Moderado
C 1325g/31s	Normal	Normal	Médio	Superior à 4ª parte	Superior à 4ª parte	Inferior à quarta parte	Inferior à quarta parte	Baixo
D 1295g/29s	Risco	Risco	Menor que a quarta parte	Menor que a 4ª parte	Menor que a 4ª parte	Médio	Superior à quarta parte	Severo
E 1130g/29s	Normal	Normal	Médio	Médio	Superior à 4ª parte	Inferior à quarta parte	Médio	Baixo
F 950g/30s	Normal	Normal	Médio	Superior à 4ª parte	Superior à 4ª parte	Inferior à quarta parte	Médio	Moderado
G 1490g/32s	Normal	Normal	Médio	Superior à 4ª parte	Superior à 4ª parte	Inferior à quarta parte	Inferior à quarta parte	Moderado
H 1445g/32s	Normal	Normal	Médio	Médio	Superior à 4ª parte	Inferior à quarta parte	Inferior à quarta parte	Moderado
I 950g/27s	Risco	Risco	Médio	Médio	Médio	Superior à quarta parte	Médio	Moderado
J 740g/28s	Risco	Risco	Médio	Médio	Médio	Médio	Inferior à quarta parte	Moderado
K 1275g/29s	Normal	Normal	Médio	Superior à 4ª parte	Superior à 4ª parte	Médio	Inferior à quarta parte	Severo

Analisando as famílias a partir da Tabela 12, observa-se que as crianças que apresentaram classificação de risco para o desenvolvimento no Teste de Denver-II, nasceram com o peso entre 715 e 1295g e a idade gestacional variou entre 26 e 29 semanas, apresentaram escores de médio e alto risco no Inventário Home e nos Eventos Vitais. Neste último, porém, a família J obteve classificação inferior à quarta parte na 4ª etapa. Nessas famílias, a classificação do risco psicossocial, segundo Rutter, indicou o nível severo de risco em duas famílias e nível moderado de risco em outras duas famílias.

As famílias cujas crianças apresentaram classificação normal no Teste de Denver-II, os resultados do Inventário Home melhoraram ao longo do tempo. Dentre essas famílias, a maioria apresentou resultado inferior à quarta parte nas duas aplicações da Escala de Eventos Vitais. No Índice Psicossocial de Rutter verifica-se que 2 famílias apresentaram o nível baixo de risco; 4 famílias, o nível moderado de risco e 1 família, o nível severo, segundo classificação desse instrumento.

5.1.4 Correlação entre os Resultados da Avaliação do Desenvolvimento com as Variáveis do Ambiente Familiar

Os resultados das correlações de Spearman serão apresentados a partir das análises das relações entre as variáveis presentes no Roteiro de Entrevista; entre os resultados obtidos no Inventário Home e os resultados da Escala de Eventos Vitais, no Índice de Risco de Rutter e nas variáveis do Roteiro de Entrevista; entre os resultados da Escala de Eventos Vitais e as variáveis do Roteiro de Entrevista e por último as relações entre os resultados do Teste de Denver-II e as variáveis do Roteiro de Entrevista, o Índice de Risco de Rutter, do Inventário Home e da Escala de Eventos Vitais.

A Tabela 13 apresenta as correlações das variáveis da criança entre si, obtidas por meio do Roteiro de Entrevista.

Tabela 13: Correlações das variáveis da criança entre si, e variáveis da criança e do ambiente avaliadas por meio do Roteiro de Entrevista

Variáveis da criança	Variáveis da criança	r de Spearman
Apgar 1º minuto		
	Sexo feminino da criança	.61*
	Idade materna	.62*
Apgar 5º minuto		
	Sexo feminino da criança	.78**
	Peso mínimo na internação	.60*
	Peso no nascimento	.63*
	Peso na alta	-.62*
	Tempo de internação	-.62*
Peso mínimo na internação		
	Peso no nascimento	.98**
	Altura no nascimento	.93**
	Peso na alta	-.71*
	Tempo de internação	-.98**
Tempo de amamentação		
	Início pré-natal	-.64*
	Nº de consultas	.69*
Sexo feminino da criança		
	Idade gestacional	.61*
	Altura no nascimento	.61*
	Tempo de internação	-.60*
Idade paterna		
	Número de pessoas na casa 3ª etapa	.65*
	Tempo de relacionamento do casal	.68*

*p< 0,05; **p< 0,01

Observa-se na Tabela 13 que o apgar, no 1º minuto, apresentou correlação significativa positiva com o sexo feminino da criança e a idade materna. Isso indica que meninas apresentaram melhor apgar no 1º minuto e que, quanto maior a idade materna, maior era esse apgar. Nota-se, também, que o apgar no 5º minuto apresentou correlação positiva com o sexo feminino da criança, peso mínimo na internação e peso no nascimento, o que mostra que meninas têm melhor apgar no 5º minuto, além de que as crianças com apgar mais alto no 5º minuto tiveram maior peso mínimo na internação e apresentaram maior peso no nascimento. A correlação dessa variável com o peso na alta e o tempo de internação foi negativa, mostrando que as crianças com melhor apgar no 5º minuto apresentaram menor tempo de internação e menor peso na alta hospitalar. Isso se verificou naquelas crianças que respondiam aos critérios de alta precoce, prevista na 3ª etapa do Método Canguru. O peso mínimo na internação demonstrou correlação positiva com o peso e a altura no nascimento, indicando que, quanto maior o peso mínimo durante a internação, maior o peso e a altura no nascimento. Essa variável apresentou correlação negativa com o peso na alta e com o tempo de internação, apontando que, quanto maior o peso mínimo da criança, menor foi o peso dela na alta, além de ter ficado menos tempo internada.

O tempo de amamentação se correlacionou negativamente com o mês em que a mãe iniciou o pré-natal e positivamente com o número de consultas realizadas. Esse resultado indica que, quanto mais cedo a mãe iniciou o pré-natal e mais consultas ela realizou, mais tempo ela amamentou a criança. Tal resultado aponta para o envolvimento e a preparação materna na gravidez e como isso reflete nos cuidados posteriores, como a amamentação.

O sexo da criança correlacionou-se positivamente com a idade gestacional e altura no nascimento, indicando que meninas têm maior idade gestacional, além de apresentarem maior altura no nascimento. Essa variável, porém, correlacionou-se negativamente com o tempo de internação, mostrando que as meninas permaneceram por menor tempo internadas. A idade paterna apresentou relação com o número de pessoas na casa e o tempo de relacionamento do casal, apontando que, quanto maior a idade do pai, menor o número de pessoas morando na casa na 3ª etapa e maior o tempo de relacionamento do casal.

Na Tabela 14, encontram-se as correlações entre a estimulação do ambiente, medida por meio do Inventário Home, e as variáveis da criança e do ambiente.

Tabela 14: Correlações entre a estimulação ambiental, variáveis da criança e do ambiente

Estimulação ambiental	Variáveis da criança e do ambiente	r de Spearman
Inventário Home		
2ª etapa		
	Parto normal	.63*
	Total de eventos vitais (3ª e 4ª etapas)	-.63*
Inventário Home		
3ª etapa		
	Idade materna	.63*
	Tempo de relacionamento do casal	.71*
	Itens de risco psicossocial Rutter	-.64*
	Eventos vitais 3ª etapa	-.60*
	Total de Eventos Vitais (3ª e 4ª etapas)	-.62*

*p< 0,05

A Tabela 14 mostra que o Inventário Home, na 2ª etapa da pesquisa correlacionou-se positivamente com o tipo de parto e negativamente com o número total de eventos vitais na 3ª e 4ª etapas. Esse resultado indica que as famílias com filhos que nasceram de parto normal apresentaram melhor escore no Inventário Home e menor número total de eventos vitais relatados por área. Os resultados obtidos por meio do Inventário Home na 3ª etapa da pesquisa apresentaram correlação positiva com a idade materna e o tempo de relacionamento do casal, indicando que quanto mais idade a mãe apresentava e maior o tempo de relacionamento do casal, melhor era o resultado do Inventário Home na 3ª etapa. Essa variável apresentou correlação negativa com os Ítems de Risco Psicossocial de Rutter, mostrando que, quanto mais riscos foram relatados, menor foi o escore do Inventário Home na 3ª etapa. Da mesma forma, o número de eventos vitais correlacionou-se negativamente com o Inventário Home na 3ª etapa, indicando que, quanto mais eventos vitais relatados na 3ª etapa da pesquisa e no número total de eventos vitais, menor foi o escore no Inventário Home realizado na terceira etapa.

A Tabela 15 mostra as correlações significativas entre os Eventos Vitais e as variáveis da criança obtidas no Roteiro de Entrevista de Risco Biopsicossocial.

Tabela 15:
Correlações entre os Eventos Vitais na 3ª e 4ª etapas e variáveis da criança

Variáveis do ambiente	Variáveis da criança e do ambiente	r de Spearman
Eventos vitais 3ª etapa		
	Nº de cômodos na 2ª etapa	-.64*
	Nº de cômodos na 4ª etapa	-.70*
Eventos vitais 4ª etapa		
	Sexo feminino da criança	-.61*
	Idade materna	-.82**
	Apgar no 1º minuto	-.84**
	Tempo de relacionamento do casal	-.67*
Total de Eventos Vitais (3ª e 4ª etapas)		
	Idade materna	-.68*
	Idade paterna	-.62*
	Tempo de relacionamento do casal	-.77**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Na Tabela 15, verificam-se as correlações significativas negativas entre os resultados levantados na 3ª etapa, por meio da Escala de Eventos Vitais e o número de cômodos presentes na casa na 2ª e 4ª etapa da pesquisa. Esse resultado mostra que quanto maior a média de eventos vitais, menor o número de cômodos nas residências na segunda e quarta etapas da pesquisa.

Os eventos vitais na 4ª etapa mostraram correlação negativa com o sexo feminino, indicando que famílias com meninas apresentaram menos eventos vitais relatados na quarta etapa. Da mesma forma essa variável correlacionou-se negativamente com a idade materna, indicando que quanto mais idade a mãe apresentou, menor era o número de eventos vitais relatados na 4ª etapa. Essa variável ainda correlacionou-se negativamente com o apgar no 1º minuto e o tempo de relacionamento do casal, mostrando que um maior apgar no 1º minuto e maior tempo de relacionamento do casal correspondeu a um menor número de eventos vitais na quarta etapa.

Nessa direção o número total de eventos vitais na 3ª e 4ª etapas correlacionaram-se negativamente, também, com a idade materna, bem como com a idade paterna e o tempo de relacionamento do casal. Esse resultado indica que, quanto maior a idade materna e paterna e o tempo de relacionamento do casal, menor o número total de eventos vitais totais relatados, apontando para um indicativo de que pais com maior idade e tempo de relacionamento apresentam mais habilidades diante das dificuldades, prevenindo a ocorrência de menos eventos adversos.

A Tabela 16 apresenta as correlações significativas entre os indicadores de desenvolvimento, avaliados por meio do Teste de Denver-II (escore das duas etapas em conjunto) as variáveis da criança, obtidas no Roteiro de Entrevista, e as variáveis do ambiente avaliadas pelo Inventário Home e pela Escala de Eventos Vitais.

Tabela 16: Correlações entre indicadores do Teste de Denver-II (total das tarefas na 3ª e 4ª etapas) e as variáveis da criança e do ambiente.

Desenvolvimento	Variáveis da criança e do ambiente	r de Spearman
Denver-II (total na 3ª e 4ª etapas) Tarefas normais		
	Idade gestacional	.82**
	Apgar 1º minuto	.60*
	Apgar 5º minuto	.76**
	Peso no nascimento	.69*
	Altura no nascimento	.67*
	Peso mínimo na internação	.69*
	Tempo de internação	-.85*
	Peso na alta	-.73**
	HOME 3ª etapa	.62*
	HOME 4ª etapa	.78**
	HOME total	.72**
	Eventos vitais 4ª etapa	-.64*
Denver-II (total na 3ª e 4ª etapas) Tarefas com cuidado		
	Idade gestacional	-.77**
	Apgar 5º minuto	-.76**
	Peso no nascimento	-.61*
	Altura no nascimento	-.61*
	Peso mínimo na internação	-.61*
	Tempo de internação	.81**
	Peso na alta	.66*
	HOME 3ª etapa	-.65*
	HOME 4ª etapa	-.82**
	HOME total	-.78**
	Eventos vitais 4ª etapa	.62*

*p< 0,05; **p< 0,01

Como pode ser observado na Tabela 16, o total das tarefas normais no Teste de Denver-II na 3ª e 4ª etapas da pesquisa correlacionou-se positivamente com a idade gestacional, apgar no 1º e 5º minuto, peso e altura no nascimento e peso mínimo na internação, indicando que quanto mais tarefas normais a criança apresentou, maior foi sua idade gestacional, maior o apgar no 1º e no 5º minuto, maior o seu peso e altura no nascimento e maior o peso mínimo na internação. Essa variável mostrou uma correlação negativa com o tempo de internação e o peso na alta, indicando que as crianças que apontaram maior quantidade de tarefas normais apresentaram menor peso na alta e estiveram menos tempo internadas.

Na correlação dessa variável, que se mostrou positiva, com as subescalas do Inventário Home, os resultados indicaram que quanto mais tarefas normais foram realizadas, maior a pontuação do Inventário Home na 3ª e 4ª etapas e no escore total do instrumento. Houve correlação significativa negativa entre os resultados do Teste de Denver-II e os resultados da Escala de Eventos Vitais na 4ª etapa, indicando que quanto mais tarefas normais realizadas, menor o número de eventos vitais relatados na 4ª etapa da pesquisa.

De forma inversa às tarefas normais, o total das tarefas com cuidado no Teste de Denver-II também na 3ª e 4ª etapas, apresentou correlação negativa com a idade gestacional, apgar no 5º minuto, peso e altura no nascimento e peso mínimo na internação. Esses resultados demonstraram que, quanto mais tarefas de cuidados apareceram, menor a idade gestacional e o apgar no 5º minuto, menor o peso e altura no nascimento e menor o peso mínimo na internação.

Essa variável apresentou uma correlação positiva com o tempo de internação e o peso na alta, indicando que, quanto maior o número de tarefas com cuidado, maior peso na alta e maior o tempo de internação. A correlação entre as tarefas com cuidado no Teste de Denver-II e os resultados do Inventário Home foi significativamente negativa; quanto mais tarefas com cuidado, menor a pontuação no Inventário Home na 3ª e 4ª etapas e no escore total desse inventário. Contudo, essa variável correlacionou-se positivamente com a Escala de Eventos Vitais na 4ª etapa, demonstrando que, quanto maior a quantidade de tarefas com cuidado, maior o número de eventos relatados na 4ª etapa. Ressalta-se que as tarefas com atraso, analisadas em conjunto, não apresentaram correlação.

Na Tabela 17, encontram-se as correlações significativas entre os indicadores de desenvolvimento, avaliados por meio do Teste de Denver-II (escore separado da 3ª e 4ª etapas), as variáveis da criança,

obtidas no Roteiro de Entrevista e as variáveis do ambiente medidas pelo Índice de Risco Psicossocial de Rutter.

Tabela 17: Correlações entre indicadores do Teste de Denver-II, (3ª e 4ª etapas separadas) e variáveis da criança e do ambiente

Desenvolvimento	Variáveis da criança e do ambiente	r de Spearman
Denver - II 3ª etapa Tarefas normais	Renda 4ª etapa	.73**
	Itens de risco psicossocial Rutter	-.64*
Denver - II 3ª etapa Tarefas com cuidado	Renda 4ª etapa	-.71*
Denver-II 4ª etapa Tarefas normais	Sexo feminino da criança	.78**
Denver-II 4ª etapa Tarefas com cuidado	Sexo feminino da criança	-.79**
	Parto normal	.65**

*p< 0,05; **p< 0,01

Verifica-se, na Tabela 17, que na 3ª etapa da pesquisa os indicadores de desenvolvimento do Teste de Denver-II, no que diz respeito às tarefas normais, apresentaram correlação positiva com a renda familiar na 4ª etapa, indicando que quanto mais tarefas normais foram apresentadas, maior a renda da família na 4ª etapa da pesquisa. Com o Índice Psicossocial de Rutter essa variável mostrou correlação significativamente negativa; quanto mais tarefas normais, menor o número de itens de risco psicossocial. As tarefas com cuidado na 3ª etapa correlacionaram-se negativamente com a renda na 4ª etapa, demonstrando que quanto mais tarefas com cuidado foram apresentadas, menor a renda familiar na 4ª etapa.

No que concerne a essa variável na 4ª etapa da pesquisa, observa-se que houve correlação positiva com o sexo da criança, mostrando que meninas tendem a apresentar um maior número de tarefas normais. Inversamente, o escore das tarefas com cuidado correlacionou-se negativamente com o sexo da criança, indicando que meninas

apresentaram menor número de tarefas com cuidado. Essa variável correlacionou-se também com o tipo de parto, mostrando que crianças nascidas de parto normal tendem a apresentar menos tarefas com cuidado. Destaca-se que as tarefas com atraso, na 4ª etapa, não apresentaram nenhuma correlação.

5.1.5 Comparação das Médias dos Indicadores de Desenvolvimento da Criança e do Meio Ambiente Avaliados em Etapas Diferentes

Realizou-se o teste de Wilcoxon para comparar os resultados do desenvolvimento da criança e do meio ambiente avaliados após um período máximo de 1 ano. Este teste foi realizado para comparar as médias dos resultados dos seguintes instrumentos: Inventário Home, o qual foi aplicado na 2ª, 3ª e 4ª etapas da pesquisa, o Teste de Denver-II e a Escala de Eventos Vitais, ambos aplicados na 3ª e 4ª etapas.

A Tabela 18 apresenta a comparação das médias dos resultados do Inventário Home entre a segunda, terceira e quarta etapas da pesquisa.

Tabela 18: Comparação das médias da estimulação do ambiente, por meio do Inventário Home, na 2ª, 3ª, e 4ª etapas – Média e desvio padrão (dp)

	Home – 2ª etapa	Home – 3ª etapa	Home – 4ª etapa
Média (dp)	27,36 (±5,00)	34,36 (±4,29)	36,00 (±5,00)
Wilcoxon			
	Home 2ª etapa	X	Home 3ª etapa
	Z	t	p
	2,85	6,50	0,000*
	Home 3ª etapa	X	Home 4ª etapa
	Z	t	p
	2,32	4,93	0,001*

*significância de $p < 0,01$

Na Tabela 18 nota-se que houve diferença significativa entre os momentos avaliados, no que se refere às subescalas do Inventário Home. Este resultado mostra que os escores melhoraram durante as

aplicações, especialmente na subescala provisão de materiais apropriados, indicando para uma melhora importante na estimulação do ambiente familiar.

Na Tabela 19 encontra-se a comparação das médias do desempenho no Teste de Denver-II, na terceira e na quarta etapas da pesquisa.

Tabela 19: Comparação das médias do desempenho no Teste de Denver-II na 3ª e 4ª etapas – Média e desvio padrão (dp)

Denve-II – 3ª etapa	Denver-II – 4ª etapa
Média (dp)	Média (dp)
Tarefas normais: 20,18 (±1,47)	Tarefas normais: 19,91 (±1,44)
Tarefas com cuidado: 0,64 (±1,12)	Tarefas com cuidado: 0,91 (±1,13)
Tarefas com atraso: 0,18 (±0,60)	Tarefas com atraso 0,18 (±0,60)

Wilcoxon		
Tarefas Normais - Denver II 3ª etapa X Denver II 4ª etapa		
Z	t	P
1,13	2,67	0,257
Tarefas com Cuidado - Denver II 3ª etapa X Denver II 4ª etapa		
Z	t	P
1,13	2,67	0,257
Tarefas com Atraso - Denver II 3ª etapa X Denver II 4ª etapa		
Z	t	P
0,00	0,00	1,000

O desempenho das crianças no Teste de Denver-II, conforme mostra a Tabela 19, não apresentou diferença estatisticamente significativa entre os dois momentos, somente empate, mostrando que o risco para problemas de desenvolvimento se manteve inalterado.

A Tabela 20 apresenta a comparação das médias dos resultados elencados na Escala de Eventos Vitais entre a terceira e a quarta etapas da pesquisa.

Tabela 20: Comparação das médias dos resultados da Escala de Eventos Vitais na 3ª e 4ª etapas – Média e desvio padrão (dp)

	Eventos Vitais – 3ª etapa	Eventos Vitais – 4ª etapa
Média (dp)	4,72 (±1,61)	4,36 (±2,29)
Wilcoxon		
	Eventos Vitais 3ª etapa X Eventos Vitais 4ª etapa	
	Z	t
	0,46	5,33
		P
		0,642

Verifica-se, na Tabela 20, que não houve diferença estatisticamente significativa entre as duas avaliações da Escala de Eventos Vitais, apesar de o resultado ter indicado que, na segunda aplicação, foram relatados menos eventos adversos nas famílias.

5.2 Resultados da Análise Qualitativa

Serão apresentados, nesta parte, os resultados das famílias em conjunto levantados a partir dos instrumentos utilizados e da Observação Participante, a qual permeou as quatro etapas deste estudo. Iniciar-se-á pelos resultados que concerne à configuração da estrutura e à dinâmica das relações familiares, obtidas a partir da entrevista semiestruturada e da confecção do Genograma. Em seguida, serão destacadas as características da rede social das famílias, levantadas por

meio da entrevista semiestruturada e da análise gráfica dos Ecomapas. Finalmente, mostrar-se-á a incidência dos fatores de risco e de proteção presentes nas famílias em conjunto de acordo com o modelo PPCT.

Esses resultados demonstram como as relações entre os pais, entre estes e suas respectivas famílias de origem e entre as famílias de origem entre si, além das interações com os membros da rede pessoal, bem como, com os serviços de saúde disponíveis interagem no contexto da prematuridade e no contexto ecológico mais amplo, apontando para a influência dessas variáveis no desenvolvimento da criança.

5.2.1 Características da Configuração e da Dinâmica Relacional das Famílias

A configuração das famílias e sua dinâmica relacional foram representadas graficamente no Genograma e analisadas a partir das definições dos padrões relacionais, de acordo com McGoldrick e Gerson (1995). Os padrões de relacionamentos identificados em cada uma das famílias foram: relacionamento harmônico, relacionamento distante, relacionamento conflituoso, relacionamento vulnerável, relacionamento muito estreito, aliança e rompimento, os quais se encontram definidos na seção Método e cujos símbolos estão representados no Anexo 2. Os dados relativos ao padrão relacional de cada uma das famílias encontram-se no protocolo de organização dos fatores de risco e de proteção (Quadro 3 e Apêndices HH a QQ).

Observa-se que a dinâmica relacional na maioria das famílias (B, E, F, G, H e I) indicou o predomínio de relacionamentos harmônicos e de aliança entre o casal, harmônicos entre eles e suas famílias de origem e entre as famílias de origem. Constatou-se, a partir do relato dos pais, que havia entre os membros das famílias uma disponibilidade coletiva e atitudes marcadas por ajuda mútua. Esse tipo de funcionamento mostrou a capacidade adaptativa dos pais e familiares frente ao nascimento pré-termo da criança. O mesmo foi observado na família C, apesar de haver um relacionamento conflituoso com o companheiro da avó materna, além do rompimento das relações do tio paterno com a família de origem, situação esta que, segundo os pais, não interferia no relacionamento harmônico com os demais familiares.

A dinâmica relacional das famílias A, D e K foi marcada por conflitos, distanciamentos e rompimentos. Essas relações foram desenvolvidas a partir da gravidez, por desavenças e falta de apoio dos

companheiros entre si (família A e K) e entre os pais e o avô paterno na família D, pelo fato de este não aceitar a gravidez. Essa condição específica da família D levou a um relacionamento distante entre a mãe e a avó materna, que outrora era harmônico e se constituía como forte referência para a mãe. Apesar do relacionamento conflituoso entre os pais da família K, constatou-se que as relações na família de origem materna foram do tipo harmônica entre a mãe e os demais membros desse grupo familiar, especialmente entre a mãe, a avó e o tio materno.

A família J, por sua vez, apresentou no Genograma uma relação do tipo vulnerável entre o casal, pois, segundo a mãe, havia constantes riscos de desentendimentos e conflitos, bem como dificuldades em resolvê-los. No entanto, essa família apresentou relacionamento harmônico com a família de origem materna e relacionamento distanciado com a família de origem paterna.

No que concerne ao histórico de relacionamento das famílias, explicitado durante a confecção do Genograma, observou-se que a família C teve um tempo maior de relacionamento (16 anos), seguida das famílias B (12 anos), G (10 anos) e H (9 anos), as quais apresentaram, conforme descrito anteriormente, o tipo de relacionamento harmônico e de aliança. Por outro lado, as famílias com menor tempo de relacionamento foram a D e a K (10 meses) e as famílias A e E (1 ano), sendo que as três primeiras apresentaram dinâmica relacional marcada por conflitos e rompimentos.

Dentre as informações coletadas, ainda por meio do Genograma, a condição especial de saúde da família e a situação ocupacional dos pais mostraram-se importantes para compreender a trajetória do desenvolvimento das crianças. No que diz respeito à condição especial de saúde, na família A o pai era alcoólatra, e a mãe apresentava obesidade mórbida; a família B relatou acidente de trabalho sofrido pelo pai que o deixou com um trauma medular, impedindo-o de trabalhar; o pai da família D referiu a presença de epilepsia desde os 13 anos de idade; a mãe da família F relatou apresentar retocolite ulcerativa há seis anos; e a mãe da família K desenvolveu epilepsia há 12 anos atrás.

5.2.2 Características da Rede Social das Famílias

As características da rede social das famílias foram analisadas a partir do Sistema de Análise Gráfica do Ecomapa e distribuídas em cinco categorias, contendo cada uma suas respectivas subcategorias,

definidas e apresentadas na parte de Tratamento dos Dados da seção Método. Na apresentação dos resultados, far-se-á a descrição das famílias em conjunto, levantada a partir da entrevista semiestruturada e da análise gráfica dos Ecomapas 1, 2, 3 e 4, os quais correspondem, respectivamente, às quatro etapas da pesquisa (período de internação, após a alta hospitalar da criança, com 1 ano de idade corrigida e aos 2 anos de idade corrigida da criança). Serão salientados, nesta parte dos resultados, as características predominantes na rede social pessoal e institucional das famílias. Os dados da Análise Gráfica do Ecomapa referentes a cada uma das famílias encontram-se explicitados na forma de quadros nos Apêndices W a GG.

Na categoria **ESTRUTURA DA REDE**, incluíram-se os dados referentes às seguintes subcategorias: tamanho, densidade, dispersão e homogeneidade/heterogeneidade.

No que se refere ao **tamanho** da rede, o número de interações estabelecidas com a mãe em sua rede pessoal apresentou-se relativamente maior no nascimento e na internação da criança, mantendo praticamente o mesmo número nas demais etapas, o qual variou de 3 a 8 membros. As interações com o pai apresentaram a mesma variação de membros ao longo da pesquisa, e as interações com a criança, por sua vez, oscilaram entre 1 e 6 membros, do nascimento aos dois anos de idade. Os irmãos das crianças, presentes em cinco famílias, apresentaram até 3 membros em sua rede pessoal nas quatro etapas.

Com relação à rede institucional, as 11 crianças dispuseram na primeira etapa do apoio dos serviços do hospital ao longo de sua internação, porém, a criança da família A, devido a sua condição clínica, realizou cirurgia em um outro serviço especializado, seguindo, no entanto, até a alta no hospital pesquisado. O número de interações estabelecidas entre as crianças e os serviços de saúde após a alta hospitalar até um ano de idade corrigida foi de 1 a 4 serviços. No entanto, aos dois anos de idade corrigida, as crianças contavam com o apoio de até 3 serviços de saúde em sua rede social. Todas as mães puderam contar com o apoio dos serviços disponíveis no hospital durante o nascimento e a internação das crianças. Contudo, nas etapas subsequentes da pesquisa, algumas mães contaram com o apoio dos serviços da ULS. As demais mães relataram dificuldades no acesso a esses serviços, devido à falta de vagas e/ou de profissionais.

Observa-se na análise dos Ecomapas que as famílias A e D foram as que apresentaram menor número de membros em sua rede social ao longo da pesquisa, seguidas da família H. Por outro lado, as famílias F e I mantiveram um maior tamanho na estrutura de sua rede social nas

quatro etapas, seguidas da família K, sendo que as famílias G e J apresentaram um maior número de membros em sua rede social apenas na 1ª e 2ª etapas.

As conexões entre os membros da rede social, que denotam a sua **densidade**, ocorreram nas quatro etapas da pesquisa, especialmente, entre os microssistemas: pais e família de origem (avós e tios maternos/paternos), de forma que a conexão mais frequente foi entre a mãe e a avó materna (7 famílias). Na família H, essa subcategoria foi marcada pela presença dos “irmãos da igreja” que a família frequentava, tanto na 3ª quanto na 4ª etapa. Houve conexão dos pais (pai e mãe) com a equipe de saúde em 5 famílias, e nas demais famílias ocorreu a conexão somente da mãe com a equipe de saúde, em virtude da instabilidade da relação do casal e de algumas famílias residirem no interior. A conexão entre esses membros permitiu a troca de impressões e facilitou a oferta de ajuda à mãe e/ou família que acompanhava a criança.

Na 2ª etapa, verificou-se a conexão entre os pais e o ambulatório de seguimento em 9 famílias. Quando a criança apresentava 1 ano de idade, observou-se que as famílias A, C, I e J estabeleceram conexão com os serviços de saúde especializados da rede pública e privada, o mesmo não ocorrendo com as demais famílias e os serviços que estas utilizavam. Das famílias citadas anteriormente, apenas a C e a J mantiveram conexão com serviços especializados que acompanhavam as crianças, conforme observado no Ecomapa 4.

Com relação à **dispersão**, durante a internação da criança, observa-se que as famílias que residiam em Florianópolis não apresentaram distância geográfica entre os membros da rede pessoal, porém, o mesmo não ocorreu com as famílias que residiam em outros municípios. Após a alta hospitalar e quando a criança completou 1 ano de idade corrigida, as famílias, de modo geral, não apresentaram distância geográfica com sua rede pessoal, exceto a família H, que não estabeleceu interação com a família materna em virtude de seus membros residirem em bairros distantes, e a mãe da família I com sua família de origem, já que esta residia em outro município, de acordo com Ecomapa 2, fato não observado no Ecomapa 3.

Houve dispersão na rede das famílias que residiam no interior com relação ao ambulatório de seguimento, já que este se localizava em Florianópolis e havia necessidade constante de deslocamento dessas pessoas. Por outro lado, as famílias não apresentaram dispersão com sua rede pessoal aos 2 anos de idade corrigida da criança. Com relação aos serviços de saúde, apenas a criança da família I apresentou dispersão,

pois o médico, especialista em retina a atendia em outro município. A mãe da família F, em virtude do seu problema de saúde, também se deslocava sistematicamente até Florianópolis. As crianças das demais famílias não apresentaram distanciamento geográfico em relação aos serviços que utilizavam.

A maioria dos membros que compuseram a rede pessoal das famílias mostrou **homogeneidade** entre si, no que concerne aos aspectos demográficos e socioeconômicos durante as quatro etapas da pesquisa. Os pais da família A, porém, apresentaram diferença significativa de idade entre si, e as famílias de origem da família I possuíam mesmo nível socioeconômico, mas mostraram diferenças em relação ao nível cultural. Observa-se que, entre os membros da rede institucional e pessoal das famílias, o aspecto *status* educacional mostrou-se heterogêneo, exceto na família E, cujo pai e família de origem apresentaram nível de escolaridade superior.

A categoria **FUNÇÕES DA REDE** diz respeito ao tipo de interação entre a família e os membros da rede por meio das funções desempenhadas as quais configuram as seguintes subcategorias: apoio emocional, companhia social, guia cognitivo e de conselhos, ajuda prática, ajuda material, ajuda espiritual e ajuda de serviços.

O **apoio emocional** à mãe, segundo os relatos da maioria das famílias, foi oferecido pelo pai, durante a internação e após a alta hospitalar da criança, sendo que, na 3ª e 4ª etapas da pesquisa, o apoio do pai ocorreu em 8 famílias. Observa-se que, em segundo lugar, a avó materna e os serviços do hospital ofereceram apoio emocional à mãe na internação da criança. Após a alta hospitalar desta, esse apoio foi oferecido às famílias especialmente pelos avós maternos e/ou paternos na 3ª e 4ª etapas da pesquisa. Contudo, a maioria das mães relataram receber apoio emocional do pai da criança. Apenas a família A informou não receber apoio emocional dos membros da sua rede social nas duas últimas etapas. A mãe, em 5 famílias, além de se ocupar com os cuidados da criança, foi fonte de apoio emocional para o pai na 1ª e 2ª etapas. Os familiares (tios, tias, irmãos) e os amigos aparecem em menor número na rede social com relação a esse tipo de apoio.

Os relatos obtidos durante a entrevista e confecção do Ecomapa 1 demonstram que, para as famílias, o significado de apoio emocional se traduz na preocupação do outro e em oferecer força, além da ajuda psicológica para o enfrentamento da situação, como expressa o depoimento da mãe da família G:

(...) a parte psicológica, que eu me tranquilizei mais, sabe, assim, eu acho que é muito, é muito gratificante pra mim, sabe, me apoiou muito assim, me deixou mais tranquila. (Mãe G)

A subcategoria **companhia social**, que diz respeito ao convívio entre as pessoas e às atividades que são realizadas conjuntamente, foi mencionada pelas onze mães entrevistadas, na 1ª etapa, como sendo desempenhada pelas demais mães de bebês internados na Unidade Neonatal. O fato de haver no hospital um espaço que permite a acomodação das mães, a fim de que possam acompanhar diuturnamente seus bebês internados, possibilitou o convívio entre a maioria delas, conforme relato da mãe da família I:

É um tipo de apoio sim, porque a gente desabafa, cada uma é um caso, né, mas a gente se ajuda assim, bastante, conversando e discutindo entre uma e outra, né. São coisas que ajudam a gente, porque se não tivesse ali, ficasse sozinha aqui dentro, também, seria mais difícil. (Mãe I)

Já nas demais etapas, as atividades das famílias passaram a ser compartilhadas principalmente entre os próprios pais das crianças e entre os irmãos, nas famílias que já possuíam filhos. Observa-se que 8 famílias conviviam sistematicamente com os avós maternos e/ou paternos e outros familiares, por residirem juntos ou próximo destes.

No que concerne à subcategoria **guia cognitivo e de conselhos**, a qual possibilitou o compartilhamento de informações entre a família e os membros da rede, as famílias a mencionaram como uma função desempenhada na primeira etapa, essencialmente, pelos profissionais de saúde da Unidade Neonatal. Dez famílias afirmaram que a enfermagem desempenhou essa função, 8 famílias citaram os médicos, 5 famílias, o psicólogo, e 4 famílias se referiram à assistente social. Devido ao acesso irrestrito e à permanência constante dos pais na Unidade Neonatal, tornou-se possível a comunicação com os membros da equipe, facilitando, dessa forma, a manutenção das informações e dos questionamentos advindos da família, conforme o relato abaixo:

A equipe, tá ajudando bastante, tá orientando bem. As enfermeiras da neo, as psicólogas, a assistente social, também. (Mãe E)

Após a alta da criança e na 3ª e 4ª etapas da pesquisa, essa função, porém, passou a ser desempenhada mais pelos avós maternos e/ou paternos, pois era com eles que as famílias mais compartilhavam as questões sobre o bebê. Os tios maternos/paternos cumpriram essa função em 2 famílias. Para 6 famílias, a função de guia cognitivo foi desempenhada, também, pelos profissionais do ambulatório de seguimento e demais serviços de saúde. Observou-se, no relato da mãe da família E, essa função desempenhada pela avó materna:

Geralmente, é, informações e conselhos, essas coisas é mais a minha mãe que é toda meio paranóica com esse negócio de neném, meu vô também (...) (Mãe E)

Durante a internação hospitalar, a **ajuda prática** foi uma função desempenhada especialmente, pela equipe de enfermagem, pois os profissionais dessa área ensinavam e auxiliavam as mães nos cuidados de higiene e conforto com as crianças, segundo relato das entrevistas. Verificou-se que as mães das famílias residentes em outros municípios e/ou que já possuíam filho afirmaram que essa função foi desempenhada também pelos pais e familiares, em razão dos cuidados dispensados aos filhos, bem como nas tarefas domésticas, o que as deixava mais tranquilas para acompanhar o filho internado. Esse fato foi observado no relato da mãe da família B:

É, lá embaixo, a mulher que mora lá em casa, cuida da Beatriz, faz comida pra Beatriz, limpa a casa, ajuda um pouco o Beto lá. O que precisar, eles estão dispostos, também. (Mãe B)

Com a chegada da criança em casa, o pai foi quem mais desempenhou a ajuda prática (9 famílias), seguido dos avós maternos (5 famílias) e avós paternos (2 famílias), além de algumas famílias relatarem ter contado também com a ajuda concomitante dos demais familiares. Infere-se que esse resultado tenha se dado em virtude de que algumas famílias residiam na mesma casa que suas famílias de origem ou próximo destas. Observou-se apoio do pai nas atividades domésticas e cuidados com o bebê, especialmente por parte daqueles que mais participaram com a mãe do período de internação, conforme relatou a mãe da família H:

O Hildo fazia as coisas prá mim, ele que fazia, ele fazia, às vezes eu fazia. Fazia, botava roupa na máquina, lavava a louça, fazia comida, também, bota a banheirinha prá dar banho. (Mãe H)

À medida que a criança crescia, esse tipo de apoio oferecido pelo pai foi reduzido, conforme observado na 3ª e 4ª etapas. As avós maternas mantiveram a ajuda prática quando as crianças completaram 1 e 2 anos de idade corrigida, respectivamente, em 7 e em 6 famílias. Essa função foi desempenhada na 4ª etapa também pelas avós paternas (2 famílias), pelos tios maternos (2 famílias), pela creche que a criança frequentava (2 famílias) e pela babá da criança (1 família).

O apoio prestado por meio do fornecimento de recursos materiais, como cesta básica, fraldas, transportes, alojamento para as mães e doação ou empréstimos de dinheiro às famílias, configurou a subcategoria **ajuda material**, função prestada às famílias por meio da interação com os membros da rede social. No momento do nascimento e da internação da criança, 6 famílias apontaram os avós maternos e/ou paternos como os membros que ajudaram, especialmente, no fornecimento de dinheiro para prover as suas necessidades e estrutura material para acomodar a nova família, bem como na 2ª etapa, como sugere o relato do pai da família E:

Os pais dela compraram uma cama de casal e o guarda-roupa pra gente ficar lá. Daí pegou o berço da irmã dela (Mãe: 'que era meu'), e daí os meus pais arranjaram uma cama de casal pra gente ficar aqui, os amigos, cada um comprou um pacote de fralda pra fazer um chá de bebê que nunca existiu (risos), a gente ainda vai fazer um chá pós-bebê. (Pai E)

Das famílias que residiam em outros municípios, 4 referiram à ajuda material da Secretaria Municipal de Saúde, por meio da oferta de transporte a Florianópolis para as consultas de acompanhamento da criança. Por outro lado, 5 famílias ressaltaram, na 1ª etapa, a ajuda fornecida pelo hospital por intermédio do serviço social, como a doação de dinheiro e espaço físico para as mães dormirem e se alimentarem, conforme expressou a mãe da família G:

Que nem o pessoal do hospital, no meu ver, tanto financeiro como psicológico, assim, porque, nossa! Você já imaginou, se fosse pra eu pagar minha estadia aqui, já imaginou se não tivesse

essa ajuda do hospital, como que seria, como que eu ia acompanhar ela, né? (Mãe G)

A ajuda material foi do tipo financeira para 6 famílias na 3ª etapa, sendo que, nas famílias A e D, esta também ocorreu sob a forma de fornecimento da cesta básica. Essas famílias continuaram recebendo ajuda material até os dois anos de idade corrigida da criança. Nesse sentido, a mãe da família J relatou a importância da ajuda dispensada por seu irmão (tio da criança) no relato abaixo:

O meu irmão sempre que a gente precisa de alguma coisa, né, porque agora tá só meu marido trabalhando, se precisar de leite, de remédio pras crianças, quando eu preciso, sempre que preciso ele tá ajudando. (Mãe J)

A subcategoria **ajuda espiritual** foi mencionada em 7 famílias como um forte apoio, especialmente no momento do nascimento, internação e após a alta hospitalar da criança. Essa ajuda era oferecida por meio da fé e crença em Deus, das orações, leituras bíblicas e novenas realizadas pelos avós maternos e paternos, familiares, amigos e vizinhos, conforme o depoimento abaixo:

Também me deram força, apoio assim, tavam fazendo novena por mim e pelo Caio, então, eles tavam lá rezando, fazendo como diz eles 'só podemos rezar por vocês' que também como diz eles, não adiantava muita gente aqui, né, é um hospital, não tem nem como. (Mãe da família C)

Na 3ª etapa da pesquisa, a ajuda espiritual, como um apoio e uma condição para enfrentar a vida e cuidar dos filhos, foi citada em 9 famílias e vivenciada por meio de leituras bíblicas, participação em missa, novenas e da crença pessoal em Deus. Dessas 9 famílias, somente a família A afirmou não contar mais com esse tipo de apoio aos 2 anos de idade corrigida da criança.

No que diz respeito à subcategoria **ajuda de serviços**, que remete à rede institucional de apoio, na primeira etapa, as 11 crianças e suas famílias receberam apoio técnico dos serviços oferecidos no hospital ao longo da internação dos recém-nascidos. Conforme citado nas características estruturais da rede, apenas a criança da família A necessitou também dos serviços de outro hospital. Todas as crianças, após a alta, iniciaram o seguimento ambulatorial e tiveram algum tipo

de interação com a ULS. As crianças das famílias C, F, I e J, que residiam em outros municípios, receberam também atendimento em outros serviços, como clínicas especializadas da rede pública e privada e emergências médicas. Somente as mães das famílias F e G contaram com o apoio dos serviços de saúde para elas próprias, a primeira em razão da sua condição prévia de saúde, e a segunda em virtude da aquisição de métodos anticoncepcionais. As demais mães relataram não possuir interação com os serviços de saúde por não haver vagas nas ULS, por acharem fracos os serviços oferecidos e por não disporem de tempo.

A ajuda de serviços às crianças configurou-se de diversas formas na 3ª etapa, conforme os Ecomapas das famílias. Verificou-se que 10 famílias mantinham acompanhamento bimensal ou trimensal no ambulatório de seguimento e tiveram interação com a ULS a fim de realizar vacinas e/ou pesagem. As crianças das famílias E, H e K utilizavam serviços da emergência pediátrica no hospital; a criança da família A recebeu acompanhamento da clínica de reabilitação psicomotora; a criança da família C foi acompanhada pelo nutrólogo no Ambulatório de Desenvolvimento de seu município; a criança da família I, além do pediatra e do oftalmologista da clínica privada, foi acompanhada pelo Centro de Estimulação Visual em outro município, e a da família J recebeu acompanhamento de um cirurgião pediátrico em um hospital privado. Com relação ao apoio institucional aos demais membros da família, as mães das famílias F e K contaram com o apoio dos serviços de saúde para elas próprias, a mãe da família A relatou dificuldades em conseguir consulta médica na ULS, e as demais mães afirmaram não utilizar os serviços de saúde.

Verificou-se na 4ª etapa da pesquisa que as crianças já não eram mais acompanhadas pelo ambulatório de seguimento. No entanto, as famílias A, B, C, D, G e J mantiveram interação com a ULS, seja para consultas com o pediatra ou com o clínico geral, ou para a realização de vacinas. Já as crianças das famílias E, H e K mantiveram contato com os serviços de emergência pediátrica, pois não tinham acesso à ULS. As famílias F e I, por sua vez, mantiveram vínculo com um pediatra da rede privada. As crianças das famílias A, C e I continuaram recebendo acompanhamento dos serviços citados na etapa anterior, sendo que a criança da família J passou a receber acompanhamento do pediatra do desenvolvimento de uma clínica universitária, além de um neuropediatra de uma maternidade pública. Com relação ao apoio institucional aos demais membros da família, as mães das famílias A e B utilizaram os serviços da ULS, as mães das famílias F e K contaram, respectivamente,

com o apoio dos serviços de saúde do hospital em Florianópolis e da Policlínica Regional. As demais mães afirmaram não utilizar os serviços de saúde.

A categoria **ATRIBUTOS DA INTERAÇÃO** contemplou as qualidades atribuídas nas interações da rede social das famílias, definidas em quatro subcategorias, a saber: multidimensionalidade, função predominante, reciprocidade, história da relação e acesso a novos contatos.

A subcategoria **multidimensionalidade**, que indica a quantidade de funções desempenhadas pelos membros da rede social, teve maior representatividade, na primeira etapa da pesquisa, pelos profissionais de saúde os quais desempenharam maior número de funções, entre eles, os médicos, a equipe de enfermagem, as assistentes sociais e os psicólogos. Os avós maternos e/ou paternos, nessa etapa, apresentaram até 3 funções. Observa-se que, para as 11 famílias, os profissionais de saúde desempenharam de 2 a 4 funções, como: apoio emocional, guia cognitivo, ajuda prática e ajuda material, conforme relatou a mãe da família I:

Os médicos lá da UTI, os enfermeiros, as mulheres do aleitamento, são todas as pessoas que tão dando, pessoas que ajudam a gente aqui, né, direto. As pessoas aqui, os profissionais são muito atenciosos. (Mãe I)

Na 2ª etapa, porém, os avós maternos e/ou paternos foram os que mais agregaram funções de apoio em 8 famílias. Verifica-se que, no processo de adaptação da família em casa, os avós maternos e/ou paternos desempenharam até 6 funções, sendo elas: apoio emocional, conselhos, ajuda prática, material e espiritual e companhia social. O pai, por sua vez, apresentou-se em 10 famílias com 2 a 4 funções, como ajuda prática, apoio emocional e companhia social. Observa-se essa qualidade da rede no depoimento da mãe da família K, que residia com a avó materna e familiares.

A minha mãe, né? Minha família, minha mãe ajuda em tudo, assim, né, tanto financeiro como emocional, cuida da Karla. (Mãe K)

Na 3ª e 4ª etapas, os avós maternos e/ou paternos mantiveram-se como membros na rede das famílias desempenhando praticamente as mesmas funções da etapa anterior, compreendendo até 5 funções nessas

etapas. Observa-se que o pai passou a desempenhar menos funções ao longo do tempo, como se observa na quarta etapa, em que este esteve presente com duas funções em 7 famílias. Os serviços de saúde agregaram 4 funções nos cuidados com as crianças da família A e J e 3 funções com a criança da família I, aos dois anos de idade.

A subcategoria **função predominante** diz respeito àquela função ou às funções que predominaram na rede social das famílias, ou seja, indicou o apoio dominante em cada família. Verifica-se que, nas quatro etapas da pesquisa, o apoio emocional foi o tipo de apoio mais oferecido na rede social, sendo que, na 1ª etapa, esteve presente em 10 famílias, na segunda e terceira etapas, em 8 famílias, e na quarta etapa, em 7 famílias. Observaram-se, na sequência deste, as funções de guia cognitivo, companhia social e ajuda prática e material, presentes em até 4 famílias. As funções de companhia social, ajuda prática e de serviços foram predominantes em 2 famílias, de acordo com o Ecomapa 4.

Com relação ao número de funções ou à combinação de funções predominantes por família, observa-se que estas foram diminuindo ao longo do tempo. Na primeira etapa, 5 famílias apresentaram 2 funções predominantes, como apoio emocional e ajuda prática, e 4 famílias combinaram 3 funções (apoio emocional, ajuda prática e espiritual), sendo que apenas a família G contou com 1 função predominante (apoio emocional). Com a criança já em casa, as famílias I e K contavam com 3 funções predominantes, e as famílias J, E e F agregaram cada uma em sua rede, respectivamente, 4, 5 e 6 funções predominantes. As famílias, na 3ª etapa, apresentaram uma combinação diferente de funções, de forma que 5 famílias contaram com apenas 1 função, três famílias apresentaram 3 funções nessa condição, e outras três famílias combinaram 2 funções. Na 4ª etapa, 6 famílias apresentaram 2 funções, 1 família apresentou a combinação de 4 funções, e as demais contaram com 1 função predominante. As famílias C, E, F e K foram as que apresentaram maior combinação de funções ao longo do tempo.

A **reciprocidade** diz respeito à troca de apoio entre a pessoa e o membro da rede social com quem ela estabeleceu interação. Nos relatos das entrevistas, verificou-se a presença desse atributo nas interações entre: mãe e criança, em 10 famílias, na 1ª etapa; em 9 famílias, na 2ª etapa; em 8 famílias, na 3ª; e em 6 famílias na 4ª etapa da pesquisa. Já, a reciprocidade entre pai e criança oscilou nas etapas da pesquisa, de modo que se mostrou em 5 famílias, na 1ª etapa; em 7 famílias, na 2ª etapa; e em 5 famílias; na 3ª e na 4ª etapas. Quanto à relação mãe e pai, foi possível constatar reciprocidade em 8 famílias durante a internação e

após a alta hospitalar; em 9 famílias, com 1 ano de idade da criança; e em 7 famílias, aos dois anos de idade corrigida da criança.

Essa subcategoria em que as pessoas compartilham do mesmo tipo de apoio foi observada na 2ª etapa, durante a entrevista com a família B, quando os pais se referiram ao apoio emocional oferecido mutuamente, conforme relato abaixo:

A gente conta um com o outro, né? De lá pra cá e daqui pra lá. É o que mais a gente pode contar. É um com outro mesmo em primeiro lugar, né? (Pai B)

A reciprocidade esteve presente entre a mãe e demais mães de bebês internados em 8 famílias durante a internação por meio do apoio emocional e da companhia social. Na 3ª etapa, observou-se que as famílias E e K apontaram a reciprocidade entre a mãe e a avó materna; na família D, entre a mãe e a avó paterna, bem como na 4ª etapa; na família F, entre os pais e os avós paternos; na família I, entre os pais e os avós maternos; e na família K, entre a avó e o tio materno. Estes últimos mostraram também esse atributo na 4ª etapa.

A **história da relação** indicou as experiências prévias e o tempo de interação com os membros da rede social. A história de relação dos pais com as famílias de origem dos cônjuges ou companheiros e das famílias de origem entre si, além da relação com os amigos, coincide com o tempo de convivência do casal, conforme constatado também no Genograma de cada família. Da mesma forma, verificou-se que o tempo de relação com o trabalho do pai em 6 famílias é superior ao tempo de relacionamento do casal. Com relação à interação com a rede institucional, as famílias F e K utilizavam os serviços do hospital há seis e doze anos, respectivamente, devido à condição de saúde das mães.

Após a alta hospitalar da criança, a família A ativou relacionamento prévio ao nascimento deste. No que diz respeito à rede institucional, 7 famílias tinham um vínculo prévio com a ULS desde o pré-natal e o reativaram após a alta hospitalar, e 4 dessas famílias já haviam realizado o acompanhamento de seus outros filhos.

O **acesso a novos contatos** é uma subcategoria que se refere à conexão com pessoas e serviços que passaram a fazer parte da rede social das famílias após o nascimento pré-termo de seus filhos. Na primeira etapa desta pesquisa, observou-se que os serviços do hospital onde a criança esteve internada passaram a ser os novos contatos para 9 famílias, em sua rede social, sendo que 2 famílias já utilizavam esse serviço em razão dos problemas de saúde das mães. Em relação aos

contatos com os membros da rede pessoal das famílias, verificou-se que estes já faziam parte da rede antes do nascimento dos bebês.

Na 2ª etapa da pesquisa, observou-se que, em 10 famílias, não houve acesso a novos contatos em sua rede pessoal, exceto a mãe da família J, que agregou em sua rede as amigas de trabalho e sua prima. No que diz respeito à rede institucional, as famílias F e J incluíram em sua rede o pediatra da clínica privada, e a família I incluiu os serviços das clínicas oftalmológicas dos municípios de Blumenau, São Paulo e Florianópolis, para acompanhamento da criança em virtude do descolamento da retina em um dos olhos.

Na 3ª etapa, no âmbito da rede pessoal, as famílias K e I apontaram um amigo como novo contato, além de esta última, a partir da mudança de residência para outro município, ter se reintegrado à família de origem materna. As demais famílias não se referiram à existência de novos contatos. Com relação à rede institucional, 5 famílias utilizaram serviços de saúde da rede pública e privada, e a família D recebeu apoio material de uma entidade assistencial, devido a suas dificuldades financeiras.

Na 4ª etapa, observaram-se novos contatos na rede pessoal de 3 famílias: a mãe da família A, em virtude de seu problema crônico de saúde, buscou ajuda financeira em um programa de televisão a fim de viabilizar recursos para sua cirurgia; a família G agregou um casal a sua relação pessoal, que passou a ser companhia social para eles; a mãe da família I, que voltou a trabalhar, referiu às amigas do trabalho como novos contatos, sendo que a criança dessa família passou a ser cuidada por uma babá. No que diz respeito aos serviços de saúde, as famílias H e K, respectivamente, optaram por utilizar os serviços da emergência hospitalar e da Policlínica Regional pela proximidade de suas residências e por não contarem com o apoio das ULS. A criança da família J incluiu em sua rede novos contatos, a saber: o pediatra do desenvolvimento de uma clínica universitária e o neuropediatra de uma maternidade pública.

Na categoria **MUDANÇAS DESEJADAS**, foram apresentadas as modificações que as famílias desejariam realizar em sua rede pessoal e institucional. Observa-se que, na primeira etapa, 8 famílias relataram que não desejariam realizar mudanças em sua rede pessoal, pois avaliaram positivamente os apoios que haviam recebido. No entanto, a mãe da família A relatou insatisfação com o apoio oferecido pelo pai do bebê, em virtude do alcoolismo deste. A mãe da família D assinalou que gostaria de mudar a relação do avô materno com o pai do bebê, que se tornou conflituosa após a notícia da gravidez. Por fim, a mãe da família

G gostaria de contar com presença do pai e do irmão da criança em sua rede pessoal, nessa etapa hospitalar, situação que não foi possível, uma vez que a família residia em outro município e o pai precisava trabalhar.

Em relação à rede institucional, que se refere ao apoio dos serviços de saúde oferecidos, observou-se que, na 1ª etapa, a maioria das famílias se consideraram satisfeitas com o apoio dos serviços técnicos e profissionais recebidos durante esse período. Apenas as mães das famílias B e J assinalaram o desejo por mudanças. A primeira mencionou necessitar do apoio do serviço social do hospital para a realização da laqueadura das trompas uterinas, já que em seu município, segundo ela, o processo seria mais difícil. A segunda mãe gostaria que o serviço de transporte realizado pela Secretaria de Saúde do município onde residia mudasse. Segundo essa mãe, o referido serviço não autorizava o transporte da avó materna e do irmão do bebê a Florianópolis, bem como, não fornecia passagem rodoviária para que esses familiares pudessem visitá-la no hospital.

No entanto, o depoimento abaixo, da mãe da família F, representa o discurso da maioria das famílias, no que diz respeito às interações estabelecidas com os membros da rede pessoal e institucional durante a internação do bebê:

O hospital concluiu tudo, sabe? O lado bom, tudo o que a gente precisou tava ali, os amigos, os próprios familiares dos dois lados, assim, o próprio nascimento do Francisco foi uma coisa assim, muito esperada, só que antecipou, só que mesmo que antecipou a gente teve força, teve fé, a gente reza muito. (Mãe F)

Na 2ª etapa, após a alta hospitalar da criança, verificou-se que 10 famílias não desejariam realizar mudanças em sua rede pessoal e se mostraram, portanto, satisfeitas com os apoios recebidos, relatando que, desse modo, estavam se adaptando com a criança em casa. Somente a mãe da família A se referiu ao desejo de ter apoio do pai da criança, o qual, desde o rompimento da relação, que era conflituosa, mudou de cidade e não fez qualquer tipo de contato.

Todavia, a rede institucional, nessa etapa, mostrou uma configuração diferente da rede pessoal. Dentre as onze famílias participantes deste estudo, 5 relataram estar satisfeitas com os serviços de saúde recebidos, embora 2 famílias tenham apontado o tipo de interação tênue com alguns. Das 6 famílias, porém, que manifestaram desejo em realizar mudanças, 4 apontaram para os serviços da ULS. Dentre as queixas explicitadas, encontra-se aquela que se refere à falta

de profissionais de saúde ou à constante rotatividade destes tornando-se difícil estabelecer uma interação com a família, como expressa a mãe da família E:

Só o posto que deveria, assim, ter um atendimento melhor, assim, porque não têm pediatra, não têm ginecologista, tá sempre trocando de médico. É, aí fica difícil, assim, prá eles conhecerem ela. (Mãe E)

A mãe da família H também se referiu a dificuldades na ULS, com respeito ao acesso a essa unidade de saúde, onde, segundo ela, não foi possível realizar consulta do pós-parto para si mesma:

Tu vê que era prá eles vir aqui prá marcar, porque eu ganhei ela, tem que ter a consulta prá mim, eu não consultei ainda desde o dia que eu saí do Hospital. Não vieram nem perguntar se ela já nasceu, não tem nem o prontuário dela, eu que fui lá fazer no posto, se não eles não sabiam. A Helena tá com 3 meses. Eu fui no posto, falei prá eles que eu tinha que fazer a consulta, aí eles disseram: 'ah, não, agora não tem como marcar porque a agenda tá cheia'. (Mãe H)

Na entrevista com as famílias F e G, constatou-se que as mudanças por elas desejadas se referiam à qualidade técnica dos profissionais de saúde das ULS. Os pais explicitaram o sentimento de insegurança com relação às condutas assistenciais, afirmando que gostariam que houvesse em seus municípios profissionais com o perfil daqueles que haviam conhecido no hospital em Florianópolis. A mãe da família J relatou que mudaria, em sua rede social de apoio, o ambulatório de seguimento (*follow-up*) para seu município, pois considerou cansativa e desgastante a viagem com o filho até Florianópolis, uma vez que o transporte era realizado juntamente com outros pacientes, que realizavam suas consultas e exames em diferentes locais e horários, o que causava atraso no traslado. Outro aspecto apontado por essa mãe foi a falta de ajuda financeira para prover suas despesas pessoais quando acompanhava a criança às consultas. Essa situação também foi mencionada pela mãe da família G, que residia em outro município e dependia da ajuda do transporte oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde.

Por fim, os pais da família I, aparentavam estar sob um desgaste físico e emocional durante a entrevista em sua residência. Quando

questionados sobre o que mudariam em sua rede social, responderam prontamente:

Seria bom mesmo ter resolvido tudo, tudo ali, tudo no hospital. Porque praticamente foi o nascimento dele, ele ficou aquele tempo todo ali, daí teria que sair dali em alta com tudo resolvido, né? Foi passado pro outro hospital, aí tinha que ter sido esperado, e não foi conseguido, agente levou prá outra clínica, daí já deram outro diagnóstico. (Pai e Mãe I)

O relato acima explicita a indignação dos pais, quando na primeira consulta do seguimento, foi identificado um problema na retina da criança e se instalou, a partir daí, uma verdadeira peregrinação por outros serviços de saúde e clínicas privadas, a fim de minimizar as sequelas provocadas pelo decolamento da retina do olho direito da criança.

Na 3ª etapa, 6 famílias relataram que nada mudariam na sua **rede pessoal** e 5 famílias apontaram para mudanças. A mãe da família A relatou que mudaria a sua condição financeira, pois afirmou haver muitas dificuldades na manutenção básica da família; a família B almeja conseguir uma atividade ocupacional para o pai, a fim de minimizar os sintomas depressivos que este apresentava; a família D expressou forte desejo e necessidade com relação a um emprego para o pai; a mãe da família H relatou que gostaria de morar perto de sua família de origem, pois sente muita falta desta, e o pai da família I afirmou que desejaria ficar mais perto da criança para acompanhar seu desenvolvimento, pois permanecia muito tempo fora de casa em virtude do seu trabalho, estabelecendo pouco contato com seu filho.

Com relação à rede institucional, na 3ª etapa, 5 famílias apontaram o desejo por mudanças. A mãe da família D relatou que gostaria de ter condições financeiras para levar a criança ao ambulatório de seguimento no hospital; as mães das famílias A e E mudariam os serviços da ULS, sendo que a primeira desejaria melhorar o acesso à ULS, pois não conseguia agendar consultas, e a segunda reclamava que o referido serviço não contava com o pediatra e ela não sentia confiança na enfermeira, além dessa ULS apresentar alta rotatividade dos profissionais. Os pais da família F mudariam as condições do serviço de saúde em seu município, uma vez que este não apoia a aquisição de medicações e não auxilia no transporte para o serviço de referência. Por fim, a mãe da família J disse que mudaria os recursos profissionais na ULS em seu município, pois este não conta com os serviços de

especialistas, apenas realiza encaminhamentos para esses profissionais, deficiência que acarreta uma longa espera, conforme seu próprio relato:

Mais recurso no Posto prá ele, prá ele poder se desenvolver melhor. Que nem o Posto encaminha prá um outro Posto, que nem a consulta foi em junho com a psicóloga, agora só em setembro a próxima consulta com ela, e agora tem que esperar prá fono, prá ver ainda se vai consultar ele ou não. (Mãe J)

Na 4ª etapa, no que tange a sua rede pessoal, 10 famílias não desejavam realizar mudanças nesse aspecto. Apenas a família D relatou que mudaria em sua rede a condição de desemprego do pai, pois este perdera o emprego que havia conseguido no último ano. Com relação à rede institucional, as famílias B, C e I nada mudariam. No entanto, a mãe da família A mudaria as condições de acesso à ULS, pois as consultas mensais com a criança não eram garantidas, além da longa espera para a realização da cirurgia da hérnia inguinal da criança. Essa mãe relatou que também almejaria mudar o serviço do hospital, que a colocou “na lista de espera” para cirurgia de redução de estômago, no sentido de que o procedimento fosse brevemente realizado, devido a sua delicada condição de saúde.

As famílias E, F e J, nessa etapa, mencionaram dificuldades com a ULS, em relação à demora nos encaminhamentos para a realização de exames, cirurgias e de acompanhamentos de especialistas às crianças, e mudariam o fluxo dessa demanda. A família D afirmou que mudaria suas condições financeiras para se deslocar com a criança até o ambulatório de seguimento a fim de realizar as consultas. A família G desejava mudanças no apoio à saúde em seu município, que deveria ter a qualidade dos serviços prestados no hospital em Florianópolis; por fim, a família K mudaria as condições de acesso à ULS, pois a unidade na qual é referendada não agendou consulta para a criança, segundo a mãe, por esta apresentar mais de um ano e meio de idade. A família H também relatou que realizaria mudanças na forma como a ULS acompanha as crianças e as famílias, pois, conforme o pai afirma no relato abaixo, esta não demonstra interesse em oferecer apoio às famílias, uma vez que há dificuldade em agendar consulta e conseguir medicação, além de não haver pediatra, condição esta que os obriga a procurar os serviços de emergência nos hospitais.

A gente não usa o posto porque não vê interesse neles em acompanhar a criança e a família. Se passassem a acompanhar

melhor, a gente ficaria mais confiante e até procurava mais ali, né. A gente não vai porque...ah, aí vamos lá no Regional, no Hospital da Polícia, aí a gente acaba não indo no Posto e indo no Regional mesmo. (Pai H)

Outra categoria analisada foi **INTERAÇÕES DO ECOMAPA** que por meio de linhas e setas representaram o tipo de interação estabelecida entre a família e os membros da sua rede social, considerando as seguintes subcategorias: interação forte, interação tênue, interação conflituosa e fluxo do apoio, conforme legenda no Anexo 3.

Verificou-se a presença da **interação forte** entre a próprias mães dos bebês internados na Unidade Neonatal. As figuras do Ecomapa mostraram que, nas quatro etapas da pesquisa, a interação esteve presente, especialmente entre os pais, entre a mãe e a avó materna e entre o pai e os avós maternos/paternos (9 e 10 famílias). Os demais familiares, como tios, primos, tios-avós, apresentaram interação forte em 8 famílias, nas duas primeiras etapas da pesquisa, e em 6 famílias nas duas últimas etapas. O trabalho do pai mostrou-se como uma interação forte em 2 famílias no Ecomapa 1, em 3 famílias nos Ecomapas 2, 3 e 4, na medida que facilitava a sua presença. A interação com a espiritualidade (Deus, fé e crenças religiosas) apresentou-se como um elemento forte ao longo da pesquisa: em 7 famílias nas duas primeiras etapas, em 9 na 3ª etapa, e em 8 famílias na 4ª etapa.

No que diz respeito à rede institucional, a maioria das mães apontou como forte a interação com os membros da equipe de saúde na durante a internação da criança, após sua alta hospitalar e com 1 ano de idade corrigida. A ULS foi apontada como forte por 4 famílias nesse período. As famílias A, C, I e J avaliaram como forte a interação com os serviços especializados quando a criança apresentava um e dois anos de idade corrigida. Ainda nesse último período, as famílias B, C, D e G se referiram à interação forte com a ULS.

A **interação tênue**, subcategoria que denota a insuficiente provisão de recursos ou a oferta destes com pouca frequência na rede social, esteve presente entre 4 a 6 famílias ao longo da pesquisa, com os avós maternos e/ou paternos, além dos tios maternos/paternos. A interação com o pai foi tênue em 5 famílias na 1ª etapa, na família K na 3ª etapa, e na família A na 4ª etapa. Esse tipo de interação se fez presente na 4ª etapa, entre a criança e o pai, nas famílias E e I, em virtude de sua atividade ocupacional. Durante a 1ª etapa da pesquisa, apenas a mãe da família D considerou tênue a interação com a equipe de

saúde do hospital, apesar de esta ter evidenciado o fluxo do apoio, segundo o Ecomapa 1. A família I se referiu à interação com o ambulatório de seguimento como tênue, em virtude de que este identificou um problema de saúde na criança, porém, não dispunha de recursos para acompanhá-lo. A interação com a ULS se mostrou tênue na 2ª, 3ª e 4ª etapas da pesquisa, respectivamente, em 7, 6 e 4 famílias, especialmente com as crianças, sendo que as famílias que não tiveram acesso à ULS apontaram também como tênue a interação com os serviços de emergência pediátrica com as quais puderam contar.

A subcategoria **interação conflituosa** caracteriza-se por atritos e dificuldades entre a pessoa e os membros da rede, podendo gerar distâncias e rompimentos. Esta se fez presente na rede social da família A, entre a mãe o pai, na 1ª etapa, e entre a mãe e o avô materno na 1ª e 2ª etapas. Na família D, entre os pais e o avô materno, essa interação esteve presente ao longo da pesquisa. A família K também apontou para essa interação entre a mãe e o pai, de acordo com os Ecomapas 1, 2 e 4.

O **fluxo do apoio**, subcategoria que se refere ao compromisso dos membros da rede na função desempenhada, evidenciou-se na maioria das famílias, ao longo do tempo, nas interações com os avós maternos e/ou paternos que mantiveram essa característica na rede social, e estava presente em 8 a 11 famílias, embora os desenhos dos Ecomapas mostrem que essas interações aparecem em algumas famílias como forte e, em outras, como tênue. O fluxo do apoio esteve presente também nas interações entre os próprios pais, sendo que, no nascimento e aos 2 anos da criança, este se mostrou em um número menor nas famílias (7). Com outros membros da rede (tios, primos, tios-avós), o fluxo do apoio esteve presente entre 6 e 8 famílias. Das onze mães que apontaram como forte a interação entre elas durante a internação da criança na Unidade Neonatal, 4 sinalizaram o compromisso no apoio recebido. Observou-se que a maioria das famílias que haviam apontado uma interação forte com Deus e as crenças religiosas também aludiram ao fluxo do apoio constante dessa função.

No que concerne à interação com os serviços de saúde, 10 famílias indicaram fluxo do apoio com esses membros na internação e no ambulatório de seguimento, após a alta hospitalar. Dessas famílias, 6 assinalaram compromisso na função com o ambulatório de seguimento quando a criança apresentava 1 ano de idade. Com relação à ULS, as famílias C e J apontaram haver fluxo com este serviço de saúde após a alta da criança. Quando esta se encontrava com 1 e 2 anos de idade somente a família B, referiu fluxo no apoio com a ULS. Cabe ressaltar que as famílias E e G indicaram uma interação com fluxo do apoio com

a creche, aos 2 anos de idade corrigida da criança, que a frequentava em período integral.

5.2.3 Identificação dos Fatores de Risco e de Proteção de acordo com o Modelo PPCT

Apresentar-se-á nesta parte a incidência dos fatores de risco e de proteção das famílias em conjunto a partir dos dados levantados nos núcleos Pessoa, Processo, Contexto e Tempo de acordo com o modelo PPCT. As variáveis analisadas em cada núcleo do referido modelo foram escolhidas com base em pesquisas, como a de Wendt (2006) e Santa Maria-Mengel (2007), que indicam os prováveis fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento, bem como a partir dos dados elencados no conjunto das famílias, por meio dos desenhos do Genograma e do Ecomapa, da Observação Participante, do Roteiro de Entrevista, do Teste de Denver-II, do Inventário Home e dos Eventos Vitais, ao longo do tempo. Os dados relativos a cada família encontram-se no protocolo de organização dos fatores de risco e de proteção segundo o Modelo Bioecológico (Quadro 3 e Apêndices HH a QQ).

Os núcleos Pessoa, Processo, Contexto e Tempo são dinâmicos e interdependentes, contudo, foram separados, no referido protocolo, para fins de análise, da seguinte forma:

- **Núcleo Pessoa:** variáveis relacionadas aos recursos e demandas da criança no nascimento, durante a internação e ao longo de 1 e 2 anos de idade corrigida.
- **Núcleo Processo:** variáveis que contemplam os processos proximais da criança com seus pais no período de 0 a 2 anos de idade corrigida.
- **Núcleo Contexto:** variáveis relacionadas ao microsistema (tipo de interação pessoal e institucional); ao mesossistema (tipo de interações dos pais com familiares, equipe de saúde e outros membros); ao exossistema (tipo de interação do trabalho dos pais e a influência desta interação na relação com a criança); ao macrossistema (analisou-se a situação ocupacional dos pais e/ou familiares).
- **Núcleo Tempo:** variáveis dispostas no microtempo, relacionadas à frequência das interações da criança com os pais, com os avós e os pares, no seu cotidiano; no mesotempo, refletiram a periodicidade e a interrupção dessas interações; e no macrotempo, incluíram-se aspectos da dinâmica familiar, da condição especial de saúde da família e a

ocorrência de eventos considerados vitais pela família, ao longo do tempo.

O núcleo **Pessoa**, de acordo com Bronfenbrenner e Morris (1998), diz respeito às características da pessoa em desenvolvimento, as quais exercem influência sobre os processos proximais. Nesta pesquisa, foram analisadas as características presentes nos recursos e nas demandas pessoais, distribuídas em oito variáveis do referido núcleo. Verificou-se a presença de fatores de risco em todas as variáveis do núcleo Pessoa nas crianças das famílias A e D, seguidas das famílias I e J, que apresentaram, respectivamente, sete e seis variáveis como fatores de risco. A família H foi a que indicou o maior número de fatores de proteção no núcleo Pessoa (cinco). As demais famílias apontaram para a presença de quatro variáveis com fatores de proteção e quatro com fatores de risco.

No que concerne aos recursos pessoais, os quais se referem às condições físicas e psicológicas da pessoa e influenciam no engajamento dos processos proximais, estes estão distribuídos em seis variáveis. Devido à condição de nascimento pré-termo das crianças ser, *a priori*, considerada como de risco, as variáveis riscos pré e perinatal mostraram-se também como fatores de risco para o desenvolvimento nas onze crianças deste estudo. A variável antecedentes mórbidos esteve presente nas crianças de oito famílias, o que apontou para risco, sendo que as crianças das famílias B, G e H mostraram ausência dessa variável. Dentre os antecedentes mórbidos presentes nas crianças, destacou-se hérnia inguinal, bronquite, otite e alergia à proteína do leite. As variáveis pessoal-social, motor-fino-adaptativo, linguagem e motor grosseiro mostraram-se, em sua classificação geral, como risco para o desenvolvimento nas crianças das famílias A, D, I e J, ao longo do tempo, e nas demais crianças apresentaram-se como fatores de proteção.

As demandas pessoais, que envolvem características de personalidade e de aparência, as quais podem favorecer ou inibir a ocorrência dos processos proximais, no presente estudo, estão contempladas nas variáveis comportamento e sono. Estas mostraram-se igualmente como risco nas crianças das famílias A e D, e como proteção nas crianças das famílias E, F, H, J e K. Contudo, nas crianças das famílias B, C, G e I, a variável sono apontou para fatores de proteção, e a variável comportamento para fator de risco nas crianças das famílias G e I.

O núcleo **Processo** é o mecanismo central do desenvolvimento, pois expressa as interações ocorridas entre a pessoa em desenvolvimento e as pessoas e objetos do ambiente imediato. Nesta pesquisa, esse núcleo

compôs-se de 13 variáveis. As famílias que apresentaram um número menor de fatores de proteção e, conseqüentemente, um maior número de fatores de risco, respectivamente, foram a família J (três e nove) e a família A (quatro e oito). Por outro lado, as famílias C e H contaram com a presença de 12 fatores de proteção para o desenvolvimento, seguidas das famílias B e F (10). Nota-se que as famílias D, I e K apresentaram cinco fatores de risco, e as famílias E e G, por sua vez, contaram, respectivamente, com a presença de dois e quatro fatores de risco.

Observa-se que a variável punição e restrição indicou para baixo risco de desenvolvimento nas onze famílias analisadas, ao longo do tempo, o que indica a presença de fatores de proteção. A variável oportunidade para variar estímulos, no entanto, apresentou risco nas onze famílias, denotando a dificuldade destas em oferecer diferentes estímulos no cotidiano das crianças. Constata-se a presença positiva da variável comportamento do pai nos cuidados com a criança em nove famílias, indicando para proteção do desenvolvimento.

Verifica-se, também, que a variável atividade que a mãe desenvolve com a criança se mostrou presente nas 11 famílias, ao longo da pesquisa. Classificou-se como ausente a variável favorecimento de lazer à criança, ao longo do tempo, apenas na família J, pois, segundo a mãe, isso se deve à dificuldade financeira da família e ao fato de não haver próximo da residência espaços de lazer. A subescala envolvimento materno, do Inventário Home, indicou a presença de fatores de risco para o desenvolvimento nas famílias A, D e J. A maioria das famílias apresentou respostas consideradas como normais às variáveis sentimentos maternos após o nascimento e sentimentos paternos após o nascimento dado o contexto, em que se utilizou o sinal (-), pois a classificação risco ou proteção não estava clara. A presença e o tempo de amamentação, variável importante nos processos proximais, apresentou-se como fator de proteção ao desenvolvimento nas crianças das famílias B, C, E e H.

O núcleo **Contexto**, por sua vez, por retratar o sistema ecológico total em que ocorre o desenvolvimento da criança nascida pré-termo, aponta para as condições do ambiente familiar e para as interações com os membros da rede social, indicando, a partir das funções desempenhadas por estes, os fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento. As variáveis foram elencadas, especialmente, a partir das características das redes sociais apresentadas nos desenhos dos Ecomapas. O núcleo Contexto foi avaliado por meio de vinte e duas variáveis distribuídas nos níveis micro, meso, exo e macrosistema.

Dentre as famílias analisadas, verificou-se que as famílias C e F apresentaram maior número de variáveis classificadas (no total das variáveis) como fatores de proteção (dezenove), seguidas das famílias B (dezoito), G (dezessete) e E (dezesesseis). Por outro lado, a família com o maior número de variáveis classificadas como risco foi a família A (dez), seguida das famílias D e K (nove).

Considerando o número das variáveis distribuídas em cada um dos níveis, constata-se que o microssistema, o qual diz respeito ao meio imediato no qual se encontra a criança em desenvolvimento, apresentou maior número fatores de risco com relação aos demais níveis do núcleo Contexto, observando-os nas famílias A, D, I, J e K. Apenas as famílias B e C não tiveram risco nesse nível do núcleo Contexto. Dentre as variáveis do microssistema, a que mais se evidenciou como risco nas famílias foi a organização do ambiente, a qual foi classificada de alto risco nas famílias D e J, e médio risco em 7 famílias, o que indica uma dificuldade, na maioria delas, em oferecer à criança um ambiente cuja organização promova seu desenvolvimento.

O apoio institucional por parte das ULS, variável do microssistema, mostrou-se como um fator de risco em seis famílias, ao longo da pesquisa, o que significa que o tipo de interação que este serviço estabeleceu com as famílias não atende as necessidades destas com relação à saúde e ao desenvolvimento das crianças. Observa-se que as famílias A, D e J mostraram dificuldades de prover as crianças com materiais apropriados para o seu desenvolvimento, indicando fator de risco na variável provisão de materiais. Destaca-se que as primeiras interações no microssistema da criança (serviços do hospital e a interação com a mãe) apresentaram fatores de proteção de desenvolvimento nas onze famílias.

Em contrapartida, no mesossistema, que compreende as inter-relações entre a família e os demais ambientes, em suas dez variáveis, verificou-se a presença de maior número de fatores de proteção na família F (dez), nas famílias B, C, H (oito) e nas famílias E, G e I (sete). A família D foi a que menos indicou fatores de proteção para o desenvolvimento da criança em seu repertório no mesossistema, totalizando três variáveis. Dentre as variáveis que contemplam o mesossistema, a interação dos pais com os avós maternos/paternos, das mães com as mães de bebês internados e das mães com a equipe de saúde do hospital configuraram-se como fatores de proteção nas onze famílias pesquisadas.

A variável interação com a espiritualidade (apropriação das crenças e da fé em Deus) foi mencionada como um forte apoio pelas

famílias em diferentes momentos da pesquisa, caracterizando-se como fator de proteção em nove famílias. Observa-se que os pais mantinham interação forte com os amigos em seis famílias, indicando para fator de proteção, porém, essa variável mostrou-se como fator de risco nas famílias D e I, e sua ausência foi sinalizada nas famílias A, B e J. A interação do pai com a equipe do hospital mostrou a presença de fator de risco nas famílias D, G, J e K, uma vez que os pais não acompanharam com frequência a internação de seus filhos, sendo que, na família A, o pai esteve ausente.

Por outro lado, verificou-se a presença de fatores de proteção, nas duas variáveis analisadas no nível do exossistema, em 6 famílias e de fatores de risco nas famílias A, D, I, J e K, o que indicou a ocorrência de eventos que influenciavam no desenvolvimento da criança, embora ela não participe diretamente desse ambiente. O macrossistema, que de modo geral representa os modelos de organização da cultura que envolve os demais ambientes, nesta pesquisa, destaca a variável situação ocupacional da família. Esse nível do Contexto foi avaliado como fator de proteção para o desenvolvimento em nove famílias, ou seja, estas apresentavam uma condição de trabalho que assegurava a provisão de recursos no ambiente familiar. Contudo, as famílias A e D mostraram uma condição de risco no macrossistema.

O núcleo **Tempo**, que, no Modelo Bioecológico, diz respeito às mudanças ocorridas na pessoa e no ambiente ao longo do desenvolvimento, é constituído por 11 variáveis distribuídas nos níveis micro, meso e macrotempo, no presente estudo. Das famílias analisadas, as que apresentaram maior número de variáveis indicadas como fatores de proteção foram a família C (onze), seguida das famílias B, E, F e H, com dez variáveis cada. No entanto, as famílias que evidenciaram maior presença de fatores de risco no núcleo Tempo foram as famílias A, I e K, as quais apresentaram a presença de 4 a 7 variáveis indicando risco. Com relação ao número das variáveis distribuídas em cada um dos níveis, verifica-se que, no microtempo, a maioria das famílias indicou a presença de fatores de proteção. Apenas as famílias A, G e K indicaram para risco nessa variável, uma vez que se caracterizaram pela descontinuidade dos processos proximais ao longo do tempo.

O mesotempo, por sua vez, apresentou uma maior incidência de fatores de proteção em suas quatro variáveis em relação aos demais níveis do núcleo Tempo. Somente as famílias A e K classificaram-se com a presença de fator de risco nesse nível, o que sugere problemas com a periodicidade dos processos proximais nessas famílias. Já o macrotempo, que abarca as mudanças tanto sociais como

transgeracionais, se apresentou em suas três variáveis como risco para o desenvolvimento na maioria das famílias, de forma que apenas as famílias C, E e G indicaram fator de proteção nesse nível. Em contrapartida, nas famílias A e D, verificou-se a presença de risco nas três variáveis, a saber: dinâmica da família, condição especial de saúde e ocorrência de eventos vitais (dívidas, desemprego, problemas de saúde, entre outros). Dentre essas variáveis, os eventos vitais apontaram para fator de risco também nas famílias A, D, H, I, J e K, sendo que a variável condição especial de saúde foi verificada nas famílias A, B, D, F e K. De acordo com o modelo PPCT, infere-se que essas mudanças ocorridas nos processos proximais e no ambiente, ao longo do tempo, afetam o desenvolvimento da criança.

6 DISCUSSÃO

No início deste estudo, dois questionamentos foram formulados. O primeiro referia-se às características das redes sociais na promoção de saúde e desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo. O segundo pretendia identificar a presença dos fatores de risco e de proteção nessas redes, bem como nas crianças e no ambiente familiar destas, procurando saber se tais fatores promoveriam o desenvolvimento das crianças ao longo dos seus dois primeiros anos de vida. Para responder a esses questionamentos, a discussão será organizada com base no modelo teórico-metodológico utilizado neste estudo, o qual contempla os núcleos Pessoa, Processo, Contexto e Tempo. No entanto, essa organização cumpre apenas fins didáticos de apresentação, pois esses quatro componentes são dinâmicos e estão inter-relacionados no processo de desenvolvimento.

No núcleo **Pessoa**, os recursos da criança, representado pelas condições pré e perinatais, verificou-se a presença de fatores de risco no desenvolvimento na amostra total das crianças estudadas, uma vez que o perfil dos participantes apresentava, *a priori*, a prematuridade como condição de nascimento. O peso no nascimento variou de 715g a 1.490g, considerado extremo baixo peso e muito baixo peso. A estatura média dos recém-nascidos foi de 36,68cm, e a idade gestacional mostrou uma variação entre 26 e 32 semanas. As médias do apgar no 1º e no 5º minuto, respectivamente, foram 6,0 e 7,55. De acordo com Zomignani et al. (2009), as variáveis peso e idade gestacional ao nascimento desempenham papel relevante na maturidade de vários sistemas do recém-nascido pré-termo.

As crianças nessas condições de nascimento estão sujeitas a um número maior de morbidade no período neonatal, que, além de indicar o prognóstico do seu desenvolvimento, pode comprometer a interação com seus pais (Linhares et al., 2004). Quanto à morbidade, as crianças apresentaram em geral as seguintes intercorrências clínicas: hemorragia intracraniana, alterações respiratórias, infecções, asfixia, apnéia, anemia e distúrbio metabólico. O antecedente mórbido de maior incidência foi a cirurgia de hérnia inguinal, seguido de bronquite, otite e alergia à proteína do leite, o que levou algumas crianças a períodos de observação e outras à internação hospitalar ao longo dos dois primeiros anos de idade. O baixo peso ao nascer com histórias de intercorrências neonatais, para Resegue et al. (2008), são marcadores importantes para definir o acompanhamento do desenvolvimento dessas crianças.

Com relação ainda aos recursos pessoais, ao serem comparadas as médias dos resultados da avaliação dos indicadores de risco para o desenvolvimento, avaliados por meio do Teste de Denver-II, na 3ª e 4ª etapas, verificou-se a presença de risco para o desenvolvimento em 36,4% das crianças. Com 1 ano de idade corrigida, a área Pessoal-Social indicou maior presença de risco e, aos 2 anos de idade corrigida, as áreas de maior risco foram a Linguagem e Motora-Ampla. O resultado mostrou que não houve diferença significativa nessas duas etapas, indicando que o risco para problemas de desenvolvimento se manteve inalterado. Observa-se que as crianças que apresentaram risco na primeira aplicação do teste permaneceram nessa condição após um ano, o que indica que a sua manutenção poderá comprometer o desenvolvimento da criança.

O índice de risco do presente estudo foi próximo ao encontrado por Halpern et al. (2000), que verificaram a prevalência de suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de idade e seus possíveis determinantes, por meio do Teste de Denver-II. Das crianças analisadas, 34% apresentaram teste suspeito para atraso de desenvolvimento e, entre elas, estavam crianças nascidas com muito baixo peso e com idade gestacional menor que 37 semanas. Essas crianças pré-termo apresentaram uma chance 60% maior de teste suspeito de atraso de desenvolvimento neuropsicomotor.

No estudo longitudinal do desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo no primeiro ano de vida, Nobre et al. (2009) observaram a presença de risco relativo para problemas de desenvolvimento em 20% (5-7 meses) e 27% (10-14 meses) das crianças, índices menores do que os encontrados no presente estudo. Considerando que o Teste de Denver-II é um teste de triagem, deve-se ter cuidado ao interpretar seus resultados, de forma que se faz necessário a observação dessas crianças, bem como uma detalhada avaliação diagnóstica.

As variáveis da Pessoa, ao serem relacionadas entre si, mostraram que as meninas apresentaram melhor apgar no 1º e no 5º minuto, além de que as crianças com apgar maior no 5º minuto tiveram maior peso no nascimento e maior peso mínimo durante a internação. Essas crianças permaneceram menos tempo internadas e apresentaram menor peso na alta hospitalar, condição prevista, na maternidade pesquisada, para as crianças que respondem aos critérios de alta precoce, um dos aspectos da 3ª etapa do Método Canguru, ou seja, que apresentavam ganho de peso, estabilidade clínica e amamentação exclusiva ou complementar. As meninas têm maior idade gestacional, além de apresentarem maior

altura no nascimento e, dessa forma, permaneceram por menos tempo internadas.

Um estudo de Penalva e Schwartzman (2006), sobre o perfil clínico-nutricional e do seguimento ambulatorial de recém-nascidos pré-termo, apresentou correlações entre as variáveis da criança semelhantes ao presente estudo. Esses autores encontraram uma correlação positiva entre o peso do nascimento e a idade gestacional, o apgar no 1º minuto, o peso mínimo e uma condição motora normal na criança.

Os resultados das tarefas normais no Teste de Denver-II relacionaram-se positivamente com algumas das variáveis da criança, de forma que aquelas que apresentaram um número maior de tarefas normais tiveram maior peso e altura no nascimento, maior idade gestacional, número maior de apgar no 1º e no 5º minuto e maior peso mínimo na internação. O tempo de internação para essas crianças foi menor e elas apresentaram menor peso na alta. Na 4ª etapa da pesquisa, essa variável mostrou que as meninas tendem a apresentar um maior número de tarefas normais. Com relação a esse aspecto, o estudo de Fily et al. (2006) a respeito do desenvolvimento neuropsicomotor aos dois anos de idade, em crianças nascidas com menos de 33 semanas, mostrou que as meninas apresentaram menos problemas de desenvolvimento que os meninos.

Ainda no núcleo Pessoa, no que diz respeito às demandas da criança ao longo da pesquisa, o sono para a maioria delas era tranquilo, sendo que algumas acordavam uma vez durante a noite para se alimentar, permitindo aos pais momentos de descanso. O comportamento, por sua vez, em 7 crianças apresentou-se calmo e tranquilo, e 4 crianças apresentaram comportamento irritado, agressivo e choroso, segundo a percepção dos pais. Entre essas últimas, uma delas mantinha pouca exposição de contatos íntimos com os pais, em virtude da ocupação profissional destes, o que levou a mãe a deixar de amamentá-la; as demais apresentaram problemas de saúde e desenvolvimento, o que, conforme relato das mães, fazia com que permanecessem sempre em função dos cuidados com o filho, deixando-as cansadas e entediadas, embora contassem com o apoio da rede pessoal. Essa condição pode ter influenciado a interação da mãe com a criança, fato que justifica o médio risco nas variáveis processuais de responsividade emocional e envolvimento materno do Inventário Home. As demandas são atributos da pessoa capazes de requerer ou impedir reações no ambiente social, que irão propiciar ou dificultar o engajamento nos processos proximais, segundo Bronfenbrenner e Morris (1998).

Dentre as variáveis pertencentes ao núcleo **Processo**, responsável pelo desenvolvimento no Modelo Bioecológico, iniciar-se-á pela situação conjugal das famílias, que se mostrou ser formada por casamento e união consensual, ou seja, uniões estáveis, o que pode ser considerado um fator de proteção para o desenvolvimento da criança. Contudo, tal situação se constitui como proteção se a dinâmica relacional do casal e da família for caracterizada por harmonia e companheirismo. Essa condição foi observada em 63,6% das famílias, por meio do Genograma, e de acordo com Bronfenbrenner (1996), pode ser considerada como gerador de um ambiente propício para a ocorrência de processos proximais que levem ao desenvolvimento de competências. O estudo de Dessen e Braz (2005) demonstrou que casamentos nos quais os cônjuges estão ligados positivamente e se sentem satisfeitos, apresentam maior coerência entre si e com seus filhos, enquanto a discórdia marital está relacionada a estilos parentais pobres e desfavoráveis às crianças.

Nesse sentido, quatro famílias apresentaram problemas conjugais e familiares, ao longo do tempo, sendo as relações marcadas por conflitos e distanciamentos entre os cônjuges e/ou familiares. Tais relações atuam como um fator de risco para o desenvolvimento da criança, pois geram um ambiente ansiogênico para todos, condicionando as interações (Bronfenbrenner, 1996). Observou-se que os resultados das escalas do Inventário Home para responsividade emocional e verbal da mãe, em duas dessas famílias, indicaram para risco de desenvolvimento; a subescala envolvimento materno, em três famílias, apontou, também, para risco; e a subescala oportunidade para variar estímulos no ambiente indicou risco para desenvolvimento nessas 4 famílias. Esse resultado revela que as mães possuem dificuldades para se engajar em interações recíprocas, gerando, assim, processos desencadeadores de disfunção, podendo levar a diferentes impactos no desenvolvimento da criança (Bronfenbrenner, & Morris, 1998; Bronfenbrenner, & Evans, 2000). O Índice Psicossocial de Rutter vai ao encontro dos indicadores de risco encontrados nessas famílias, mostrando que três delas apresentaram risco severo ao desenvolvimento, e uma delas, risco moderado.

O tempo de relacionamento do casal indicou relações significativas com variáveis processuais e contextuais. O presente estudo mostrou que, quanto maior a idade dos pais, maior era o tempo de relacionamento do casal. Da mesma forma que, quanto maior a idade materna, melhor o resultado do Inventário Home na 3ª etapa e menor o número de eventos vitais relatados na 4ª etapa, ou seja, nas famílias

cujas mães têm maior idade, o estímulo ambiental é melhor, assim como enfrentam menos eventos adversos. Por fim, quanto maior a idade dos pais e o tempo de relacionamento do casal, menor o número total de eventos vitais relatados. Pode-se inferir que famílias com essas características parecem apresentar mais estabilidade e habilidades diante das dificuldades, podendo assim prevenir a ocorrência de menos eventos adversos. Essas variáveis relacionadas atuam na promoção do desenvolvimento das crianças, na medida que os processos proximais no ambiente imediato contribuem para a competência (Bronfenbrenner, & Morris; 1998).

Diante do alto risco para o desmame nessa população, observa-se que 72,7% das crianças se encontravam sob aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar, e destas, 50% continuavam sendo amamentadas ao longo dos dois anos de idade corrigida. Infere-se que esse resultado se dê pelo fato de as mães permanecerem alojadas no hospital acompanhando os bebês diuturnamente e serem estimuladas para a prática da amamentação, aspectos estes contemplados na metodologia Canguru. A taxa de aleitamento materno exclusivo na alta hospitalar, no presente estudo, foi significativa, se comparada às taxas encontradas em dois importantes centros de referência do Método Canguru no Brasil: o Instituto Materno Infantil de Pernambuco (88%) e o Hospital Geral de Itapeverica da Serra (85,7%) (Penalva, & Schwartzman, 2006).

As mães que amamentaram por mais tempo iniciaram mais cedo o pré-natal e realizaram mais consultas. Esse resultado mostra a preparação materna na gravidez e também o envolvimento materno com a criança, cujo resultado, medido pelo Inventário Home, nas crianças amamentadas até os dois anos de idade corrigida, indicou para baixo risco de desenvolvimento. Apesar de essa variável, neste estudo, não ter mostrado correlação com os resultados do Teste de Denver-II, observou-se que as crianças amamentadas por mais tempo apresentaram classificação normal no desenvolvimento com 1 e 2 anos de idade corrigida.

Halpern et al. (2000) mostraram em seu estudo que as crianças que nunca foram amamentadas tiveram uma chance 88% maior de apresentar um teste suspeito de atraso aos 12 meses, quando comparadas àquelas que mamaram por mais de seis meses. Nesse sentido, afirmam os autores que, quanto maior a duração do período de amamentação da criança, menor o risco de atraso do desenvolvimento, medido pelo Teste de Denver-II, que aumenta a chance, no futuro, de um melhor desenvolvimento cognitivo. Os recém-nascidos pré-termo e de baixo

peso são os que mais necessitam das vantagens nutricionais e imunológicas do leite materno, dada sua vulnerabilidade biológica (Ministério da Saúde, 2009a).

Ainda, no que concerne às variáveis processuais, o comportamento do pai com relação aos cuidados da criança, verificado por meio da Entrevista para Identificação de Riscos Biopsicossociais, foi de proximidade e de atenção, sendo mais intensas e contínuas após a alta hospitalar do bebê até seu primeiro ano de vida. Tal comportamento foi evidenciado na maioria das famílias de várias maneiras, como a preparação e ajuda no banho da criança, a troca de fraldas, a preparação e o oferecimento de alimentos, nos momentos em que a criança adormecia, entre outras situações.

Da mesma forma, o favorecimento de lazer à criança, que aumenta a possibilidade de trocas interativas com os pais, ocorreu na maioria das famílias. Apenas 3 famílias relataram ter dificuldades em promover lazer à criança, que permanecia, por sua vez, mais em casa em razão da condição financeira e das dificuldades de acesso à moradia. Contudo, as demais famílias se engajavam com as crianças em atividades como passeio ao parque, viagens, visita a familiares, passeio no bairro, idas à praia e ao shopping, festas comunitárias e de aniversários, passeio de bicicleta, enfim, atividades de lazer propiciadoras de estimulação e exploração da criança em desenvolvimento. O comportamento paterno nos cuidados da criança e o favorecimento de lazer possibilitam a ocorrência de processos progressivamente complexos e regulares, os quais permitem à criança o desenvolvimento de relações cada vez mais recíprocas e afetuosas, que, de acordo com Bronfenbrenner e Evans (2000), remetem a aquisição de conhecimentos, habilidades e capacidades para conduzir e direcionar o próprio comportamento.

Com relação ao núcleo **Contexto**, observou-se que a variável distal escolaridade da mãe se apresentou, em sua maioria, no nível médio, ou seja, as mães haviam cursado o ensino médio completo. O nível de escolaridade do pai, por sua vez, variou entre o fundamental incompleto e o médio completo. Especial atenção deve ser dada a essa variável quando relacionada com a prematuridade e o baixo peso ao nascer, pois ela pode influenciar o desenvolvimento da criança. De acordo com Carvalho et al. (2001), o nível de educação materna e as condições socioeconômicas da família contribuem para o desenvolvimento da criança nascida pré-termo. Quanto à escolaridade do pai, o estudo de Santa Maria-Mengel (2007) mostrou que, quanto

menor a escolaridade deste, mais crianças apresentaram risco no desenvolvimento, conforme mostra o Teste de Denver-II.

No presente estudo, as características macrossistêmicas, representadas pela situação ocupacional, mostraram que 54,5% das mães não trabalhavam fora do lar, e 18,2% tinham trabalho não qualificado (empregada doméstica) e qualificado manual (costureira e operadora de caixa). A ocupação profissional do pai indicou que 27,25% exerciam atividades nos níveis não qualificado (pedreiro, frentista, jardineiro) e qualificado manual (operador de produção, talhador de tecido e tintureiro de tecido), 18,2% tinham trabalho qualificado não manual (estagiário e policial militar) e nível intermediário (administrador), e apenas um pai encontrava-se desempregado. Observou-se o baixo nível de escolaridade e ocupacional em quatro famílias, o que remete para a presença de fatores de riscos no ambiente da criança. As variáveis macrossistêmicas (dificuldades socioeconômicas, de trabalho e renda), segundo Bronfenbrenner (1996), exercem influência sobre o desenvolvimento da criança, devido aos escassos recursos materiais no ambiente familiar e de qualificação dos pais.

A renda familiar dos pesquisados variou entre R\$ 550,00 e R\$ 2.500,00, ao longo da pesquisa, porém, observou-se que essa variável, em sete famílias, se manteve acima de R\$ 1.000,00. Verificou-se que, nas famílias com renda abaixo desse valor, se encontrava também a presença de baixo nível de escolaridade e ocupação profissional, caracterizando um risco cumulativo com indicadores de pobreza. De acordo com o autor supracitado, essas variáveis poderão influenciar as variáveis proximais no microsistema da criança, além do seu próprio desenvolvimento, devido à privação das necessidades básicas e da baixa estimulação ambiental.

A renda familiar, na 4ª etapa da pesquisa, associou-se positivamente com o número de tarefas normais do Teste de Denver-II, na 3ª etapa. De forma inversa, quanto mais tarefas com cuidado foram apresentadas, do referido teste, menor mostrou-se a renda familiar na 4ª etapa. Os resultados do estudo de Halpern et al. (2000; 2008) indicam que o peso ao nascer e a renda familiar estão fortemente associados com atrasos importantes no desenvolvimento de crianças aos 12 meses de idade. Os autores reforçam o conceito de efeito cumulativo de risco, ou seja, nessa população, a parcela mais desfavorecida acumula riscos que aumentam a prevalência de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor da criança. A concepção de que os riscos não costumam estar isolados ou independentes pode ser constatada em algumas famílias investigadas no presente estudo, que, além de apresentarem fatores educacionais,

econômicos e de desenvolvimento desfavoráveis, contavam com uma dinâmica familiar conflituosa, o que, segundo Sapienza e Pedromônico (2005), pode levar também a problemas de comportamento.

A relação do trabalho dos pais com a família, variável exossistêmica, mostrou em algumas famílias que o pai ou a mãe interagem pouco com a criança em virtude de a rotina do trabalho não permitir que permanecessem por muito tempo em casa, além da insatisfação com o trabalho e do desemprego constante. Em outras famílias, porém, os pais conseguiram ter uma relação com o trabalho que promovesse o bem-estar na família, de forma que tinham possibilidade de se organizar para estar com a criança quando esta estava acordada, durante as refeições e acompanhá-la nos serviços de saúde. As inter-relações que ocorrem entre dois ou mais ambientes influenciam o ambiente imediato no qual se encontra a pessoa em desenvolvimento (Bronfenbrenner, & Morris, 1998).

O ambiente familiar, analisado por meio do Inventário Home aplicado na 2^a, 3^a e 4^a etapas da pesquisa, abarcou os dados referentes aos aspectos processuais, que dizem respeito aos processos proximais pais-criança, os quais foram discutidos anteriormente, e aos aspectos contextuais, ligados às condições do ambiente no qual ocorre o desenvolvimento da criança. As médias dos resultados, quando comparadas, mostraram que houve diferença significativa entre os momentos avaliados, indicando que os escores melhoraram durante as aplicações, especialmente na subescala provisão de materiais apropriados, apontando para uma melhora importante na estimulação do ambiente familiar. O escore total do instrumento na 2^a etapa mostrou que nenhuma família havia apresentado classificação superior à 4^a parte, sendo que, na quarta etapa, essa classificação esteve presente em 7 famílias.

Inferese que os escassos recursos com os materiais no ambiente familiar ou a falta de planejamento na aquisição destes, conforme observado na primeira visita à residência das famílias, estejam relacionados com a imprevisibilidade do nascimento pré-termo da criança, transição não normativa no ciclo de vida das famílias. O final da gravidez é o tempo em que os pais e a família preparam o ambiente familiar para receber o bebê. O nascimento prematuro é, normalmente, um evento inesperado que coloca os pais numa situação de crise, necessitando estes de um tempo para se adaptar à nova situação. Ou seja, os pais precisam primeiro enfrentar ou superar o impacto emocional provocado por esse evento para aprenderem a investir emocionalmente nesse bebê e se relacionarem com ele (Stern, 1997).

Nesse sentido, as mães, em sua maioria, inicialmente, apresentaram-se mais responsivas emocionalmente em relação ao bebê, lhes oferecendo carinho, conforto e higiene, do que preocupadas com a provisão de brinquedos para estimulá-lo. Portanto, os dados da provisão de materiais não sugeriam, naquele momento e para esta amostra, fator de risco para o desenvolvimento. Mas, segundo Bronfenbrenner e Morris (1998), para que o desenvolvimento ocorra, espera-se que haja interações recíprocas entre a criança e as pessoas nos seus ambientes imediatos, por meio de processos progressivamente mais complexos. Observou-se que, de modo geral, as famílias ofereciam mais variedades de brinquedos para a criança ao longo do tempo, no entanto, aos dois anos de idade apresentaram médio risco de desenvolvimento para essa subescala.

Quanto à organização do ambiente, a maioria das crianças tinha um ambiente físico geral da casa limpo e organizado, o que caracteriza essa variável como fator de proteção para o desenvolvimento. No entanto, no caso das famílias que apresentavam dificuldades financeiras, a casa não tinha quarto exclusivo para a criança dormir e guardar seus pertences e o local apresentava-se desorganizado e com sinais de pouca higiene. Nessas famílias, identificaram-se riscos para o desenvolvimento presentes no ambiente e nas crianças.

Dessa forma, encontraram-se associações positivas desses indicadores com o desenvolvimento da criança, o que significa que, quanto maior a pontuação do Inventário Home na 3ª e 4ª etapas e no escore total do instrumento, maior foi o número de tarefas normais apresentadas no Teste de Denver-II. Em contrapartida, quanto menor a pontuação desses indicadores, mais tarefas com cuidado no Teste de Denver-II foram realizadas. Ou seja, as crianças nascidas pré-termo que se desenvolvem num ambiente com a presença de fatores de proteção, como responsividade, aceitação, organização e estimulação por parte dos seus cuidadores, tendem a superar os desafios desenvolvimentais (Linhares et al., 1999).

Apesar de a maioria das famílias indicarem nível médio e superior de estimulação ambiental na 3ª e 4ª etapas da pesquisa, os pais relataram a presença de fontes de estresse, por meio da Escala de Eventos Vitais. A referida escala que avaliou variáveis contextuais e temporais mostrou que não houve diferença significativa entre as duas aplicações, apesar de o resultado indicar que, na segunda aplicação, foram relatados menos eventos adversos. Verificou-se que as famílias vivenciaram de 2 a 8 eventos adversos na 3ª etapa e de 1 a 8 eventos na 4ª etapa.

A fonte estressora predominante nas famílias, nas duas aplicações do instrumento, concentra-se na área das dificuldades pessoais, na qual foram evidenciados os seguintes eventos: problemas de saúde, mudanças de hábitos pessoais e mudanças de atividades sociais e recreativas. Observou-se, durante as visitas, pelos relatos dos pais, que estes tiveram que realizar diversas mudanças em sua vida diária e reorganizar suas rotinas a partir do nascimento pré-termo do filho, como permanecerem mais em casa, lidar com o cansaço advindo dos cuidados com a criança, enfrentar os problemas de saúde decorridos da prematuridade, diminuindo o investimento nas atividades sociais e recreativas. Verificou-se que as crianças com maior risco no desenvolvimento tinham mais estresse familiar, como dívidas, perdas financeiras, além dos eventos já citados.

Os eventos adversos mostraram associação negativa com o número de cômodos na 2ª e 4ª etapas e com o Inventário Home na 3ª etapa. Os resultados sugerem que ocorrem mais eventos adversos em ambientes físicos com menos cômodos e com baixo nível de estimulação. Houve associação entre os eventos adversos relatados na 4ª etapa e a variável de desenvolvimento do núcleo Pessoa. Verificou-se que, quanto menos eventos adversos, mais tarefas normais foram realizadas na 3ª e 4ª etapas no Teste de Denver-II e, quanto mais eventos relatados, mais tarefas com cuidado foram realizadas. A exposição da criança às adversidades no seu microsistema, como dificuldades de adaptação dos pais, cansaço constante, dívidas, desemprego, baixo grau de estimulação ambiental, pode levar a problemas no desenvolvimento. Os trabalhos de Zamberlan e Biasoli-Alves (1997) e Halpern et al. (2000) mostraram a prevalência de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor em ambientes físicos e sociais restritos.

Os riscos psicossociais do índice de Rutter integram variáveis processuais, contextuais e temporais em seus itens e, no presente estudo, os riscos que mais predominaram nas famílias foram o baixo nível educacional dos pais, discutido anteriormente, e as dificuldades severas crônicas, variável que será abordada no nível Tempo. Seis famílias apresentaram índice de risco moderado, e três famílias, índice de risco severo. Verificou-se que, em duas das famílias de risco severo, as crianças apresentaram resultado de risco para desenvolvimento no Teste de Denver-II, no entanto, na terceira família, a criança mostrou desempenho normal além do nível superior encontrado no Inventário Home. Infere-se que, apesar do risco psicossocial severo nessa família, parece que, no ambiente proximal da criança, havia relações que propiciavam estimulação, além da presença da responsividade e

envolvimento materno. Da mesma forma, evidenciou-se a presença dessas variáveis processuais na maioria das famílias com índice de risco psicossocial moderado.

Os resultados obtidos no índice de risco de Rutter associaram-se negativamente com o escore do Inventário Home e com as tarefas normais realizadas do Teste de Denver-II, ambos na 3ª etapa. Tais resultados mostram que um ambiente familiar com baixo nível de estimulação apresenta mais riscos psicossociais, assim como crianças com melhor desempenho no desenvolvimento encontram-se em ambientes com menos riscos psicossociais e que, conseqüentemente, oferecem melhor estimulação para o desenvolvimento.

Pode-se observar que a amostra deste estudo apresenta fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento tanto psicossociais quanto das próprias crianças, os quais se encontram inter-relacionados, conforme os quatro componentes do Modelo Bioecológico. Assim, Bronfenbrenner (1996) ressalta a importância das conexões entre os múltiplos contextos do desenvolvimento, no sentido de que as relações ocorridas entre eles podem influenciar mais no desenvolvimento do que os próprios eventos que ocorrem em cada um deles.

A análise gráfica do Ecomapa mostrou a presença de fatores de risco e de proteção na rede social das famílias, dispostos nas variáveis contextuais e temporais. No que diz respeito ao contexto, a estrutura da rede da família nuclear, de modo geral, se configurou por membros da família ampliada (avós, tios, primos, tios-avós), amigos, vizinhos, trabalho dos pais, igreja e serviços de saúde. Observou-se, a partir das variáveis microssistêmicas do contexto materno, que a rede pessoal da mãe foi maior durante o nascimento e a internação da criança, comparada às demais etapas da pesquisa. Após a alta hospitalar, houve enfraquecimento da rede institucional na interação com a mãe, sendo que as crianças mantiveram interações variando de 1 a 4 serviços de saúde da comunidade. Nota-se que as famílias que apresentaram menor tamanho em sua rede social ao longo do tempo foram as que contavam com a presença de fatores de riscos psicossociais e de riscos para o desenvolvimento da criança. Para Sluzki (1997), as redes sociais de tamanho menores são menos efetivas em situações de sobrecarga de longa duração, como, por exemplo, os contextos que apresentam fatores de riscos conjugados.

As famílias que residiam no interior do Estado apresentaram distância geográfica de sua rede pessoal durante a internação hospitalar da criança. Após a alta hospitalar, duas mães relataram que, se pudessem, mudariam em sua rede a distância entre elas e sua família de

origem, pois se sentiam estressadas com a falta de seu apoio. Para Muller-Nix et al. (2004), oferecer apoio aos pais, nesse momento, pode moderar o efeito adverso dessa experiência estressante, além de beneficiar a interação pais-criança.

Houve dispersão também com o ambulatório de seguimento (rede institucional) nas famílias que residiam no interior, uma vez que o ambulatório ocorria em Florianópolis. No entanto, observou-se também distanciamento em uma das famílias deste município com o referido serviço em virtude de apresentar dificuldades financeiras para o devido deslocamento, dificuldade esta identificada no estudo de Frônio et al. (2009). Pode-se considerar o distanciamento geográfico entre os membros da rede como um fator de risco para o desenvolvimento, pois afeta a facilidade de acesso, o que interfere na eficácia e nas respostas às situações de crise que possam aparecer, segundo Sluzki (1997).

No mapeamento das redes, observou-se que, na maioria das famílias, a conexão entre os microssistemas mais presentes foi entre os pais e sua família de origem (avós e tios maternos e paternos) e as famílias de origem entre si. Esse resultado sugere um nível de densidade médio na rede social, que, segundo Sluzki (1997), favorece a efetividade do grupo na medida que permite a troca de impressões sobre a família nuclear e a identificação das suas necessidades. Contudo, a conexão que se manteve efetivamente ao longo do tempo foi entre a mãe e a avó materna, que desempenhou uma série de funções, situação esta observada nos estudos de Rapoport (2003) e Martins et al. (2008) durante a transição do nascimento e dos primeiros anos de vida da criança.

De forma inversa, a conexão entre a família e a rede institucional diminuiu ao longo da pesquisa. A observação participante, juntamente com análise gráfica do Ecomapa, permitiu identificar a ocorrência dessa variável entre os pais e a equipe de saúde, durante a internação do bebê na Unidade Neonatal. Deve-se considerar que a 1ª etapa desta pesquisa foi realizada na maternidade de um hospital cuja filosofia de assistência prevê o cuidado centrado na família e a prática da interdisciplinariedade. Nota-se, ainda, essa característica na maioria das famílias durante a primeira consulta ambulatorial, porém, na 3ª e 4ª etapas da pesquisa, observou-se, respectivamente, que apenas 4 e 2 famílias estabeleceram conexão com os serviços de saúde. De acordo com os pressupostos do Modelo Bioecológico, pode-se inferir que a promoção de saúde e desenvolvimento dessas crianças com fatores de riscos biológicos vai depender, além do engajamento da família e dos serviços de saúde,

sobretudo do tipo de interação estabelecida entre cada um desses microssistemas.

Verificou-se que o apoio emocional foi a função que predominou na rede social das famílias ao longo da pesquisa, o que denota a presença de fatores de proteção para o desenvolvimento. O pai foi referido pela mãe, na maioria das famílias, como a pessoa que mais ofereceu este tipo de apoio, seguido dos avós maternos e/ou paternos, e em algumas famílias, os tios maternos e paternos. Encontrou-se esse resultado no estudo de Oliveira (2007), que investigou a rede social de apoio e envolvimento de pais e avós no contexto de nascimento dos filhos. Para Bronfenbrenner (1996), o apoio da família nuclear ou ampliada se configura no microssistema, que apresenta elementos fundamentais para o desenvolvimento da criança.

Seguidas do apoio emocional, as funções de guia cognitivo, companhia social, ajuda prática e material foram as que predominaram na rede social das famílias. Oliveira (2007), em seu estudo, identificou a ajuda prática como o apoio mais oferecido depois do emocional na rede social das famílias. Com relação à companhia social, cabe destacar a importância atribuída pela mãe à convivência constante com as demais mães que acompanhavam seus filhos na Unidade Neonatal, estabelecendo uma relação em que cada uma se configurou em um microssistema para outra, uma vez que todas vivenciavam a mesma experiência naquele momento. Na 1ª etapa, essa função foi desempenhada também pelos membros da equipe de saúde, que, pelo fato de manterem contatos frequentes com os pais, facilitavam a estes a compreensão da evolução clínica da criança. No entanto, após a alta hospitalar, os avós passaram a cumprir mais essa função do que outros membros da rede social, pois a maioria das famílias residiam próximas de sua família de origem ou com ela.

Outra característica importante na rede social das famílias de crianças nascidas pré-termo foi a ajuda prática, considerando as mudanças ocorridas na estrutura e organização familiar e no enfrentamento dessa condição de nascimento. As mães destacaram como fundamental essa ajuda recebida da equipe de enfermagem da Unidade Neonatal, pelo fato de esta encorajá-las a se envolverem e cuidarem de um bebê tão diferente daquele idealizado durante a gravidez, além de oferecerem cuidados para a própria mãe. Pode-se considerar essa ajuda à mãe como um cuidado protetivo, uma rede maternal, como sugere Stern (1997), que a capacita a se ocupar de seu bebê, a fim de que, quando este receber alta para ir para casa, não lhe pareça um estranho, mas um “velho” conhecido. Esse apoio da rede

institucional constituiu-se em fator de proteção para o desenvolvimento, pois possibilitou o estabelecimento de processos proximais entre mãe e bebê num contexto não normativo do ciclo vital.

Segundo o relato das mães, o pai foi quem mais realizou ajuda prática, após a alta hospitalar da criança, seguido dos avós maternos e paternos. Ao pai coube, por exemplo, ajudar nos cuidados de higiene e alimentação da criança e nas tarefas domésticas. Piccinini et al. (2007) identificou a participação do pai nos cuidados diários dos filhos e, Rapoport (2003) verificou também que o pai estava entre os maiores provedores da mãe, além das avós no primeiro ano de vida da criança, no sentido de lhe oferecer apoio prático, emocional e de informações. Contudo, na 3ª e 4ª etapas da pesquisa, observou-se que a ajuda prática oferecida pelo pai foi diminuindo, embora o mesmo não tenha ocorrido com as avós maternas, que mantiveram esse tipo de apoio.

Infere-se que os pais desempenharam mais ajuda prática no período que antecede o primeiro ano de vida da criança, tendo em vista as suas condições de nascimento e as implicações destas no início de seu desenvolvimento, o qual requereria mais preocupação e atenção. Outro aspecto seria o interesse de amenizar o cansaço da mãe, que se estendia desde o nascimento e a internação hospitalar da criança. Bronfenbrenner (1996) destaca a importância da disponibilidade e do envolvimento de outras pessoas que possam apoiar a mãe, encorajando-a e expressando seu afeto, além de se envolverem com ela em atividades conjuntas. Assim, a existência de uma rede pessoal de apoio efetiva pode proteger as crianças indiretamente, por meio do apoio proporcionado à mãe, reforçando sua autoestima e aumentando sua segurança, o que colabora para a manutenção de processos proximais cada vez mais complexos com seu filho.

Tendo em vista que o nascimento pré-termo é um evento normalmente inesperado, surpreende a família com uma série de demandas a fim de se adaptar à nova situação. Daí decorre a ajuda material que se fez presente na rede social de algumas famílias por meio do fornecimento de dinheiro, de mobília para a casa, de fraldas, entre outras necessidades materiais. Os avós maternos e paternos foram os membros da rede que mais deram suporte material, seguidos dos tios maternos e paternos. Das famílias que residiam no interior do Estado, 4 afirmaram receber ajuda material da Secretaria Municipal de Saúde, a fim de acompanharem a criança no ambulatório de seguimento. As famílias que apresentaram risco psicossocial foram as que mais necessitaram de ajuda material, incluindo o fornecimento de cesta básica por entidades religiosas e assistenciais.

Os avós maternos e paternos, bem como os tios maternos e paternos, foram os membros da rede pessoal das famílias que mais apresentaram o tipo de interação forte com fluxo do apoio. Para os pais, os diversos apoios ofertados por esses membros foram importantes, na medida em que atendiam as necessidades da família de forma incondicional. Esses resultados vão ao encontro de diversos estudos que têm mostrado a importância e a influência da família ampliada na rede social de apoio das famílias brasileiras, durante a transição de nascimento de filhos e os cuidados destes nos primeiros anos de vida (Piccinini et al., 2007; Oliveira, 2007; Martins et al. 2008).

Verificou-se, na presente pesquisa, que a maioria das famílias apontaram a espiritualidade na sua rede social como uma fonte de ajuda tanto para o enfrentamento da situação imposta pela prematuridade, quanto pela crença que tinham na boa evolução da criança, especialmente durante a internação hospitalar. Esse apoio era oferecido, segundo os pais, por meio da fé e crença que eles tinham em Deus, das orações e leituras bíblicas, além das novenas realizadas pelos avós, familiares e amigos. Observou-se que, com essas práticas, os pais se mostravam tranquilos e confiantes, atitudes estas que fortaleciam o investimento na criança. Na rede pessoal da família, essa interação foi considerada como forte e com fluxo do apoio. De acordo com Aquino e Zago (2007), as práticas e crenças religiosas mudam o modo como as pessoas percebem o contexto da doença grave, produzindo alívio.

A função ajuda de serviços, que diz respeito à rede institucional de apoio, mostrou enfraquecimento ao longo do tempo. Devido a sua própria condição de nascimento, todas as crianças tiveram como seu primeiro microssistema, no processo de desenvolvimento, a Unidade Neonatal e os serviços da equipe de saúde, assim como todos iniciaram o acompanhamento ambulatorial. Essas interações foram relatadas pelos pais como sendo do tipo forte e com fluxo do apoio, na rede social de todas as famílias. Ou seja, os apoios ofertados à família nuclear, no ambiente hospitalar, foram reconhecidos como importantes e adequados tecnicamente, além de envolverem o compromisso dos membros.

Com 1 ano de idade corrigida, as crianças mantinham esse acompanhamento de forma bimensal ou trimensal e, aos 2 anos de idade corrigida, verificou-se que elas já não eram mais acompanhadas pelo ambulatório de seguimento (*follow-up*). Observou-se, contudo, que algumas crianças, a partir de 12 e 18 meses de idade, não estavam frequentando as consultas de seguimento, além de que a análise documental do prontuário mostrou a ocorrência de faltas nas consultas de várias crianças. Esses aspectos foram identificados no estudo de

Frônio et al. (2009) como um dos fatores para a evasão de crianças pré-termo em ambulatório de *follow-up*.

O Ministério da Saúde recomenda que o acompanhamento de crianças nascidas pré-termo e de baixo peso ocorra com retornos regulares até os dois anos de vida (Ministério da Saúde, 2009a). Sabe-se, no entanto, que raramente são identificados nesses primeiros anos os problemas de desenvolvimento que a criança pode vir a apresentar. Dessa forma, para Linhares et al. (2000), essas crianças devem ser acompanhadas, pelo menos, de 0 a 7 anos de idade, por se tratar de um período de importantes aquisições para o desenvolvimento. Ressalta-se que as consultas do ambulatório de seguimento eram realizadas somente por médicos residentes de pediatria sob a supervisão do pediatra neonatologista do serviço pesquisado.

Observou-se a inexistência de uma equipe multidisciplinar estruturada para atender as demandas da criança e da família no ambulatório de seguimento. No entanto, segundo Mello e Meio (2003), tal ambulatório deveria ser formado por uma equipe multidisciplinar, composta por fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, pediatras do desenvolvimento, neuropediatras, oftalmologistas, entre outros. O estudo de Meio et al. (2005) encontrou uma baixa estruturação nos ambulatórios de *follow-up*, em relação ao atendimento de crianças nascidas pré-termo, como problemas de acesso, composição da equipe de saúde, entre outros, conforme o encontrado no presente estudo.

As famílias foram orientadas durante a alta hospitalar para que, além do ambulatório de seguimento, as crianças fossem também acompanhadas pela Unidade Local de Saúde, por esta representar a referência nos cuidados básicos de atenção à saúde. Destaca-se que a maioria das ULS contava com a equipe do Programa Saúde da Família na unidade. Ao longo da pesquisa, a interação da maioria das famílias com a ULS foi para a realização de algumas vacinas e pesagem das crianças. Esse fato ocorreu em virtude do difícil acesso às unidades e pelos pais se sentirem inseguros diante da postura de alguns profissionais no que diz respeito ao crescimento e desenvolvimento da criança. Em relação a esse último aspecto, Figueiras et al. (2003), em sua pesquisa, mostraram que os profissionais responsáveis pela atenção primária à saúde apresentavam deficiências nos conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil.

Com o término do seguimento ambulatorial, observou-se que, aos 2 anos de idade corrigida, seis crianças tinham interação com a ULS para consulta médica ou somente para a realização de vacina e pesagem,

três utilizavam serviços da emergência pediátrica, por não terem acesso à ULS, e duas crianças mantinham interação com pediatra da rede privada. Ou seja, devido à falta de assistência regular e sistemática, os pais procuravam os serviços de saúde quando o problema com a criança estava estabelecido. Algumas crianças tiveram interação com serviços especializados da rede pública e privada, em virtude dos problemas de saúde e desenvolvimento apresentados, como baixo peso, déficit motor e de visão. No que se refere ao apoio institucional de saúde aos outros membros da família, 3 mães declararam manter interação com a ULS para elas próprias, apesar das dificuldades de acesso, e 2 mães com o hospital, em virtude de sua condição prévia de saúde. As outras mães relataram que não utilizavam os serviços da ULS. A maioria dos pais classificou o tipo de interação com a ULS como tênue, isto é, uma interação caracterizada por dificuldades e distanciamentos, configurando-se como um fator de risco para o desenvolvimento.

Outro aspecto importante a ser ressaltado é que alguns membros desempenharam mais de uma função de apoio na rede social e, segundo Sluzki (1997), são as relações familiares e de amizade que tendem a abarcar, concomitantemente, um número diverso de funções. A multidimensionalidade na rede social foi representada, durante a internação da criança, pelos profissionais de saúde que agregaram até quatro funções de apoio às famílias, caracterizando-se como fator de proteção, oferecendo apoio emocional, informações, ajuda prática e material. Os avós maternos e paternos mantiveram-se como os membros da rede mais estáveis e que abarcaram simultaneamente até seis funções de apoio, a partir da alta hospitalar da criança. Contudo, os serviços de saúde nesse período apresentaram esse atributo na rede social de três famílias em que as crianças apresentavam problemas de saúde e desenvolvimento. Sluzki (1997) correlaciona a saúde das pessoas com o estabelecimento de uma rede social estável, ativa e confiável, entendendo que a carência relativa de relações sociais seja considerada como um fator de risco.

A outra característica da rede social, que é responsável pela promoção e manutenção dos processos proximais entre os membros da família nuclear e os membros da rede entre si, é a reciprocidade. Nota-se a presença desse atributo especialmente entre a mãe e o bebê na maioria das famílias na 1ª etapa, pois à medida que a mãe reconhecia as necessidades do bebê, oferecendo-lhe cuidados afetivos e de conforto, percebia que este a reconhecia e se satisfazia nessa interação, dando sinais de reciprocidade, o que sustentava a atitude materna. Esse tipo de interação foi classificado pela mãe como forte e com fluxo do apoio. No

entanto, nas demais etapas, percebeu-se certo decréscimo nessa característica, sobretudo naquelas famílias que apresentaram o nível de médio risco nas subescalas responsividade materna e envolvimento emocional do Inventário Home.

A troca de apoio citada como a mais importante entre o pai e a mãe, ao longo da pesquisa, foi o apoio emocional, o que refletia as relações harmoniosas na dinâmica conjugal da maioria das famílias, identificada por meio do Genograma. Os pais indicaram como forte e com fluxo do apoio a interação entre eles. Na 4ª etapa, observou-se a reciprocidade entre os pais, no que se refere ao apoio emocional, em 7 famílias. De acordo com Bronfenbrenner e Morris (1998), para que os processos proximais sejam efetivos, além de sua ocorrência por períodos prolongados, regulares e mais complexos, é preciso que haja reciprocidade e apego entre os participantes. Dessa forma, ocorre o desenvolvimento das competências nas etapas do desenvolvimento humano atuando como fator de proteção e reduzindo os efeitos negativos do ambiente. Infere-se que a exposição da família a eventos adversos pode gerar uma situação de estresse que dificulte a manutenção do processos proximais entre os pais.

A história e a experiência prévia positiva entre a família nuclear e os membros da rede social permitiram a manutenção do apoio na maioria das famílias. A história de relacionamento de alguns membros da rede pessoal das famílias coincidia com o tempo de relacionamento do casal, o que configurava a estabilidade na rede social. Vislumbrou-se essa característica nas famílias que relataram compromisso na interação com membros entre os quais havia uma história prévia, apesar de não serem muito frequentes. De acordo com Sluzki (1997), essas variáveis são interdependentes entre si, ou seja, a estabilidade e a confiança na interação resultam de uma combinação de funções. Nota-se que a maioria das famílias apresentava vínculo prévio com a ULS em virtude das consultas da mãe no pré-natal.

Após o nascimento pré-termo da criança e sua alta hospitalar, as famílias não estabeleceram novos contatos em sua rede pessoal, mantendo conexão apenas com aqueles com os quais já tinham uma história prévia. Observou-se que, na 3ª e 4ª etapas, algumas famílias começaram a ter acesso a novos contatos, especialmente com amigos que passaram a fazer parte da rede social. Devido à condição de saúde e desenvolvimento das crianças os novos contatos incluídos na rede das famílias, ao longo do tempo, foram especialmente os serviços de saúde. Dessa forma, o contato com a rede institucional permeou o dia a dia das

famílias nos dois primeiros anos de vida da criança, especialmente naquelas que apresentaram risco de desenvolvimento.

Quando foi perguntado aos pais a respeito do desejo de realizar mudanças em sua rede social e quais seriam essas mudanças, observou-se que havia um desejo maior por mudanças na rede institucional. Entretanto com relação à rede pessoal, a maioria das famílias mostrou-se satisfeitas com os apoios recebidos durante a internação do bebê e após sua alta hospitalar, pois permitiu que elas acompanhassem a criança e se adaptassem às suas demandas no ambiente domiciliar. As famílias que apresentaram padrão relacional conflituoso, porém, manifestaram desejo de que essas relações se modificassem, a fim de melhorar o ambiente familiar.

Com 1 ano de idade corrigida da criança, um número maior de famílias almejavam por mudanças na rede pessoal que envolvia aspectos contextuais, como a condição financeira e uma atividade ocupacional para o pai, e variáveis processuais que se referiam às necessidades da mãe de estabelecer contato com sua família de origem e do pai, em outra família, em permanecer mais tempo com o filho. Como nas primeiras etapas da pesquisa, na 4ª etapa, a rede pessoal se manteve estável, satisfazendo as necessidades das crianças e das famílias, exceto uma família com risco psicossocial severo, que desejava uma ocupação profissional para o pai.

Verificou-se que, após a alta hospitalar da criança, as famílias sentiram um forte impacto quanto à escassez de apoio técnico de saúde encontrado fora do ambiente hospitalar. Infere-se que os pais de crianças nascidas pré-termo se sentem mais inseguros ao irem para casa com a criança, por não terem mais o apoio incondicional e constante da equipe de saúde do hospital, apenas a consulta mensal no ambulatório de seguimento. Apesar de terem sido estimulados e participado dos cuidados da criança durante a internação hospitalar, os pais levam para casa uma criança que necessita de cuidados especiais e com poucos recursos de interação, conforme ressalta Linhares et al. (1999). Nesse sentido, é fundamental que a criança e sua família sejam acolhidas em um microsistema de referência que atenda às suas demandas básicas de saúde.

Com relação à rede institucional, os pais que residiam no interior relataram preferir que as crianças fossem acompanhadas em seus municípios do que no ambulatório de seguimento em Florianópolis, em virtude dos transtornos gerados com o deslocamento. De modo geral, os pais relataram que mudariam a estrutura de funcionamento da Unidade Local de Saúde. Estes se queixavam quanto à inexistência de pediatria

nas unidades e, ao mesmo tempo, da troca constante de profissionais, o que impedia a formação de um vínculo com a família. Além disso, os pais relataram que se sentiam confusos com as orientações recebidas, o que dava a impressão, segundo eles, de que os profissionais não conheciam as necessidades de uma criança nascida pré-termo. A maioria relatou que deveria ser modificada, também, a forma de acesso à unidade, pois raramente se conseguia agendar consulta para a criança e, quando se conseguia, estas não eram asseguradas.

Outro aspecto referido pelos pais diz respeito aos encaminhamentos para exames, às consultas com especialistas e à cirurgia realizados pela ULS, uma vez que ocorria demora de até seis meses para a realização de exames e consultas, por exemplo. Nesse sentido, alguns pais acreditavam que, procurando a emergência pediátrica, agilizariam o fluxo de atendimento das necessidades de saúde da criança. Ressalta-se que esses aspectos foram apontados tanto pelas famílias que residiam em Florianópolis quanto pelas que residiam no interior do Estado condição que se configurou como fator de risco para o desenvolvimento das crianças. As deficiências de conhecimento acerca do desenvolvimento infantil, bem como a precária realização da vigilância do desenvolvimento por parte dos profissionais de saúde da atenção primária, foram também aspectos encontrados no estudo de Figueiras et al. (2003).

O Modelo Bioecológico abrange as continuidades e mudanças que ocorrem nas características biopsicológicas da pessoa em desenvolvimento, nos processos proximais, nos ambientes, ao longo do tempo. Assim, no núcleo **Tempo**, observou-se que as variáveis que tratam das interações face a face entre os pais e a criança indicaram, na maioria das famílias, fatores de proteção, uma vez que não houve descontinuidade dos processos proximais. Da mesma forma, o nível do mesotempo mostrou que havia frequência regular de interações, ou seja, a criança tinha uma rotina que raramente não era cumprida. Nesse sentido, conforme desenhos do Ecomapa, esse tipo de interação foi caracterizada como forte e com fluxo de apoio o que indica compromisso incondicional na interação.

Constatou-se durante a visita que, aos 2 anos de idade corrigida da criança, as mães que permaneciam em casa estavam se mobilizando à procura de uma atividade ocupacional. Infere-se que as mães de crianças nascidas pré-termo, quando possível, procuram acompanhar com frequência a fase inicial do desenvolvimento e crescimento dos filhos, em virtude da sua condição de nascimento. Aos 2 anos de idade da criança, porém, estas começam a vislumbrar outros arranjos na rede com

relação aos cuidados da criança, como as avós, a creche ou a babá, que permitam o seu envolvimento com o trabalho fora de casa.

Considerando que os processos proximais promovem o desenvolvimento da competência ou da disfunção conforme a exposição dos contatos, verificou-se a presença de risco em três famílias quanto à frequência e à interrupção dos processos proximais, o que pode gerar disfunção. Para Bronfenbrenner (1996), a frequência irregular das interações diminui a importância dos processos proximais, prejudicando o estabelecimento de uma rotina e gerando certa instabilidade no ambiente, o que pode desencadear disfunção e, conseqüentemente, o impacto no desenvolvimento.

No macrotempo, a dinâmica da família observada na 1ª etapa da pesquisa por meio do Genograma mostrou um padrão relacional que não se modificou ao longo do tempo. Aos 2 anos de idade da criança, a maioria das famílias apresentou relação harmônica entre o casal e entre as famílias de origem, da mesma forma que aquelas famílias com padrão conflituoso entre o casal ou entre os familiares se mantiveram nessa condição.

A condição especial de saúde é uma variável à qual a criança está exposta devido ao estresse diário da doença e suas implicações, podendo interferir diretamente no seu desenvolvimento. Observou-se que cinco famílias apresentavam essa condição. No entanto, naquelas que apresentaram o nível de densidade médio na rede pessoal de apoio, ou seja, em que havia conexão entre os microssistemas, conforme sugere Sluzki (1997), as crianças apresentaram classificação normal no Teste de Denver-II e menos problemas de saúde. Pode-se inferir que uma rede social na qual os membros se inter-relacionam e que atende as demandas da doença na família tende a minimizar o impacto na saúde e no desenvolvimento da criança.

De acordo com Rutter (1987) e Lewis (1988), a presença tanto de doenças físicas como mentais configura-se como fator de risco para o desenvolvimento da criança. As deficiências, segundo Bronfenbrenner e Morris (1998), constituem-se como fator de risco tanto quando presentes nos atributos pessoais da criança, quanto em seus pais, pois estas obstaculizam as possibilidades de ocorrência dos processos proximais. Além da condição de saúde, os eventos adversos ocorridos no último ano, na 3ª e 4ª etapas, foram sentidos como estressores nas famílias, especialmente os relacionados aos problemas de saúde e financeiros, configurando-se em fator de risco. Nota-se que as três variáveis do macrotempo indicaram risco em duas famílias, as quais apresentaram risco severo no índice de Rutter e no desenvolvimento da criança.

Diante do exposto, ressalta-se que o desenvolvimento da criança com risco *a priori* envolve uma complexidade de fatores que estão inter-relacionados. Nesse sentido, faz-se necessária a identificação das seguintes dimensões, proposta por Lewis et al. (1988) e corroborada por Bronfenbrenner (1996), a fim de promover saúde e desenvolvimento: a presença de fatores de risco e de proteção no núcleo Pessoa (biológicos, temperamento, sintomatologia e competência); no núcleo Processo (história parental e dinâmica familiar), e nos núcleos Contexto e Tempo (interação pais-criança, condição socioeconômica da família, rede social pessoal e institucional de apoio, contexto cultural etc.).

7 CONCLUSÕES

Este estudo verificou a influência das redes sociais no contexto da prematuridade buscando identificar os fatores de risco e de proteção que contribuem para o desenvolvimento da criança ao longo dos seus dois primeiros anos de idade. Identificaram-se, também, a presença destes fatores nas crianças e no ambiente familiar. A caracterização das configurações familiares e da rede social ao longo do tempo destacou os recursos disponíveis da família de crianças nascidas pré-termo. Ressaltaram-se as influências das configurações familiares e das características da rede social sobre o desenvolvimento da criança.

Assim, identificou-se a presença de riscos pré e perinatais e antecedentes mórbidos nos recursos pessoais, incluindo as crianças com indicadores de risco de desenvolvimento medidos pelo Teste de Denver-II. As demandas, no entanto, relacionadas ao sono e comportamento foram promotoras de desenvolvimento na maioria das famílias, favorecendo a ocorrência dos processos proximais. As famílias com harmonia e aliança em sua dinâmica relacional enfrentaram menos eventos adversos no último ano, apresentaram estabilidade socioeconômica e estimulação no ambiente familiar, segundo classificação do Inventário Home, e o risco psicossocial mostrou-se de baixo a moderado, conforme Índice de Rutter. Ou seja, responsividade emocional, envolvimento materno e organização são aspectos protetores do ambiente familiar. Esses resultados em conjunto caracterizaram a presença de fatores de proteção de desenvolvimento das crianças, condição esta observada por meio do Teste de Denver-II.

Verificou-se, no presente estudo, a presença de riscos associados que aumentam a chance de afetar o desenvolvimento das crianças nascidas pré-termo. Famílias com padrão relacional conflituoso e com distanciamento apresentaram riscos nos núcleos Processo e Contexto, os quais indicaram ambientes com baixa responsividade e envolvimento emocional, além das dificuldades de organização do espaço familiar. Essas famílias vivenciaram um número maior de eventos adversos, registrados no último ano, apresentaram índice de risco psicossocial severo e moderado e, na maioria destas famílias um dos cônjuges tinha baixo nível ocupacional e de escolaridade.

Constatou-se, ainda, a presença de fatores de proteção no núcleo processual na maioria das famílias, no que diz respeito à amamentação, o favorecimento de lazer e o comportamento do pai nos cuidados da criança. Todas as crianças foram amamentadas durante o período de

internação, sendo que na alta hospitalar a maioria estava sob aleitamento materno exclusivo. O pai, por sua vez, efetivou práticas nos cuidados diários da criança, além de favorecer, junto à mãe atividades de lazer. Esses aspectos do microssistema possibilitam a ocorrência de processos cada vez mais complexos e regulares entre os pais e a criança. As mães, dessa amostra, apresentaram-se mais responsivas e preocupadas com a saúde da criança do que com a provisão de brinquedos para estimulá-la, após a alta hospitalar. Essa condição, naquele momento, configurou-se como fator de proteção, apesar de a subescala provisão de materiais do Inventário Home ter indicado escore de alto risco.

Os principais fatores de proteção presentes na rede social pessoal das famílias foram: tamanho médio, no que diz respeito ao número de membros na rede; ausência de dispersão entre os membros; conexão entre os microssistemas ao longo do tempo; reciprocidade de apoio entre mãe e criança, entre os pais e entre a mãe e a avó materna; interação forte com as mães dos bebês internados; história e experiência prévia positiva entre a família nuclear e os membros da rede; multidimensionalidade, isto é, membros que desempenharam mais de uma função de apoio, e presença de interações forte e com fluxo. Com relação à rede social institucional, as funções desempenhadas pelos profissionais de saúde durante a internação hospitalar da criança foram promotoras de desenvolvimento, na medida que atenderam as demandas pessoais e processuais da criança e da família num momento considerado de crise. Todos esses fatores contribuíram para o desenvolvimento e a manutenção de processos proximais no microssistema da criança e dos pais, facilitando a reorganização e adaptação da família durante o período de transição não normativa do ciclo vital.

Dentre as funções desempenhadas pelos membros, o apoio emocional foi a função predominante na rede social, do nascimento aos dois anos de idade da criança. Essa função se concretizou por meio de estímulo, da demonstração de afeto e boa vontade dos membros da rede. O pai foi quem mais desempenhou essa função, seguido dos avós maternos e/ou paternos. Identificou-se, também, que as funções de guia cognitivo, companhia social, ajuda prática e material predominaram na rede social das famílias. Pode-se inferir que essas funções foram predominantes na rede social, em virtude da imprevisibilidade do nascimento pré-termo da criança e dos escassos recursos pessoais e materiais disponibilizados pela família, naquele momento. Dessa forma, os pais puderam contar com informações e orientações, conviver com outras pessoas, receber ajuda nos cuidados da criança e na organização

das tarefas domésticas, além de apoio para prover as necessidades de alimentação, higiene, transporte e moradia. Essas funções apresentam características processuais e contextuais no sistema ecológico da família e são promotoras de desenvolvimento.

Constatou-se, neste estudo, que os avós maternos e paternos foram, para a família nuclear, a rede de apoio mais estável, ativa e confiável, ao longo do tempo, na medida em que atendiam as necessidades da família de forma incondicional. Estes desempenhavam simultaneamente até seis funções, como: apoio emocional, conselhos, ajuda prática, material e espiritual, e de companhia social. Esse aspecto da rede social indicou para a presença de fatores de proteção, devido à importância e à influência da família ampliada na aquisição de modelos de papéis e na proteção da relação entre pais e bebê, especialmente se o relacionamento entre as famílias era harmonioso. Ressalta-se, ainda, a presença da ajuda espiritual na rede social das famílias, considerada como um forte apoio promotor de confiança e bem-estar, por meio da fé e práticas religiosas.

Os fatores de risco presentes na rede social pessoal das famílias foram: rede composta por poucos membros, distanciamento geográfico entre os membros, falta de conexão entre os microssistemas; ausência de reciprocidade; presença de poucas funções; presença de interações tênues e conflituosas. As famílias com menor tamanho em sua rede social foram as que apresentaram fatores de risco conjugados nos quatro núcleos do Modelo Bioecológico.

Identificou-se a presença de fatores de risco para o desenvolvimento na rede institucional, primeiramente, no ambulatório de seguimento devido a sua estrutura, que abarca um período de acompanhamento às crianças até os dois anos de idade e não dispõe da atuação efetiva de uma equipe multidisciplinar. Em segundo lugar identificou-se a presença de fatores de risco nos serviços oferecidos pela Unidade Local de Saúde, que apresentou interação tênue com as famílias, ou seja, marcada por dificuldades e distanciamentos. As dificuldades apresentadas por esse microssistema, segundo os pais foram: acesso e agendamento às consultas para as crianças e familiares, deficiências de conhecimento sobre o desenvolvimento infantil por parte de alguns profissionais, inexistência do pediatra e trocas constantes de profissionais na unidade, demora nos encaminhamentos para a realização de exames, consultas com especialistas e realização de cirurgias.

Após o término do seguimento ambulatorial, aos 2 anos de idade, as crianças ficaram sem o acompanhamento sistemático de sua saúde e

desenvolvimento, realizando, na maioria das vezes, apenas a pesagem e o esquema de vacinação na ULS. Tendo em vista as condições de funcionamento dessa unidade de saúde, cabia às famílias aguardarem vaga para atendimento nos serviços públicos especializados, ou procurarem atendimento nos serviços de emergência e/ou nos serviços de saúde da rede privada. Diante do exposto, as famílias sinalizaram o desejo por mudanças, especialmente na rede social institucional. As que residiam no interior do Estado preferiam que o seguimento ambulatorial fosse realizado em seu município, em virtude dos transtornos com o deslocamento. Por outro lado, a maioria das famílias desejou por mudanças que solucionassem os problemas na ULS, citados acima, uma vez que entendiam que a criança tinha o direito de receber acompanhamento adequado para proteger sua saúde e promover seu desenvolvimento.

Constatou-se, ainda, a presença de fatores de proteção no núcleo temporal na maioria das famílias, no micro e no mesotempo. Nesses dois níveis, identificou-se o estabelecimento de frequência de interações entre a criança e seus pais, não havendo interrupção destas, o que promove a manutenção dos processos proximais, produzindo competência. Observou-se essa condição quando a relação do trabalho dos pais com a família (aspecto do exossistema) promovia o seu bem-estar e a interação com a criança. Esse efeito processual se traduz na aquisição de habilidades e conhecimentos da criança capazes de conduzir o comportamento por diversos domínios do desenvolvimento. No macrotempo, além da presença da condição especial de saúde, foram relatados eventos adversos nas famílias considerados como estressores, ligados a problemas de saúde e à condição financeira. A exposição da criança a um microsistema caracterizado por adversidades, ao longo do tempo configurou-se em fator de risco, pois obstaculiza a ocorrência dos processos proximais, podendo gerar problemas no desenvolvimento.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente, destacam-se as considerações acerca da metodologia empregada neste estudo que contemplou uma abordagem multimetodológica, pois além da análise qualitativa se utilizou também de instrumentos que requereram análises quantitativas. A combinação dessas duas abordagens permitiu compreender a complexidade do fenômeno estudado. O Teste de Denver-II, utilizado para avaliar o desenvolvimento das crianças, foi eficiente na classificação dos atributos pessoais em consonância com os instrumentos utilizados para avaliação do ambiente.

Com relação ao Inventário Home, pode-se afirmar que de maneira geral seu uso para avaliar o ambiente familiar é confiável, pois há pesquisas que correlacionam o ambiente familiar e desenvolvimento humano, avaliando com o Inventário Home os aspectos da qualidade e quantidade de estimulação ambiental (Zamberlan, & Biasoli-Alves, 1997; Wendt, 2006; Santa Maria-Mengel, 2007). No entanto, são desconhecidos os estudos que avaliam o ambiente familiar utilizando esse instrumento no contexto da prematuridade. No presente estudo, o referido instrumento mostrou-se sensível na avaliação do ambiente familiar, embora tenha apresentado inadequações para a utilização com famílias de crianças nascidas pré-termo nas subescalas provisão de materiais e oportunidades para variar estímulos no cotidiano.

Os itens que compõem a subescala provisão de materiais incluem brinquedos os quais a criança não utiliza nas fases iniciais de seu desenvolvimento, como, por exemplo, móveis e cadeiras, brinquedos de literatura, carro de criança, patinete ou triciclo. Além de que, em virtude da condição da prematuridade das crianças, as mães buscaram ser mais responsivas emocionalmente, conforme discutido anteriormente. Assim, todas as famílias apresentaram alto risco nessa subescala na 1ª etapa da pesquisa, quando poderiam ser consideradas médio risco, da mesma forma que aquelas que apresentaram médio risco na 3ª e 4ª etapas, poderiam ser consideradas como baixo risco. Igualmente, quanto à subescala oportunidades para variar estímulos, que, dentre os cinco itens que a compõem, apresenta os que se referem a criança possuir três ou mais livros e o comportamento da mãe em ler histórias três vezes por semana, faz-se a mesma consideração, sendo que na 1ª etapa as famílias classificadas em médio risco, poderiam ser consideradas baixo risco.

A utilização do Genograma e do Ecomapa mostrou-se adequada em estudos que privilegiam a estrutura das famílias e as interações da família entre si e as instituições, complementando os dados obtidos nos demais instrumentos. Ressalta-se a importância da construção desses diagramas junto com os informantes, pois permite a estes a visualização do desenho com os símbolos que indicam o padrão relacional e interacional da família nuclear, podendo fazer possíveis correções e incrementar as informações. Para a construção dos Ecomapas contou-se com a presença dos cônjuges na maioria das famílias e com a participação eventual dos avós maternos e paternos. Destaca-se a importância da presença dos cônjuges na confecção do diagrama a fim de que a análise dos dados seja realizada sob a ótica do casal. O ato de nomear a rede social e materializá-la por meio de um diagrama permite identificar com quem a família pode contar, o que deve ser ativado, desativado ou modificado na rede.

Ainda com relação ao Genograma e ao Ecomapa, sugere-se que estes possam ser adotados pela equipe de saúde que acompanha a criança e a família. Sugere-se, também, que as informações sejam coletadas em vários momentos do desenvolvimento, a fim de apreender as modificações sofridas na família ao longo do tempo. A partir do conhecimento sistêmico da rede social, por exemplo, decorrem as possibilidades de intervenção dos profissionais com o objetivo de mobilizar esforços que diminuam os riscos e promovam o desenvolvimento. Portanto, conhecer a estrutura das famílias, como seus membros se organizam e interagem entre si e com a comunidade, especialmente em situações de crise, é fundamental para o planejamento das ações que visam ao cuidado à saúde da criança e do grupo familiar.

A utilização dos referidos instrumentos por meio do método de incursão ecológica permitiu à pesquisadora obter a proximidade necessária à coleta de dados, realizada em profundidade, ao longo do tempo, sobre temas que revelaram a intimidade e segredos das famílias participantes. O referido método possibilitou a ocorrência de processos proximais geradores de engajamento recíproco entre pesquisadora e participantes, bem como o desenvolvimento de uma escuta empática, da qual se obtiveram os dados para a pesquisa, como também reflexões e encaminhamentos geradores de competências.

A realização deste estudo, em virtude de seu delineamento, despendeu muita energia e um alto custo material, econômico e humano mas também trouxe muitas gratificações, especialmente com relação às famílias participantes, que se mostraram extremamente receptivas e acolhedoras em seu ambiente familiar, o que permite dizer,

parafrazeando Andrada (2007, p. 112), que todos foram “sujeitos solidários”. Algumas dificuldades foram impostas durante a realização da pesquisa, como a falta de recursos financeiros e a distribuição geográfica dos participantes. O distanciamento de seis famílias levou a pesquisadora a se locomover, ao longo do tempo, para diferentes municípios do interior do Estado de Santa Catarina.

O presente estudo apresentou limitações, como por exemplo, o tamanho da amostra, que pode ser considerada pequena para uma avaliação mais acurada dos dados quantitativos. Outra limitação foi a falta de validação e padronização de medidas de desenvolvimento e do ambiente para a população brasileira, como o Teste de Denver-II e o Inventário Home. Verifica-se, portanto, a necessidade de estudos que visem à adequação e validação de instrumentos de triagem de risco, ou seja, que confirmem se suas propriedades são adequadas para os parâmetros locais. Da mesma forma, são necessários estudos que validem instrumentos de avaliação e observação do ambiente da criança, considerando a diversidade cultural da população brasileira.

O modelo de pesquisa proposto neste estudo, baseado no Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner, 1996; 2005), torna a tese relevante em virtude de ser um dos poucos trabalhos no Brasil que contempla a questão da prematuridade e porque estimula a elaboração de metodologias sistêmicas de pesquisa sobre o desenvolvimento-no-contexto (Wendt, 2006; Santa Maria-Mengel, 2007; Andrada, 2007). Considerando que seu planejamento contemplou investigações direcionadas as características da *pessoa*, do *contexto* no qual estão inseridas, do *tempo* em que estão vivendo e dos *processos proximais* ocorridos entre elas, o mesmo apresentou “validade ecológica” (Ceconello, & Koller, 2003).

Nesse sentido, o presente estudo vai ao encontro do desafio científico lançado por Bronfenbrenner e apontado por Ceconello e Koller (2003), que diz respeito ao desenvolvimento de pesquisas que investiguem os efeitos dos problemas e situações adversas vivenciadas pelas famílias e sociedades (pobreza, desemprego, doença crônica, prematuridade) que interferem no desenvolvimento e manutenção dos processos proximais. Outro desafio apontado pelos autores supracitados é identificar fatores que possam reduzir os danos desses problemas, o que torna os achados nessas pesquisas – incluindo a presente – importantes não só para a ciência, mas para o planejamento das políticas públicas.

Com base nos resultados sobre os riscos identificados na rede institucional das famílias e considerando que o período do nascimento

até o ingresso no ensino fundamental é marcado por uma série de aquisições no desenvolvimento, recomenda-se a implementação do ambulatório de seguimento no hospital pesquisado, que inclua a avaliação e o acompanhamento multidisciplinar da criança e do seu contexto de desenvolvimento. Da mesma forma, sugere-se a implantação de um programa de referência no serviço de atenção básica, com equipe treinada e capacitada em vigilância do desenvolvimento para acompanhamento das crianças e famílias, com acesso irrestrito às crianças nascidas pré-termo.

Considera-se que esta pesquisa foi pertinente, relevante e enriquecedora para o estudo das redes sociais no contexto da prematuridade. Os resultados mostraram a importância de estudos que visam investigar o microssistema e mesossistema das crianças nascidas pré-termo e de suas famílias, especialmente as conexões existentes entre estes, considerando que estas conexões favorecem a efetividade da rede. Este estudo ressaltou a importância dos contextos de desenvolvimento como elementos centrais para a compreensão dos desafios desenvolvimentais da criança nascida pré-termo. Sugerem-se, portanto, como futuras pesquisas, a investigação dos microssistemas institucionais que operam no desenvolvimento da criança, ou seja, os serviços de saúde, além dos aspectos do macrossistema voltados às políticas que planejam as ações de saúde na área da criança e intervenções que ofereçam suporte à família.

Finalmente, constata-se a importância deste estudo para o ensino e a assistência. Vislumbra-se seu desdobramento para prática na formação de profissionais com competências para o cuidado desenvolvimental de crianças pré-termos e suas famílias, seja em nível de atenção primária (ULS) ou terciária, como o exemplo da equipe de saúde que atua na Unidade Neonatal do serviço pesquisado.

9 REFERÊNCIAS

- Als, H. (1982). Toward synactive theory of development: promise for the assessment and support of infant individuality. *Infant Mental Health Journal*, 3(4), 229-243.
- Als, H. (2009). Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP): New frontier for neonatal and perinatal medicine. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine* 2, 135-147.
- Andrada, E. G. C. (2007). O treinamento de suporte parental (TSP) como fator de promoção do suporte parental e do desempenho escolar de crianças na primeira série. *Tese de Doutorado*. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Andrade, G. R. B. & Vaitsman, J. (2002) Apoio social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência, Saúde coletiva*, 7 (4), 925-934.
- Andreani, G., Crepaldi, M. A., & Custódio, Z. A. O. (2006). Tecendo as redes de apoio na prematuridade. *Revista Aletheia*, 24, 115-126.
- Aquino, V. V. & Zago, M. M. F. (2007). O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. *Revista Latino-am Enfermagem*, 15 (1) disponível em <http://www.eerp.usp.br/rlae>, acesso em: 25 fev. 2010.
- Araújo, D. M. R., Pereira, N. L. & Kac, G. (2007). Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. *Caderno de Saúde Pública*, 23, (4), 747-756.
- Barbosa, G. A. (1993). El cuestionario Home y los factores psicosociales em estimulación precoz. *Neurobiologia*, 56 (2), 57-60.
- Biasoli-Alves, Z. M. M. B. & Silva, M. H. G. F. D. (1992). Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. *Paidéia*, 2, 61-69.

- Bradley, R. H. & Casey, P. H. (1992). Family environment and behavioral development of low-birthweight children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 34 (9), 822-832.
- Brito, R. C. & Koller, S. H. (1999). Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. (pp.115-129). In: A. M. Carvalho (Org.) *O mundo social da criança: natureza e cultura em ação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Brito, M. H. A. & Pessoa, V. L. M. P. (2006). Um perfil da mãe prematura. In: Melgaço, R. G. (Org.). *A ética na atenção ao bebê: psicanálise-saúde-educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A Ecologia do Desenvolvimento Humano: Experimentos Naturais e Planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (1998). The ecology of developmental processes. In: Damon, W. (Org.). *Handbook of child psychology, 1*, 993-1027. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Bronfenbrenner, U. & Evans, G. (2000). Developmental science in the 21st century: Emerging questions, theoretical models, research designs and empirical findings. *Social Development*, 9 (1), 115-125.
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making humans beings human: biological perspectives on human development*. London: Sage.
- Caldwell, B. M. & Bradley, R. H. (1984). *Administration manual Home observation for measurement of the environment* (Rev. Ed.) University of Arkansas at Little Rock. Little Rock, Arkansas.
- Carter, B. & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar – uma estrutura para a terapia familiar*. (Trad. Maria Adriana Veríssimo Vernonese) 2^a Ed. Porto Alegre: Artes Médicas (publicado originalmente em 1989).
- Carvalho, A. E. V., Linhares, M. B. M. e Martinez, F. E., (2001). História de desenvolvimento e comportamento de crianças nascidas pré-termo e baixo peso (1.500g). *Psicologia Reflexão e Crítica*. 14(1), 1-33.

- Carvalho, M. C. B. (2005). Família e políticas públicas. In: Acosta, A. R. & Vitale, M. A. F. (Org.). *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: Cortez
- Cecconello, A. M. (2003). Resiliência e vulnerabilidade em famílias em situação de risco. *Tese de Doutorado* (Psicologia do Desenvolvimento). Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Cecconello, A. M. & Koller, S. H. (2003). Inserção Ecológica na Comunidade: Uma Proposta Metodológica para o Estudo de Famílias em Situação de Risco. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 16, (3), 515-524.
- Crockenberg, S. B. (1981). Infant irritability, mother responsiveness, and social support influences on the security of infant-mother attachment. *Child Development*, 52, 857-865.
- Costa Junior, A. & Fleith, D. S. (2005). Métodos de pesquisa em psicologia do desenvolvimento: o que é relevante considerar? In: Dessen, M. A. S; Costa Junior, A. L. & Cols. *A Ciência do Desenvolvimento Humano: tendências atuais e perspectivas futuras*. Porto Alegre: Artmed.
- Cunha, R. D. S. (2007). Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em prematuros com alterações ultra-sonográficas cerebrais no período neonatal. *Dissertação de Mestrado*. (Mestrado em Saúde Materno-Infantil). Universidade Federal do Maranhão. São Luis.
- Dabas, E. (1993). *Red de redes: lás prácticas de intervenció n em redes sociales*. Buenos Aires: Piados.
- Dabas, E. (2000). Comentário de Elina Dabas. *Revista Sistemas Familiares*. 16(1), 57-63.
- Dancey, C.P. & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia*. Usando o SPSS para Windows. Artmed: Porto Alegre.
- Dessen, M. A. & Braz, M. P. (2000). Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 16(3), 221-231.

- Dessen, M. A. & Silva Neto, N. A. (2000). Questões de família e desenvolvimento e a prática de pesquisa. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, 3 (16), 191-292.
- Dessen, M. A. & Braz, M. P. (2005). As relações maritais e sua influência nas relações parentais: implicações para o desenvolvimento da criança. In: Dessen, M. A.; Costa Junior, A. L. & Cols. (2005). *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras*. Porto Alegre: Artmed.
- Dipasquale, F. & Magnano, P. (2009). Increased risk of neuropsychological disorders in children born preterm without major disabilities: a neurodevelopmental model. *Life Span and Disability XII*, 1, 53-66.
- Elkain, M. (1989). *La práctica de la terapia de red*. Barcelona: Gedisa.
- Fabre-Grenet, M. (1997). Os meios de Comunicação do Prematuro. In: Busnel, M. C. *A linguagem dos bebês: sabemos escutá-los?* Trad. Mônica Seincman. São Paulo: Escuta.
- Falceto, O. G. (2002). A influência de fatores psicossociais na interrupção precoce do aleitamento materno. *Tese de Doutorado*. Porto Alegre (RS): Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Fan, R. G. (2008). Aprendizado e comportamento em crianças nascidas prematuras e com baixo peso em idade pré-escolar e em processo de alfabetização. *Dissertação de Mestrado*. (Ciências da Saúde). Pontifícia Universidade Católica do Rio grande do Sul. Porto Alegre.
- Faria, J. B. & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão da literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (3), 381-389.
- Figueiras, A. C. M., Puccini, R. F., Silva, E. M. K. & Pedromônico, M. R. M. (2003). Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. *Caderno de Saúde Pública*, 19 (6), 1691-1699.

- Figueiras, A., Pedromônico, M., Sales, L. & Figueiras, S. (2000). *Manual para vigilância do desenvolvimento da criança de 0 a 2 anos de idade na atenção primária à saúde*. Secretaria Municipal de Saúde de Belém – Núcleo de Capacitação em AIDPI-PA. Unidade de Referência Especializada Materno-Infantil-Adolescente. Programa de Estimulação Precoce. Belém.
- Flick, U. (2004). *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. 2ª Ed. Porto Alegre: Bookman.
- Fily, A., Pierrat, V., Delporte, V., Breart, G. & Truffert, P. (2006). Factors Associated With Neurodevelopmental Outcome at 2 Years After Very Preterm Birth: The Population-Based Nord-Pas-de-Calais EPIPAGE Cohort. *Pediatrics*, 117 (2), 357-366.
- Fontes, B. A. S. M. (2007). Redes sociais e saúde: sobre a formação de redes de apoio social no cotidiano de portadores de transtorno mental. *Revista de Ciências Sociais*, 26, 87-104.
- Fraga, D. A., Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V. & Martinez, F. E. (2008). Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas. *Psicologia em Estudo*, 13 (2), 335-344.
- Frankenburg, W. K.; Dodds, J.; Archer, P.; Shapiro H. & Bresnick, B. (1992). The Denver II: a major revision and restandardization of the Denver developmental screening test. *Pediatrics*, 89, 91-97.
- Frônio, J.K., Neves, L.A.T., Ferraz, S. T., Demarchi, R.S., & Vargas, A.L.A.V. (2009). Análise da evasão em serviço de *follow-up* de recém-nascidos de alto risco. *HU Revista*, 35 (3), 219-226.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (1993). Como inquirir? As entrevistas. In: *O inquérito: teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Gomes, A. L. H., Quayle, J, Neder, M., Leone, C. & Zugaib, M. (1997). Mãe-bebê pré-termo: as especificidades de um vínculo e suas implicações para a intervenção multiprofissional. *Revista de Ginecologia & Obstetrícia*, 8(4), 205-208.

- Halpern, R. J.; Giugliani, E. M.; Victora, C. G.; Barros, F. C.; Horta, B. L. (2000). Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *Jornal de pediatria*, 76 (6), 421-428.
- Halpern, R., & Figueiras, A. C. M. (2004). Influências ambientais na saúde mental da criança. *Jornal de Pediatria*, 80(2), (Suplemento), 104-110.
- Halpern, R., Barros, A. J. D., Matisajevich, A., Santos, I. S., Victora, C. G., & Barros, F. C. (2008). Estado de desenvolvimento aos 12 meses de idade de acordo com peso ao nascer e renda familiar: uma comparação de duas coortes de nascimentos no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(3), 444-450.
- Holmes, T. H. & Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218
- Kazak, Anne E.; Segal-Andrews, Abbie M. & Johnson, Kelly. (1995). Pediatric psychology research and practice: a family/systems approach. In: M. C. Roberto (Ed) *Hand book of pediatric psychology*. London: The Guilford Press, 2^a ed.
- Klaus, M. H. & Kennel, J. H. (1992). *Pais/Bebês: A formação do apego*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Klefbeck, J. (2000). Terapia de red: un método de tratamiento en situaciones de crisis. *Revista Sistemas Familiares*, 16 (1), 47-56.
- Kotliarenco, M. A., Cáceres, I. & Fontecilla, M. (1997). Estado de arte em resiliência. *Centro de Estudios y Atención del Niño y la Mujer*. OPAS. Santiago de Chile.
- Kumar, P., Sankar, M.J., Sapra, S., Agarwal, R., Deorari, A. & Paul, P. (2008). Follow-up of high risk neonates. *WHO Collaborating Centre for Training and Research in Newborn Care*. Disponível em: <http://www.newbornwhocc.org/pdf/Follow-up_of_High_Risk_Neonates_050508.pdf> Acesso em: 22 fev. 2010.

- Lamy Filho, F. (2003). A equipe da UTI neonatal. In: Moreira, M. E. L., Braga, N. A. & Morsch, D. S. (Org.). *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal*. Rio de Janeiro: Editora FioCruz.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M. H. (1997). Developmental outcome of infants born with biological and psychosocial risks. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 38 (7), 843-853.
- Laucht, M.; Esser, G. & Schmidt, M. H. (2001). Differential development of infants at risk for psychopathology: the moderating role of early maternal responsivity. *Development Medical Child Neurology*, 43 (5), 292-300.
- Lewis, R. J., Dlugokinski, E. L., Caputo, L. M. & Griffin, R. B. (1988). Children at risk for emotional disorders: risk and resource dimensions. *Clinical Psychology Review*, 8, 417-440.
- Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Bordin, M. B. M & Jorge, S. M. (1999). Suporte psicológico ao desenvolvimento de bebês pré-termo com peso de nascimento < 1500g: na UTI-neonatal e no segmento longitudinal. *Temas em Psicologia*, 7 (3), 245-262.
- Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Bordin, M. B. M., Chumello, J. T., Martinez, F. E. & Jorge, S. M. (2000). Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. *Cadernos de Psicologia e Educação. Paidéia*, 10, 60-69.
- Linhares, M. B. M. (2002). Prematuridade, risco e mecanismos de proteção do desenvolvimento. *Temas sobre desenvolvimento*, 12, (Suplemento especial), 18-24.
- Linhares, M. B. M., Carvalho, A. E. V., Padovani, F. H. P., Bordin, M. B. M., Martins, I. M. B. & Martinez, F. E. (2004). A compreensão do fator de risco da prematuridade sob a ótica desenvolvimental. In: Marturano, E. M., Linhares, M. B. M. & Loureiro. (Org.) *Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Linhares, M. B. M., Chimello, J. T., Bordim, M. B. M., Carcalho, 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.
- Lipp, M. (1984). Stress e suas implicações. *Estudos de Psicologia*, 1, 5-19.
- Lopes, R. L. (2004). Redes sociais das mães de crianças desnutridas do bairro padre Palhama em Sobral-CE. *Monografia*. (Especialização em Saúde da Família) Universidade Estadual Vale do Acaraú.
- Maldonado, M.T. (1989). *Maternidade e paternidade: situações especiais e de crise na família*. (Vol. 2). Petrópolis: Vozes.
- Marlow, N., Wolke, D., Bracewell, M. A. & Samara, M. (2005). For the EPICure study group. Neurologic and developmental disability at six years of age after extremely preterm birth. *New England Journal of Medicine*, 352 (1), 9-19.
- Marsiglia, R. M. G. (2005). Famílias: questões para o programa de saúde da família (PSF). In: Acosta, A. R. & Vitale, M. A. F. (Org.). *Família: redes, laços e políticas públicas*. São Paulo: Cortez.
- Martins, C. A., Siqueira, K. M., Tyrrell, M. A. R., Barbosa, M. A., Carvalho, S. M. S., Santos, L. V. (2008). Dinâmica familiar em situação de nascimento e puerpério. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10(4), 1015-25, disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a13.htm>, acesso em: 15 fev. 2010.
- McGoldrick, M. & Gerson, R. (1995). Genetograma e o ciclo de vida familiar. Em Carter, B. & McGoldrick, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar – uma estrutura para a terapia familiar*. (Trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese). 2ª. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- McGoldrick, M. & Gerson, R. (2005). *Genogramas en la evaluacion familiar*. 5ª. reimpression. Barcelona: Gedisa Editorial.

- Meio, M.D.B.B., Magluta, C., Mello, R. R. & Moreira, M. E. L. (2005) Análise situacional do atendimento ambulatorial prestado a recém-nascidos egressos das unidades de terapia intensiva neonatais no estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (2), 299-307.
- Mello, R. R. & Meio, M. D. B. B. (2003). Follow-up de recém-nascidos de risco. In: Moreira, M. E. L., Braga, N. A. & Morsch, D. S. (Org.). *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal*. Rio de Janeiro: Fio Cruz.
- Mello, D. F., Viera, C. S., Simpionato, E., Biasoli-Alves, Z. M. M., & Nascimento, L. C. (2005). Genograma e Ecomapa: possibilidades de utilização na estratégia de saúde da família. *Revista Brasileira Crescimento e Desenvolvimento Humano* 15 (1), 78-88.
- Mello, R. R. & Meio, M. D. B. B. (2004). Organização dos ambulatórios de seguimento. In: Moreira, M. E. L.; Lopes, J. M. A. & Carvalho, M. (Org.). *O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar*. Rio de Janeiro: Fio Cruz.
- Millán, T, Yevenez, R., Galvez, M. & Bahamonde, M.I. (1990). A survey of the depressive symptoms in pregnant women at urban primary care consultation office. *Revista Médica de Chile*, 118, 1230-1234.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2002). *Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2009a). Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde da Criança. *Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método canguru: manual técnico*. 2ª Edição. Brasília: Ministério da Saúde, disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=30076&janela=1, acesso em 23 nov. 2009.

- Ministério da Saúde. (2009b) DATASUS. Cadernos de Informações de Saúde – Versão de junho/2009. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/cadernosmap.htm#cadernos>. Acesso em: 25 de julho de 2010.
- Molinari, J. S. de O.; Silva, M. F. M. C.; Crepaldi, M. A. (2005). Saúde e desenvolvimento da criança: a família, os fatores de risco e as ações na atenção básica. *Psicologia Argumento*, 23 (43), 17 – 26.
- Moré, C. L. O. O. (2005). As redes pessoais significativas como instrumentos de intervenção psicológica no contexto comunitário. *Paidéia* 15 (31), 287-297.
- Moreira, M. E. L. & Rodrigues, M. A. (2003). O bebê na UTI: intercorrências e exames mais frequentes. In: Moreira, M. E. L., Braga, N. A. & Morsch, D. S. (Org.). *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal*. Rio de Janeiro: Fio Cruz.
- Moreira, M. E. L., Rodrigues, M. A., Braga, N. A. & Morsch, D. S. (2003). Conhecendo uma UTI neonatal. In: Moreira, M. E. L., Braga, N. A. & Morsch, D. S. (Org.). *Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal*. Rio de Janeiro: Fio Cruz.
- Morin, E. (1999). Da necessidade de um pensamento complexo. In: Martins, F. M. & Juremir, M. (Org.). *Para navegar no século XXI – tecnologia do imaginário e cibercultura*. PA: Edipucrs e Sulina.
- Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Perrethumbert, B., Jaunin, L., Borghini, A. & Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Human Development*, 79, 145-158.
- Nobre, F. D. A., Carvalho, A. E. V., Martinez, F. E., & Linhares, M. B. M. (2009). Estudo longitudinal do desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo no primeiro ano pós-natal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 362-369.
- Nikodem, M.R. (2009). *Niños de alto riesgo: intervenciones tempranas en el desarrollo y la salud infantil*. 1ª. Ed. Buenos Aires: Paidós.

- Ocampo, M. L. S. & Arzeno, M. E. G. (2001). A entrevista inicial. In: Ocampo, M. L. S.; Arzeno, M. E. G.; Piccolo, E. G. & cols. *O processo psicodiagnóstico e as técnicas projetivas*. 10 ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Oliveira, M. R. (2007). Nascimento de filhos: rede social de apoio e envolvimento de pais e avós. *Dissertação de Mestrado*. Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.
- Orr, S. T. & Miller, C. A. (1995). Maternal depressive symptoms and risk of poor pregnancy outcome: review of the literature and preliminary findings. *Epidemiologic Reviews*, 17, 65-171.
- Padovani, F.H.P., Linhares, M.B.M., Carvalho, A.E.V., Duarte, G. & Martinez, F.E. (2004). Avaliação de sintomas de ansiedade e depressão em mães de neonatos pré-termo durante e após hospitalização em UTI-Neonatal. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (4), 251-254.
- Pedromônico, M.R.N. (2003). Problemas de desenvolvimento da criança: prevenção e intervenção. *Temas sobre desenvolvimento*, 12 (Suplemento especial), 7-9.
- Penalva, O., & Schwartzman, J. S. (2006). Estudo descritivo do perfil clínico-nutricional e do seguimento ambulatorial de recém-nascidos prematuros atendidos no Programa Método Mãe-Canguru. *Jornal de Pediatria*, 82 (1), 33-39.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N. & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 135-143.
- Peters, J. K. (1999). *Mães que trabalham fora: segredos para conciliar a vida profissional e familiar*. São Paulo: Mandarin.
- Piccinini, C. A., Pereira, C. R. R., Marin, A. H., Lopes, R. C. S & Tudge, J. (2007). O nascimento do segundo filho e as relações familiares. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 23 (3), 253-61.

- Pinelli, J. (2000). Effects of family coping and resources on family adjustment and parental stress in the acute phase of the NICU experience. *Neonatal Network*, 19 (6), 27-37.
- Pillitteri, A. (1992). The childbearing and childrearing family. In: *Maternal and child prealth nursing: care of the childbearing and childrearing family*. J. B. Lippincott Company: Philadelphia.
- Pinto, E. B., Graham, S., Igert, B. & Solis-Ponton, Leticia. (2004). A criança prematura: implicações da parentalidade. In: Solis-Ponton, Leticia. (Org.) *Ser par, ser mãe: parentalidade: um desafio para o terceiro milênio*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Polônia, A. C.; Dessen, M. A. & Silva, N. L. P. (2005). O modelo bioecológico de Bronfenbrenner: contribuições para o desenvolvimento humano. In: Dessen, M. A.; Costa Junior, A. L. & Cols. *A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras*. Porto Alegre: Artmed.
- Raphael-Leff, J. (1997). *Gravidez: a história interior*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rapoport, A. (2003). Da gestação ao primeiro ano de vida do bebê: apoio social e ingresso na creche. *Tese de Doutorado* (Psicologia do Desenvolvimento), Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Rapoport, A. & Piccinini, C. A. (2002). A escolha do cuidado alternativo para o bebê e a criança pequena: uma situação sempre difícil. *Estudos de Psicologia*, 9 (3), 497-503.
- Rapoport, A. & Piccinini, C. A. (2006). Apoio social e a experiência da maternidade. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, 16 (1), 85-96.
- Resegue, R., Puccini, R. F. & Silva, E. M. K. (2007). Fatores de risco associados a alterações no desenvolvimento da criança. *Pediatria (São Paulo)*, 29(2), 117-128.
- Resegue, R., Puccini, R. F. & Silva, E. M. K. (2008). Risk factors associated with developmental abnormalities among high-risk

- children attended at a multidisciplinary clinic. *São Paulo Medical Journal*, 126(1), 4-10.
- Ribeiro, R. L. R. (2005). Enfermagem e famílias de crianças com síndrome nefrótica: novos elementos e horizontes para o cuidado. *Tese de Doutorado*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- Richardson, R. J. (1999). *Pesquisa social: métodos e técnicas*. 3ª Ed. São Paulo: Atlas.
- Rocha, S. M. M., Nascimento, L. C. & Lima, R. A. G. (2002). Enfermagem pediátrica e abordagem da família: subsídios para o ensino de graduação. *Revista Latino-Am. Enfermagem*, 10 (5), 709-714.
- Rugolo, L.M. (2005). Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *Jornal da Pediatria*, 81(1 Suplemento), 101-110.
- Rutter, M. (1987). Psychological resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57 (3), 316-331.
- Rutter, M. & Quinton, D. (1977). Psychiatric disorder – ecological factors and concepts of causation. In: McGurk, M. editor. *Ecological factors in human development*. Amsterdam: North Holland.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of New York Academy of Sciences*, (1094), 1-12.
- Salt, A., & Redshaw, M. (2006). Neurodevelopmental follow-up after preterm birth: follow-up after two years. *Early Human Development*, 82 (3), 185-197.
- Santa Maria-Mengel, M. R. & Linhares, M. B. M. (2002). Programa de “vigilância do desenvolvimento” no programa de saúde da família: procedimento de triagem para identificar fatores de risco para transtornos de desenvolvimento e mecanismos de proteção em crianças de 6 a 36 meses de idade. *Projeto de Pesquisa apresentado no processo seletivo de ingresso à Pós-Graduação em Saúde Mental (Doutorado)* Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.

- Santa Maria-Mengel, M. R. (2007). Vigilância do desenvolvimento em programa de saúde da família: triagem para detecção de riscos para problemas de desenvolvimento em crianças. *Tese de Doutorado*. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.
- Sapienza, G. & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10 (2), 209-216. Maringá.
- Savoia, M. G. (1999). Escalas de eventos vitais e de estratégias de enfrentamento (Coping). *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26(2), Edição especial.
- Segre, C. A. M. (2002). *Perinatologia: fundamentos e prática*. São Paulo: Sarrier.
- Serapioni, M. (2005). O papel da família e das redes primárias na reestruturação das políticas sociais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (Suplemento), 243-253.
- Severino, A. J. (2002). *Metodologia do trabalho científico*. 22^a. edição. São Paulo: Cortez.
- Silva, R. C. (1998). A falsa dicotomia qualitativo-quantitativo: paradigmas que informam nossas práticas de pesquisas. In: Romanelli, G. & Biasoli-Alves, Z. M. M. (Org) *Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa*. Ribeirão Preto: Legis Summa.
- Silva, M. R. S. (2003). A construção de uma trajetória resiliente durante as primeiras etapas do desenvolvimento da criança: o papel da sensibilidade materna e do suporte social. *Tese de Doutorado* (Doutorado em Enfermagem, Saúde e Sociedade), Florianópolis: UFSC, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Silva, O. P. V., (2002). A importância da família no desenvolvimento do bebê prematuro. *Psicologia: Teoria e Prática*, 4 (2),15-24.
- Silva, N. L. P. & Dessen, M. A. (2005). Intervenção precoce e família: contribuições do modelo bioecológico de Bronfenbrenner. In: Dessen, M. A., Costa Junior, A. L. & Cols. *A ciência do*

desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras.
Porto Alegre: Artmed.

Silva, R. N. M. (1995) Intervenção no período neonatal: berçário e UTI neonatal. In: *Novo manual de follow-up do RN de alto risco.* (1995). Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro.

Silva, R. N. M. (2005) Cuidados Voltados para o Desenvolvimento do Pré-termo na UTI Neonatal. In: Carvalho M. & Lopes, J. M. A. *Avanços em Perinatologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Simioni, A. S. & Geib, L. T. C. (2008). Percepção materna quanto ao apoio social recebido no cuidado às crianças prematuras no domicílio. *Revista Brasileira Enfermagem*, 61 (5), 645-51.

Sluzki, C. A. (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Souza, J., & Kantorski, L. P. (2009). A rede social de indivíduos sobre tratamento em um CAPS ad: o ecomapa como recurso. *Revista Escola de Enfermagem*, 43 (2), 373-383. Disponível em www.ee.usp.br/reeusp/, acesso em 26 de fev. 2009.

Speck, V. R. (1989). La intervencion en red social: las terapias de red, teoria y desarrollo. Em: *La práctica de la terapia de red.* Barcelona. Gedisa.

Stern, D. N. (1997). *A constelação da maternidade.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Spittle, A. J., Treyvaud, K., Doyle, L. W., Roberts, G., Lee, K. J., Inder, T.E., Cheong, J. L., Hunt, R. W., Newnham, C. A. & Anderson, P. J. (2009). Early emergence of behavior and social-emotional problems in very preterm infants. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 48(9), 909-18.

SOPERJ. (1995). Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro. *Novo manual de follow-up do RN de alto-risco.* Rio de Janeiro.

Tomiska, V., Heinonen, K., Kero, P., Pokela, M. L., Tammela, O., Järvenpää, A-L., Salokorpi, T., Virtanen, M. & Fellman, V. (2003).

A national two year follow up study of extremely low birthweight infants born in 1996-1997. *Archives of Disease in Childhood Fetal Neonatal*, 88, 29-35.

Triviños, A. N. S. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.

Vasconcelos, M. F. F. & Morschel, A. (2009). O apoio institucional e a produção de redes: do desassossego dos mapas vigentes na saúde coletiva. *Interface - Comunicação Saúde Educação*, 13, (Suplemento I), 729-38.

Víctora, C. G.; Knauth, D. R. & Hassen, M. N. A. (2000). *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial.

Wendt, N. C. (2006). Fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança durante a transição para a parentalidade. *Dissertação de Mestrado* (Mestrado em Psicologia) Universidade Federal de Santa Catarina.

Wendt, N. C. & Crepaldi, M. A. 2008. A utilização do genograma como instrumento de coleta de dados na pesquisa qualitativa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(2), 302-310.

Werner, E. E. (1986). A longitudinal study of perinatal risk. In: D. C. Farren & J. D. McKinney. Risk intellectual and psychosocial development. *Academic Press*, 3-27.

Winnicott, D. W. (1988). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes, 1ª ed.

Witt, R. R. (1992). Sistema de referência e contra-referência num serviço de saúde comunitária. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 13 (1), 19-23.

Wright, L. M. & Leahey, M. (2002). *M. Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família*. (Trad. Silvia M. Spada) 3ª Ed. São Paulo: Roca.

World Health Organization. (1961). Public health aspects of low birth weight. Geneva, *Technical Report Series*, 217.

- Zamberlan, M. A. T. & Biasoli-Alves, Z. M. M. (1997a). Ambientes domiciliares de famílias de baixa renda de área urbana. In: Zamberlan, M. A. T & Biasoli-Alves, Z. M. M. *Interações familiares: teoria, pesquisa e subsídios à intervenção*. Londrina: Ed. UEL.
- Zamberlan, M. A. T. & Biasoli-Alves, Z. M. M. (1997b). Detecção de níveis de riscos psicossociais através do Inventário Home em ambientes de populações urbanas de baixa renda. In: Zamberlan, M. A. T & Biasoli-Alves, Z. M. M. *Interações familiares: teoria, pesquisa e subsídios à intervenção*. Londrina: Ed. UEL
- Zomignani, A. P., Zambelli, H. J. L. & Antonio, M. A. R. G. M. (2009). Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. *Revista paulista pediatria.*, 27, 2.
- Zucchi, M. (1999). Depressão na gravidez e prematuridade: aspectos epistemológicos da investigação. *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (1), 89-97.

APÊNDICE A



Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Zaira Ap. de O. Custódio, sou aluna do Programa de Pós Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina e estou desenvolvendo a pesquisa: “Redes sociais no contexto da prematuridade: fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança ao longo dos seus dois primeiros anos de vida”, orientada pela Prof. Dra. Maria Aparecida Crepaldi. Esta pesquisa tem como objetivo verificar a influência das redes sociais na promoção do desenvolvimento de crianças que nascem pré-termo. O estudo se mostra importante, pois poderá despertar nos profissionais de saúde o compromisso de identificar os fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento, e também no planejamento e organização de programas de intervenção e de acompanhamento às crianças que nasceram pré-termo.

Estou convidando a família a participar da pesquisa a qual constará de quatro etapas, sendo a primeira realizada no hospital, onde será consultado o prontuário do bebê, confeccionado o mapa da família e o mapa da rede de apoio social de vocês neste momento, por meio de uma entrevista; a segunda etapa será no ambulatório durante a consulta e na residência da família; a terceira e a quarta etapas, em sua residência, onde construiremos o mapa da rede social de vocês em cada momento; será aplicado, também, uma entrevista, um inventário de observação do ambiente e um teste de avaliação de desenvolvimento do bebê. As entrevistas serão gravadas para serem a seguir analisadas. Se vocês estiverem de acordo em participar da pesquisa posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais e só serão utilizadas neste trabalho. Caso surja alguma dúvida acerca da pesquisa, ou desejar não fazer mais parte dela poderá entrar em contato com a pesquisadora a qualquer momento, através dos telefones: (48) 91112490 e/ou (48) 3721-8560.

Profa. Dra Maria Aparecida Crepaldi
Pesquisadora Responsável

Pesquisadora: Zaira Ap. de O. Custódio
Pesquisadora Principal

Consentimento Pós-Informação

Eu, _____, fui esclarecida (o) sobre a pesquisa “Redes sociais no contexto da prematuridade: fatores de risco e de proteção para o desenvolvimento da criança ao longo dos seus dois primeiros anos de vida”, e concordo que meus dados sejam utilizados na realização da mesma.

Florianópolis, _____ de _____ de 2007.

Assinatura: _____

RG: _____

APÊNDICE B

Genograma familiar/entrevista semiestruturada

A primeira etapa desta pesquisa é a construção de um mapa da família de vocês, onde vamos desenhar os diferentes membros que fazem parte da família, o tipo de relações que há entre eles e os acontecimentos mais importantes. Para marcar estas informações serão usados símbolos que tem um significado definido, como por exemplo, os homens são representados por um quadrado e as mulheres por um círculo. Seria importante que colocassem neste mapa a família de origem de vocês: seus pais, irmãos e também as pessoas que não são parentes mas que tem uma intimidade e estão próximas de vocês.

Vamos iniciar o desenho da família de vocês, então, e para isso gostaria que falassem sobre quem são as pessoas que fazem parte da família, quais são estas pessoas, suas idades, profissão/ocupação, os fatos positivos e negativos que marcaram a família. Precisamos marcar, também, no mapa as pessoas que faleceram, as que apresentam alguma situação especial (doença, uso de droga, etc.), o grau de instrução, as mudanças mais importantes que ocorreram (casamento, separação, trabalho...).

Questões que poderão ser abordadas, se necessário:

- As relações na família modificaram durante a gravidez e nascimento do bebê?
- Algum membro da família teve filho que nasceu prematuro?
- Como reagiu a família quando nasceu seu filho prematuro?
- Há mais alguma coisa que vocês gostariam de acrescentar?

APÊNDICE C

INSTRUÇÕES PARA A CONSTRUÇÃO DO ECOMAPA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____

Profissão: _____

Naturalidade: _____

Procedência (bairro): _____

Renda familiar: _____

Data de confecção do ecomapa: _____

Instruções:

Uma das etapas desta pesquisa é a construção do que chamamos de Mapa da Rede Social da família, e agora vamos construir, juntos, o mapa da rede de sua família. No dia-a-dia vocês encontram com pessoas de sua família; de seu ambiente de trabalho ou de estudo; com seus amigos e pessoas da comunidade, àquelas que lhe prestam algum tipo de ajuda. Na comunidade, há serviços os quais vocês utilizam ou não, e há pessoas como seus vizinhos, que podem não ser seus amigos, mas há convivência de vizinhança. Todos esses relacionamentos ocorrem de várias formas: mais próximas ou mais distantes, com mais ou menos regularidade e intensidade, além de outras características que diferenciam uns dos outros.

Neste mapa de vocês, os membros da família aparecem no centro do círculo interno e os contatos com as pessoas e com a comunidade nos círculos externos, e para marcar o tipo de relacionamento que vocês estabelecem com cada um deles são usadas linhas para indicar o tipo de ligação e as setas que mostram o fluxo de energia e recursos (mostrar o modelo gráfico do ecomapa). Você pode, então, falar o nome das pessoas e/ou serviços com os quais se relaciona, neste momento, que será escrito em cada círculo externo.

APÊNDICE D

Entrevista semiestruturada – na internação

Agora, olhando no ecomapa de sua família e pensando sobre os relacionamentos que vocês têm com essas pessoas e/ou serviços, serão propostas algumas questões.

1. O que significa a condição da prematuridade e/ou baixo peso de seu(a) filho(a) para vocês?
2. O que vocês esperam com relação ao desenvolvimento de seu bebê?
3. Com quem vocês podem contar neste momento para enfrentar a situação de internação do seu bebê?
4. Que tipo de apoio vocês tem recebido (informação, material, emocional ou outro)?
5. Com que frequência vocês recebem este apoio?
6. Algum destes relacionamentos oferece mais de um tipo de ajuda? Qual?
7. As pessoas e/ou serviços que estão lhe oferecendo algum tipo de ajuda, já lhes ajudavam antes? De que forma?
8. Vocês estão recebendo algum tipo de apoio aqui no hospital? Qual? De quem?
9. Se pudessem mudar a rede social de vocês, agora, o que escolheriam para mudar?

APÊNDICE E

Entrevista semiestruturada – após a alta

Agora, olhando no ecomapa de sua família e pensando sobre os relacionamentos que vocês têm com essas pessoas e/ou serviços, serão propostas algumas questões.

1. Neste momento, com o bebê já em casa, quem de fato oferece apoio à vocês?
2. Que tipo de apoio estas pessoas e/ou serviços tem oferecido (informação, material, emocional ou outro)?
3. Com que frequência vocês recebem este apoio?
4. Algum destes relacionamentos do mapa oferece mais de um tipo de ajuda? Qual?
5. No seu mapa as pessoas e/ou serviços que estão lhe oferecendo algum tipo de ajuda, já lhes ajudavam antes? De que forma?
6. Qual serviço de saúde o bebê está sendo acompanhado?
7. Que tipo de acompanhamento o bebê está recebendo? De que profissionais?
8. Se pudessem mudar a rede social de vocês, agora, o que escolheriam para mudar?
9. Como avaliam a situação da família e do bebê, neste momento?
10. O que vocês esperam com relação ao desenvolvimento de seu bebê?

APÊNDICE F

Entrevista semiestruturada – 1 ano de idade corrigida do bebê

Agora, olhando no ecomapa de sua família e pensando sobre os relacionamentos que vocês têm com essas pessoas e/ou serviços, serão propostas algumas questões.

1. Neste momento, a criança está com 1 ano de idade corrigida, alguém o oferece apoio à vocês?
2. Que tipo de apoio estas pessoas e/ou serviços tem oferecido (informação, material, emocional ou outro)?
3. Com que frequência vocês recebem este apoio?
4. Algum destes relacionamentos do mapa oferece mais de um tipo de ajuda? Qual?
5. No seu mapa as pessoas e/ou serviços que estão lhe oferecendo algum tipo de ajuda, já lhes ajudavam antes? De que forma?
6. Qual serviço de saúde a criança está sendo acompanhado?
7. Que tipo de acompanhamento a criança está recebendo? De que profissionais?
8. Se pudessem mudar a rede social de vocês, agora, o que escolheriam para mudar?
9. Como avaliam a situação da família e da criança, neste momento?
10. O que vocês esperam com relação ao desenvolvimento da criança?

APÊNDICE G

Entrevista semiestruturada – 2 anos de idade corrigida da criança

Agora, olhando no ecomapa de sua família e pensando sobre os relacionamentos que vocês têm com essas pessoas e/ou serviços, serão propostas algumas questões.

1. A criança, agora está com 2 anos de idade corrigida. Alguém está oferecendo algum apoio à vocês?
2. Que tipo de apoio estas pessoas e/ou serviços tem oferecido (informação, material, emocional ou outro)?
3. Com que frequência vocês recebem este apoio?
4. Algum destes relacionamentos do mapa oferece mais de um tipo de ajuda? Qual?
5. No seu mapa as pessoas e/ou serviços que estão lhe oferecendo algum tipo de ajuda, já lhes ajudavam antes? De que forma?
6. Qual serviço de saúde a criança está sendo acompanhado? Por quais profissionais?
7. Até quando a criança foi acompanhada no ambulatório de seguimento?
8. Se pudessem mudar a rede social de vocês, agora, o que escolheriam para mudar?
9. Como avaliam a situação da família e da criança neste momento?
10. O que vocês esperam com relação ao desenvolvimento da criança?

APÊNDICE H
Características das famílias participantes

Família	Procedência	Tipo de família	Situação conjugal	Escolaridade		Ocupação profissional		Idade		Sexo
				Pai	Mãe	Pai	Mãe	Pai	Mãe	Criança
A	Florianópolis	Extensa	União consensual	Fundamental incompleto	Médio	Desempregado	Doméstica	43	25	Masculino
B	Balneário Comburis	Nuclear	Casados	Fundamental incompleto	Fundamental incompleto	Pedreiro (perícia médica)	Doméstica	37	37	Feminino
C	Criciema	Nuclear	Casados	Médio	Médio	Serralheiro/Administrador	Do lar	34	30	Masculino
D	Florianópolis	Extensa	União consensual	Fundamental completo	Fundamental incompleto	Frentista de posto de gasolina	Do lar	27	18	Masculino
E	Florianópolis	Extensa	União consensual	Médio	Médio	Estagiário	Do lar	19	20	Feminino
F	Presidente Getúlio	Extensa	Casados	Médio	Médio	Tintureiro em fábrica de tecidos	Auxiliar de pintura	27	23	Masculino
G	Rio Negrinho	Nuclear	Casados	Fundamental incompleto	Fundamental	Administrador da micro empresa	Supervisora e costureira	36	26	Feminino
H	Florianópolis	Nuclear	União consensual	Médio	Fundamental incompleto	Policia Militar	Do lar	39	29	Feminino
I	Gaspar	Nuclear	União Consensual	Fundamental completo	Superior Administração	Talhador em fábrica de tecido	Do lar	23	24	Masculino
J	Joinville	Nuclear	Casados	Médio	Médio	Operário de produção	Operadora de caixa	33	26	Masculino
K	Florianópolis	Extensa	Solteiros	Fundamental incompleto	Médio	Jardineiro	Do lar	17	23	Feminino

APÊNDICE I

Características das condições de moradia das famílias, em termos de cômodos e pessoas na casa, condições de saneamento e tipo de locação, na 2ª etapa (E2), 3ª etapa (E3) e 4ª etapa (E4) da pesquisa

Características das condições de moradia	FAMILIAS																																
	A		B		C		D		E		F		G		H		I		J		K												
	E2	E3	E4	E2	E3	E4	E2	E3	E4	E2	E3	E4	E2	E3	E4	E2	E3	E4	E2	E3	E4	E2	E3	E4									
Condições de moradia																																	
Número de cômodos na casa	4	4	4	6	6	6	6	4	7	8	8	8	7	7	7	8	5	5	12	12	12	5	4	6	5	8	8	5	5	5	5	5	5
Número de pessoas morando na casa	4	4	4	4	4	4	4	4	4	6	6	6	6	6	6	6	3	3	4	4	4	4	4	4	3	5	5	4	4	4	8	8	8
Condições de saneamento																																	
Luz	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Esgoto/água encanada	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
Asfalto				x	x	x				x	x	x				x	x	x	x	x	x	x	x	x									
Tipo de locação																																	
Casa própria				x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x				x	x										
Casa alugada			x																			x											
Casa emprestada	x	x																							x	x	x						

APÊNDICE J

Características da renda das famílias na segunda, terceira e quarta etapas da pesquisa

FAMÍLIA	RENDA FAMILIAR		
	2ª etapa	3ª etapa	4ª etapa
A	550,00	650,00	650,00
B	1.500,00	1.500,00	1.500,00
C	1.000,00	1.000,00	1.000,00
D	550,00	650,00	650,00
E	2.500,00	2.500,00	2.500,00
F	2.500,00	2.500,00	2.500,00
G	1.500,00	2.100,00	2.100,00
H	2.000,00	2.000,00	2.300,00
I	1.000,00	1.200,00	1.700,00
J	1.700,00	1.000,00	1.000,00
K	900,00	1.200,00	1.200,00

APÊNDICE K

História reprodutiva da mãe e condução da gravidez, por família

Família	Tempo de relacionamento do casal (em meses)	Número de filhos	Mês de início do pré-natal	Número de consultas
A	24	-	3º	4
B	144	1	1º	6
C	192	1	1º	6
D	10	-	3º	2
E	12	-	4º	3
F	48	-	2º	7
G	120	1	5º	1
H	108	1	2º	6
I	15	-	3º	2
J	96	1	2º	5
K	4	-	1º	9

APÊNDICE L

Características das condições de nascimento e crescimento das crianças até os dois anos de idade e tempo de amamentação

Variáveis de características das condições de nascimento e crescimento	CRIANÇAS										
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Idade gestacional em semanas	26	30	31	29	29	30	32	32	27	28	29
Peso no nascimento em gramas	715	970	1.325	1.295	1.130	950	1.490	1.445	950	740	1.275
Altura no nascimento em centímetros	32	36	37,5	38	37	36	42	39	35	32	39
APGAR no 1º minuto	5	8	6	5	6	1	8	8	7	6	6
APGAR no 5º minuto	7	9	8	7	8	3	9	9	8	7	8
Peso mínimo na internação em gramas	560	890	1.200	1.050	1.020	780	1.230	1.340	740	610	1.030
Peso na alta em gramas	2.120	1915	1850*	1.920	1.880*	1.985	1.880*	1.780*	1.900*	1.885*	1.860*
Altura na alta em centímetros	42	43	44	43,5	42	41	43,7	41	40,5	35	43
Tempo de internação em dias	98	49	37	44	44	59	33	20	67	67	38
Peso com um ano em gramas	10.585	7.715	7.500	8.870	8.200	9.260	8.650	8.605	8.340	8.700	9.765
Altura com um ano em centímetros	80,5	73	74	73	71,5	72	72	70	74	70	73,5
Peso com dois anos em gramas	16.000	10.200	9.900	11.500	9.800	11.800	12.200	12.900	11.500	9.500	14.000
Altura com dois anos em centímetros	90	82,5	86,5	86	86	90	87	87	87	80	85
Tempo de amamentação em meses	2	24	12	2	11	3	2	24	2	2	4

*Bebê com alta para a 3ª etapa do Método Canguru

APÊNDICE N

Avaliação dos indicadores de risco do desenvolvimento das crianças com 1 ano de idade corrigida, por meio do Teste de Denver-II, na amostra total em termos de risco e normalidade e quantidade de tarefas realizadas em cada área.

Desempenho no Teste de Denver-II	Amostra total (n = 11)	CRIANÇAS										
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Classificação geral	(%)											
Normal	63,5	R	N	N	R	N	N	N	N	R	R	N
Risco	36,4											
Pessoal/Social	(5 tarefas)											
Normal		2	4	5	4	5	5	5	5	3	3	5
Cuidado		3	1	0	1	0	0	0	0	2	2	0
Atraso		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Motora Fina	(2 tarefas)											
Normal		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Cuidado		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atraso		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Linguagem	(5 tarefas)											
Normal		3	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5
Cuidado		2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Atraso		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Motora Ampla	(3 tarefas)											
Normal		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Cuidado		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atraso		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

APÊNDICE O

Avaliação dos indicadores de risco do desenvolvimento das crianças com 2 anos de idade corrigida, por meio do Teste de Denver- II, na amostra total em termos de risco e normalidade e em cada área (porcentagem - %)

Desempenho no Teste de Denver-II	Amostra total (n = 11)	CRIANÇAS										
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Classificação geral	(%)											
Normal	63,5	R	N	N	R	N	N	N	N	R	R	N
Risco	36,4											
Pessoal/Social (5 tarefas)												
Normal	98	100	100	100	100	100	100	100	100	100	80	100
Cuidado	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20	0
Atraso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Motora Fina (4 tarefas)												
Normal	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Cuidado	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atraso	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Linguagem (9 tarefas)												
Normal	92	78	100	100	78	100	89	100	100	78	89	100
Cuidado	7	11	0	0	22	0	11	0	0	22	11	0
Atraso	1	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Motora Ampla (3 tarefas)												
Normal	91	33	100	100	67	100	100	100	100	100	100	100
Cuidado	6	33	0	0	33	0	0	0	0	0	0	0

APÊNDICE P

Avaliação dos indicadores de risco do desenvolvimento das crianças com 2 anos de idade corrigida, por meio do Teste de Denver-II, na amostra total em termos de risco e normalidade e total de tarefas realizadas em cada área.

Desempenho no Teste de Denver-II	Amostra total (n = 11)	CRIANÇAS										
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Classificação geral												
Normal		R	N	N	R	N	N	N	N	R	R	N
Risco												
Pessoal/Social												
Normal	(5 tarefas)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5
Cuidado		0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Atraso		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Motora Fina												
Normal	(4 tarefas)	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
Cuidado		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Atraso		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Linguagem												
Normal	(9 tarefas)	7	9	9	7	9	8	9	9	7	8	9
Cuidado		1	0	0	2	0	1	0	0	2	1	0
Atraso		1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

APÊNDICE Q

Indicadores de estimulação do ambiente familiar, medidos por meio do Inventário Home, em termos de escore total, classificação e o resultado em escore por subescala, nas 2ª (E2), 3ª (E3) e 4ª (E4) etapas da pesquisa.

F A M Í L I A S	Escore Total			Classificação no Home			SUBESCALAS																	
							Responsividade emocional e verbal da mãe (11 itens)			Fuga por punição e restrição (6 itens)			Organização do ambiente físico geral (8 itens)			Provisão de materiais apropriados (9 itens)			Envolvimento maternal c/a criança (6 itens)			Oportunidade p/variá- r estímulos (5 itens)		
	E2	E3	E4	E2	E3	E4	E2	E3	E4	E2	E3	E4	E2	E3	E4	E2	E3	E4	E2	E3	E4			
A	28	30	32	M	M	M	10	10	10	6	6	6	5	6	6	1	3	5	4	4	4	2	1	1
B	31	38	40	M	S	S	10	11	10	6	6	6	6	7	7	1	6	8	5	5	6	3	3	3
C	32	40	41	M	S	S	10	11	11	6	6	6	6	7	7	2	7	8	5	6	6	3	3	3
D	16	25	25	I	I	I	3	6	7	6	6	6	4	4	5	0	3	3	1	3	2	2	3	2
E	31	34	38	M	M	S	10	11	10	6	6	6	5	6	6	2	5	9	5	5	6	3	2	1
F	29	39	39	M	S	S	10	11	11	6	6	6	5	7	6	1	6	8	4	6	5	3	3	3
G	27	37	39	M	S	S	9	11	10	6	6	6	4	5	5	1	6	8	4	6	6	3	3	3

APÊNDICE R

Eventos vitais em termos do número de eventos, classificação em quartis* e fonte estressora com 1ano de idade corrigida da criança

F A M I L I A S	Total de eventos relatados	Classificação em Quartis*	FONTES ESTRESSORAS					
			Trabalho	Perda de suporte social	Família	Mudanças no ambiente	Dificuldades pessoais	Finanças
A	5	M	0	0	1	0	3	1
B	4	I	0	0	0	1	3	0
C	4	I	0	0	0	0	4	0
D	5	M	1	1	0	0	1	2
E	3	I	1	0	0	1	1	0
F	3	I	1	0	0	2	1	0
G	3	I	2	0	0	0	1	0
H	4	I	0	1	0	2	1	0
I	8	S	1	0	1	2	4	0
J	6	M	2	0	0	0	2	2
K	7	M	1	1	1	1	3	1

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

APÊNDICE S

Eventos vitais nas famílias, por itens de cada fonte estressora com 1 ano de idade corrigida da criança.

Eventos vitais por fontes estressoras	Total	FAMILIAS										
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Trabalho												
mudança de trabalho	3					x		x		x		
dificuldades com chefia	1										x	
perda do emprego	3				x						x	x
reconhecimento profissional	1							x				
Perda de suporte social												
morte de alguém da família	3				x				x	x		
morte de um amigo												
morte do cônjuge												
Família												
doença na família	2	x										x
separação												
casamento												
gravidez												
nascimento na família												
Reconciliação matrimonial												
Mudanças no ambiente												
mudança de escola	2		x						x			
mudança de casa	4					x	x		x	x		
mudança do número de pessoas morando em casa	2						x			x		
Dificuldades pessoais												
problemas de saúde	5	x	x	x					x			x
mudanças de hábitos pessoais	10	x	x	x	x	x	x	x		x	x	x
mudanças de atividades sociais	4	x		x						x		x
mudanças de atividades recreativas	4			x						x	x	x
mudanças de atividades religiosas	1									x		
acidentes												
dificuldades sexuais												
aposentadoria	1		x									
Finanças												
Perdas financeiras	3				x						x	x
Dívidas	3	x			x						x	

APÊNDICE T

Eventos vitais em termos do número de eventos, classificação em quartis* e fonte estressora aos 2 anos de idade corrigida da criança

F A M I L I A S	Total de eventos relatados	Classificação em Quartis*	FONTES ESTRESSORAS					
			Trabalho	Perda de suporte social	Família	Mudanças no ambiente	Dificuldades pessoais	Finanças
A	7	M	1	0	1	1	2	2
B	2	I	1	0	0	0	1	0
C	3	I	0	1	0	1	1	0
D	8	S	2	1	2	1	0	2
E	5	M	1	0	0	1	3	0
F	7	M	1	0	1	0	5	0
G	1	I	0	0	0	0	1	0
H	3	I	0	1	0	1	0	1
I	5	M	1	0	1	0	2	1
J	4	I	0	0	0	0	3	1
K	4	I	0	0	1	1	2	0

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

APÊNDICE U

Eventos vitais nas famílias, por itens de cada fonte estressora aos 2 anos de idade corrigida da criança.

Eventos vitais por fontes estressoras	Total	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Trabalho											
mudança de trabalho	4	x		x	x				x		
dificuldades com chefia											
perda do emprego	3			x							
reconhecimento profissional						x					
Perda de suporte social											
morte de alguém da família	2		x	x				x			
morte de um amigo											
morte do cônjuge											
Família											
doença na família	4			x		x					x
separação	1								x		
casamento											
gravidez											
nascimento na família	1			x							
Reconciliação matrimonial											
Mudanças no ambiente											
mudança de escola	3										
mudança de casa	3		x					x			
mudança do número de pessoas morando em casa				x	x						x
Dificuldades pessoais											
problemas de saúde	5										
mudanças de hábitos pessoais	3	x				x	x		x	x	x
mudanças de atividades sociais	3					x	x			x	
mudanças de atividades recreativas	4					x	x	x		x	
mudanças de atividades religiosas	3		x								x
acidentes	1							x			
dificuldades sexuais	1								x		
aposentadoria											
Finanças											
Perdas financeiras	2			x							
Dívidas	5			x				x	x	x	

APÊNDICE V

Itens de risco psicossocial de Rutter presentes em cada família e avaliação do risco psicossocial

ITENS DE RISCO	FAMILIAS										
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
Baixo nível educacional dos pais (analfabeto, ensino fundamental incompleto)	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1
Habitação superlotada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Pais com doença psiquiátrica (distúrbio moderado ou severo-DSM-IV)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
História de delinqüência (pais)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Problemas conjugais (conflitos frequentes, separação, distância emocional)	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Maternidade/paternidade precoces (< 18 anos ou relacionamento < 6 meses)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Rejeição da gravidez	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Falta de apoio e integração social (falta de amigos e de ajuda no cuidado da criança)	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Dificuldades severas crônicas (desemprego/doença por mais de 1 ano)	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1
Falta de capacidade de lidar com problemas (lidar inadequado c/eventos estressores do problema, retraimento, resignação, dramatização exagerada)	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
ÍNDICE DE RISCO PSICOSSOCIAL*	2	1	0	2	0	1	1	1	1	1	2

*Índice de Risco psicossocial: 0 = baixo (0); 1 = moderado (1 ou 2); 2 = severo (> 2)

APÊNDICE W

Análise gráfica da rede social da família A de acordo com a estrutura, funções e atributos de cada interação, mudanças desejadas e interações nos Ecomapas 1, 2, 3 e 4

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ECOMAPA 1	ECOMAPA 2	ECOMAPA 3	ECOMAPA 4
ESTRUTURA DA REDE	Tamanho	Mãe: *RP: 5; **RI: 1 Pai: RP: 4 Criança: RP: 1; RI: 2	Mãe: RP: 5 Pai: ausente Criança: RP: 5; RI: 2	Mãe: RP: 3 RI: 1 Pai: ausente Criança: RP: 3; RI: 2	Mãe: RP: 3 RI: 1 Pai: ausente Criança: RP: 3; RI: 3
	Densidade	Mãe x vizinha; mãe x equipe de saúde; mãe x avó materna	Mãe x avos maternos; mãe x madrinhas da criança	Mãe x avo materna; mãe x clínica de reabilitação	Mãe x avo materna
	Dispersão	Sem distância geográfica	Sem distância geográfica	Sem distância geográfica	Sem distância geográfica
	Homogeneidade ou heterogeneidade	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI
FUNÇÕES DA REDE	Apoio emocional	Avó materna e psicóloga	Ausente	Ausente	Ausente
	Companhia social	Mães de bebês internados na Unidade Neonatal	Avos maternos	Avos maternos	Avos maternos
	Guia cognitivo	Psicóloga	Ausente	Avó materna	Avó materna
	Ajuda prática	Enfermagem	Avó materna e madrinha	Avó materna e madrinha	Avó materna e madrinha
	Ajuda material	Igreja, assistente social e avó materna	Igreja	Igreja e avó materna	Igreja e avó materna
	Ajuda espiritual	Igreja, avó materna, vizinhos	Igreja	Igreja	Ausente
	Ajuda de serviços	Mãe: serviços de saúde do hospital Criança: Unidade Neonatal e Hospital que realizou cirurgia	Mãe: ausente Criança: ambulatório/ <i>follow-up</i> e ULS	Mãe: ULS Criança: <i>follow-up</i> e Reabilitação	Mãe: ULS Criança: <i>follow-up</i> , ULS e Reabilitação
Multidimensionalidade	Igreja, avó materna e Serviços de saúde: 3 funções cada; vizinhos: 1 função	Igreja e avos maternos: 2 funções; madrinhas e Serviços de saúde: 1 função	Igreja, avó materna e Serviços de saúde: 3 funções;	Avó materna: 3 funções, Serviços de saúde: 4 funções; Igreja e madrinha: 1 função	

ATRIBUTOS DA INTERAÇÃO	Função predominante	Ajuda espiritual e ajuda material	Ajuda prática	Ajuda material	Ajuda material e Serviços de Saúde
	Reciprocidade	Mãe x criança; mãe x mães de bebês internados	Mãe x criança	Mãe x criança	Mãe x criança
	Historia da relação	Ha 6 anos com os vizinhas; c/ serviços de saúde desde o nascimento do bebê	Ha 6 anos com 2 madrinhas e três meses com 1 madrinha; ULS: desde a alta hospitalar do bebê	Ha 6 meses com a Clínica de Reabilitação	Programa de TV (ajuda): 3 meses
	Acesso a novos contatos	Serviços de saúde do hospital	Sem novos contatos	Serviço de Reabilitação	Programa de TV
MUDANÇAS DESEJADAS	Rede social pessoal	Tratar o alcoolismo do pai	Apoio do pai	Condição financeira da família	Não mudaria nada
	Rede social institucional	Não mudaria nada	Não mudaria nada	Apoio da ULS (acesso)	Garantia de consulta na ULS
INTERAÇÕES DO ECOMAPA	Interação forte	Mãe dos bebês, avó materna, mãe, vizinhas, equipe de saúde, igreja, hospital pediátrico	Mãe, avó materna, vizinhas, igreja, ULS, <i>follow-up</i>	Mãe, avó materna, igreja, <i>follow-up</i> , Reabilitação	Mãe, avó materna,
	Interação tênue	Patroa da mãe, vizinhas Trabalho do pai, amigos, ex-mulher	Criança: vizinhas	Mãe: ULS Criança: madrinha	Igreja, pai, madrinha, ULS
	Interação conflituosa	Pai, avó materno Avós maternos	Mãe: avó materno	Ausente	Ausente
	Fluxo do apoio	Mãe, igreja, mães dos bebês, avó materna, equipe de saúde	Mãe, avó materna, igreja; <i>follow-up</i>	Mãe, avó materna, igreja; <i>follow-up</i> , Reabilitação	Mãe, avó materna, igreja

*RP: rede pessoal; **RI: Rede institucional

APÊNDICE X

Análise gráfica da rede social da família B de acordo com a estrutura, funções e atributos de cada interação, mudanças desejadas e interações nos Ecomapas 1, 2, 3 e 4.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ECOMAPA 1	ECOMAPA 2	ECOMAPA 3	ECOMAPA 4
ESTRUTURA DA REDE	Tamanho	Mãe: RP: 5; RI: 1 Pai: RP: 3; RI: 1 Irmã: RP: 3 Criança: RP: 2; RI: 1	Mãe: RP: 4 Pai: RP: 4 Irmã: RP: 3 Criança: RP: 3; RI: 2	Mãe: RP: 4; RI: 1 Pai: RP: 3; RI: 1 Irmã: RP: 2; RI: 1 Criança: RP: 3; RI: 2	Mãe: RP: 4; RI: 1 Pai: RP: 4; RI: 1 Irmã: RP: 2; RI: 1 Criança: RP: 3; RI: 1
	Densidade	Pai x família materna; pai x vizinha; mãe x equipe de saúde	Pais x famílias de origem; pais x vizinhos; pais x serv. de saúde	Pais x famílias de origem	Pais x famílias de origem
	Dispersão	Distância geográfica com a RP	Distância geográfica com RI (<i>follow-up</i>)	Distância geográfica com RI (<i>follow-up</i>)	Sem distância geográfica
	Homogeneidade ou heterogeneidade	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI
FUNÇÕES DA REDE	Apoio emocional	Pais, familiares e psicóloga	Pais entre si, avós maternos e paternos	Pais entre si, avós e tios maternos e paternos	Pais entre si, avós maternos e paternos
	Companhia social	Mães de bebês internados na Unidade Neonatal	Pais e irmã	Pais e irmã	Pais e irmã
	Guia cognitivo	Enfermagem, psicóloga	Pai, avós materna e paterna e familiares	Avós maternos e paternos	Pais
	Ajuda prática	Enfermagem, vizinha e familiares e pai	Pai, familiares e vizinha	Pai e tios paternos	Tios maternos e paternos
	Ajuda material	Serviço social do Hospital	Secretaria Municipal de Saúde	-	-
	Ajuda espiritual	-	-	Igreja (missa, novena)	Igreja (missa, novena)
	Ajuda de serviços	Mãe: serviços de saúde do Hospital Criança: Unidade Neonatal	Mãe: ausente Criança: <i>follow-up</i> e ULS	Pais e irmã: ULS Criança: ULS e <i>follow-up</i>	Pais e irmã: ULS Criança: ULS
Multidimensionalidade	Pai: 2 funções; Serviços de saúde: 4 funções	Pai: 4 funções; famílias de origem: 2 funções	Avós e tios: 1 a 2 funções; pai, serviços de saúde, igreja: 1 função	Pai, avós, tios e Serviços de Saúde: 2 funções; Igreja: 1 função	

ATRIBUTOS DA INTERAÇÃO	Função predominante	Apoio emocional e ajuda prática	Guia cognitivo e ajuda prática	Apoio emocional	Apoio emocional e ajuda prática
	Reciprocidade	Mãe x pai; pais x criança; pai x irmã; mãe x mães dos bebês internados	Mãe x pai; pais x criança	Mãe x pai; pais x criança; mãe x irmã	Mãe x pai; pais x criança; mãe x irmã
	História da relação	Casal e famílias de origem há 12 anos; hospital a partir do nascimento	ULS há 5 anos	Idem	Idem
	Acesso a novos contatos	Serviços de saúde do hospital	Sem novos contatos	Sem novos contatos	Sem novos contatos
MUDANÇAS DESEJADAS	Rede social pessoal	Não mudariam nada	Não mudariam nada	Ocupação profissional para o pai	Não mudariam nada
	Rede social institucional	Apoio do Serviço Social p/realizar a Laqueadura Tubária	Não mudariam nada	Não mudariam nada	Não mudariam nada
INTERAÇÕES DO ECOMAPA	Interação forte	Pais, avós materna e avós/tios materna e paterna, mães dos bebês internados, equipe de saúde Creche Irma, equipe de saúde	Pais, tios, avo materna creche, irmã, ULS, <i>follow-up</i> , Secretaria de saúde	Pais, avo materna, Igreja e Serviços de Saúde	Pais, Igreja, ULS
	Interação tênue	Vizinhos Criança: pai	Vizinha, avos e tios paternos,	Avos paternos	Avos e tios maternos e paternos
	Interação conflituosa	-	-	-	-
	Fluxo do apoio	Pai, mãe, avo materna, avos paternos, tios, vizinhos, equipe de saúde	Pai, mãe, familiares, vizinhos, <i>follow-up</i>	Pai, mãe, avos maternos e paternos, Igreja, Serviços de Saúde	Pais, avos e tios maternos e paternos, Igreja e ULS

APÊNDICE Y

Análise gráfica da rede social da família C de acordo com a estrutura, funções e atributos de cada interação, mudanças desejadas e interações nos Ecomapas 1, 2, 3 e 4

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ECOMAPA 1	ECOMAPA 2	ECOMAPA 3	ECOMAPA 4
ESTRUTURA DA REDE	Tamanho	Mãe: RP: 8; RI: 1 Pai: RP: 6; RI: 1 Irmã: RP: 3 Criança: RP: 2; RI: 1	Mãe: RP: 7 Pai: RP: 6 Irmã: RP: 3 Criança: RP: 3; RI: 4	Mãe: RP: 5 Pai: RP: 5 Irmã: RP: 3 Criança: RP: 3; RI: 3	Mãe: RP: 4 Pai: RP: 4 Irmã: RP: 3 Criança: RP: 3; RI: 2
	Densidade	Pai x família de origem materna/paterna; pai x amigos; mãe x equipe de saúde	Pai x irmã, pai x família de origem materna/paterna, pai x amigos, pai x Serviços de Saúde	Familiares entre si; amigos x familiares; pai x <i>follow-up</i>	Pai x tias maternas e paternas; pai x Ambulatorio de Desenvolvimento
	Dispersão	Distância geográfica com a RP	Distância geográfica com RI (<i>Follow-up</i> do hospital)	Distância geográfica com <i>follow-up</i>	Sem distância geográfica
	Homogeneidade ou heterogeneidade	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI
FUNÇÕES DA REDE	Apoio emocional	Pai, familiares, grupo de família, psicóloga, amigos	Pai entre si, familiares, grupo de família, amigos	Pai entre si, tia paterna	Pai, amigos, e tios maternos/paternos
	Companhia social	Mães de bebês internados na Unidade Neonatal	Pai, irmã e familiares	Pai, irmã	Pai, irmã, tias maternas/paternas
	Guia cognitivo	Médicos, enfermagem, psicóloga, enfermeira do aleitamento	Familiares, serviços de saúde	Tios maternos e paternos e amigos	Tias maternas e paternas e Igreja
	Ajuda prática	Enfermagem, familiares	Pai, irmã, familiares	Tia materna e irmã	Irmã
	Ajuda material	Avós paternos e amigos	Familiares, amigos	-	-
	Apoio espiritual	Deus, grupo de família (novenas)	Deus, grupo de família	Deus, grupo de família	Igreja Evangélica
	Ajuda de serviços	Mãe: serviços do Hospital Bebê: Unidade Neonatal	Mãe: ULS Bebê: <i>follow-up</i> , ULS, Policlínica, Emergência Hospital	<i>Follow-up</i> , ULS, Ambulatorio de Desenvolvimento (Nutrólogo)	Criança: ULS, Unidade Materno-Infantil do Município (equipe multidisciplinar)
Multidimensionalidade	Familiares: 2 funções Profissionais: 4 funções Grupo de família: 2 fç.	Pai: 4 funções Familiares: 5 funções Grupo de família: 2 funções <i>Follow-up</i> : 1 função	Pai e Deus: 1 função; tios: 1 a 2 funções; Serviços de Saúde: 2 funções	Tias maternas/paterna: 3 funções; Igreja: 2 funções; Serviços de Saúde: 3 funções	

ATRIBUTOS DA INTERAÇÃO	Função predominante	Apoio emocional, guia cognitivo, ajuda prática e espiritual	Apoio emocional e guia cognitivo	Apoio emocional e espiritual	Apoio emocional
	Reciprocidade	Pai x mãe, pais x criança; pai x irmã	Pai x mãe; pais x irmã; pais x criança	Pai x mãe; pais x irmã; pais x criança	Pai x mãe; pais x irmã; pais x criança
	História da relação	Casal, famílias de origem, amigos há 16 anos; com hospital, nesta internação	Serviços de saúde há 13 anos	Ha 4 meses com o Ambulatório de Desenvolvimento	Ha 6 meses com a Unidade Materno-Infantil do Município
	Acesso a novos contatos	Serviços de saúde do hospital	Sem novos contatos	Ambulatório de Desenvolvimento	Unidade Materno-Infantil do Município
MUDANÇAS DESEJADAS	Rede social pessoal	Não mudariam nada	Não mudariam nada	Não mudariam nada	Não mudariam nada
	Rede social institucional	Não mudariam nada	Não mudariam nada	Não mudariam nada	Não mudariam nada
INTERAÇÕES DO ECOMAPA	Interação forte	Pais, Deus, avós paternos, tios maternos e paternos, amigos, equipe de saúde, Unidade Neonatal	Pais, Deus, irmã, tios maternos e paternos, avós paternos, Serviços de Saúde, trabalho do pai	Pais, Deus, irmã, tios maternos e paternos, trabalho do pai, Serviços de Saúde	Pais, Igreja, irmã, tias maternos e paternos, trabalho do pai, Serviços de Saúde
	Interação tênue	Avo materna	Amigos, tias paternas	-	Amigos
	Interação conflituosa	-	-	-	-
	Fluxo do apoio	Deus, pais, avós paternos, tios maternos e paternos, amigos, e equipe de saúde	Deus, pais, irmã, amigos, avós paternos, tios maternos e paternos e Serviços de Saúde	Deus, pais, irmã, amigos, tios maternos e paternos e follow-up	Pais, igreja, tias maternas e paternas

APÊNDICE Z

Análise gráfica da rede social da família D de acordo com a estrutura, funções e atributos de cada interação, mudanças desejadas e interações nos Ecomapas 1, 2, 3 e 4

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ECOMAPA 1	ECOMAPA 2	ECOMAPA 3	ECOMAPA 4
ESTRUTURA DA REDE	Tamanho	Mãe: RP: 4; RI: 1 Pai: RP: 4 Criança: RP:1; RI: 1	Mãe: RP: 3 Pai: RP: 3 Criança: RP: 3; RI: 2	Mãe: RP: 4 Pai: RP: 3 Criança: RP:4; RI: 2	Mãe: RP: 4 Pai: RP: 4 Criança: RP:4; RI: 1
	Densidade	Pai x avo paterna	Pais x avo paterna	Pais x avo paterna	Pais x avo paterna
	Dispersão	Sem distância geográfica	Sem distância geográfica	Sem distância geográfica	Sem distância geográfica
	Homogeneidade ou heterogeneidade	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI
FUNÇÕES DA REDE	Apoio emocional	Avo materna e paterna, pai	Pais entre si	Pais entre si	Pais entre si
	Companhia social	Mãe e mães de bebês internados na Unidade Neonatal	Pais e avos paternos	Pais e avos paterna	Pais, avos e tia paterna; amigo
	Guia cognitivo	Equipe de saúde	Avo paterna e materna	Avo paterna	Avo paterna
	Ajuda prática	-	Avo paterna e pai	Avo paterna	Avo paterna
	Ajuda material	Avo, tia e bisavo paterna	Avo e bisavo paterna e pai.	Avos paternos. Associação de Voluntários	Avos paternos
	Ajuda espiritual	-	-	-	-
	Ajuda de serviços	Mãe: serviços de saúde do hospital Criança: Unidade Neonatal	Criança: ambulatório, blow-up e ULS	Criança: ambulatório, blow-up e ULS	Criança: ULS
Multidimensionalidade	Avo Paterna: 1 função Pai: 2 funções	Avo Paterna: 3 funções Pai: 2 funções; Serviços de Saúde: 2 funções	Avo paterna: 4 funções; pai: 1 função; Serviços de Saúde: 2 funções	Avo paterna: 4 funções; Avô paterno: 2 funções pai, amigo e tia paterna: 1 função	

ATRIBUTOS DA INTERAÇÃO	Função predominante	Apoio emocional e ajuda material	Guia cognitivo e ajuda prática	Ajuda material	Companhia social
	Reciprocidade	Pai x mãe	Pai x mãe	Pai x mãe	Pai x mãe; Mãe x avo paterna
	História da relação	Ha 10 meses com pai, com família paterna e os demais desde o nascimento da criança	ULS apos a alta hospitalar da criança	Ha 6 meses com a Associação de Voluntários	Idem
	Acesso a novos contatos	Serviço de saúde do hospital desde o nascimento da criança	Sem novos contatos	Associação de Voluntários	Sem novos contatos
MUDANÇAS DESEJADAS	Rede social pessoal	Relação do avô materno com o pai	Não mudariam nada	Oportunidade de emprego para o pai; ter condições financeiras para levar a criança ao <i>follow-up</i>	Oportunidade de emprego para o pai
	Rede social institucional	Não mudaria nada	Não mudariam nada	Não mudariam nada	Não mudariam nada
INTERAÇÕES DO ECOMAPA	Interação forte	Avó e bisavo paterna, pais e mãe dos bebês; Unidade Neonatal	Pais, avos e bisavo paterna <i>follow-up</i>	Pais, avos paternos e Serviços de Saúde	Pais, avos paternos e ULS
	Interação tênue	Avó materna, equipe de saúde, tia paterna, pai (criança)	Avó materna, ULS	Avó materna	Avó materna, tia paterna e amigo
	Interação conflituosa	Pais e avó materno	Pais e avó materno	Pais e avó materno	Pais e avó materno
	Fluxo do apoio	Pais, avó e tia paterna, equipe de saúde	Pais, avó materna e paterna, <i>follow-up</i>	Pais e avó paterna	Pais e avos paternos

APÊNDICE AA

Análise gráfica da rede social da família E de acordo com a estrutura, funções e atributos de cada interação, mudanças desejadas e interações nos Ecomapas 1, 2, 3 e 4

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ECOMAPA 1	ECOMAPA 2	ECOMAPA 3	ECOMAPA 4
ESTRUTURA DA REDE	Tamanho	Mãe: RP: 5; RI: 1 Pai: RP: 3; RI: 1 Criança: RP: 2; RI: 1	Mãe: RP: 5 Pai: RP: 4 Criança: RP: 6; RI: 2	Mãe: RP: 4 Pai: RP: 4 Criança: RP: 6; RI: 2	Mãe: RP: 4 Pai: RP: 4 Criança: RP: 5; RI: 1
	Densidade	Pais x equipe de saúde; pais e famílias de origem	Pais x famílias de origem; família de origem entre si; pais e <i>follow-up</i>	Pais x famílias de origem; família de origem entre si; pais	Pais x famílias de origem; família de origem entre si; pais
	Dispersão	Sem distância geográfica	Sem distância geográfica	Sem distância geográfica	Sem distância geográfica
	Homogeneidade ou heterogeneidade	Homogeneidade para RP e RI	Homogeneidade para RP e RI	Homogeneidade para RP e RI	Homogeneidade para RP e RI
FUNÇÕES DA REDE	Apoio emocional	Psicóloga, avó materna, avô paterno, pais	Avós maternos e paternos, pais	Pais, avó materna e avô paterno	Pais, avó materna e avô paterno, amigos
	Companhia social	Mães de bebês internados na Unidade Neonatal	Amigos; avós maternos e paternos	Avós maternos e paternos, tios paternos e amigos	Avós maternos e amigos do trabalho
	Guia cognitivo	Equipe de saúde (enfermeiras, médicos, assist. social)	Avós maternos e paternos, bisavô e tias materna	Avós maternos e paternos	Avós maternos e paternos
	Ajuda prática	Equipe de enfermagem	Pai, avós maternos e paternos	Pai e avó materna	Creche a avó materna
	Ajuda material	Avó materna e avós paternos; amigos; amiga da avó materna	Pai; tias materna; avós maternos e paternos	Avós maternos e paternos	Avós maternos e paternos
	Ajuda espiritual	-	-	-	-
	Ajuda de serviços	Pais: equipe de saúde Criança: Unidade Neonatal	Criança: <i>follow-up</i> e ULS	Criança: ULS, Serviço de emergência de Hospital Infantil, <i>follow-up</i>	Emergência do hospital infantil e da Policlínica Regional
<i>Multidimensionalidade</i>	Avós maternos e paternos: 3 funções Profissionais: 3 funções	Avós maternos e paternos: 6 funções; pai: 2 funções Serviços de Saúde: 1 função	Avó materna: 5 funções; avós paternos: 3 funções; pai, amigos e Serviços de Saúde: 1 função	Avó materna: 5 funções; avós paternos: 3 funções; amigos: 2 funções; creche: 1 função	

ATRIBUTOS DA INTERAÇÃO	Função predominante	Apoio emocional, guia cognitivo e ajuda material	Apoio emocional, companhia social, guia cognitivo, ajuda prática e material	Apoio emocional, ajuda prática e emocional	Apoio emocional e ajuda material
	Reciprocidade	mãe x pai; pais x criança; mãe x mães de bebê internado	mãe x pai; pais x criança	mãe x pai; pais x criança; mãe x avó materna	Mãe x pai
	Historia da relação	Casal e famílias de origem se conhecem há 1 ano; os demais c/gravidez e nascimento do bebê	ULS desde a gravidez	2 vezes no último ano	2 vezes no último ano
	Acesso a novos contatos	Serviços de Saúde do hospital desde o nascimento da criança	Sem novos contatos	Serviço de emergência de hospital infantil	Emergência da Policlínica Regional
MUDANÇAS DESEJADAS	Rede social pessoal	Não mudariam nada	Não mudariam nada	Não mudariam nada	Não mudariam nada
	Rede social institucional	Não mudariam nada	Os serviços oferecidos na ULS (acesso, profissionais)	Incluir pediatra na ULS, manutenção de profissionais na equipe da ULS e profissionais mais informados sobre a criança	Dificuldades na ULS para agendar médico especialista e exames
INTERAÇÕES DO ECOMAPA	Interação forte	Pais, avó materna, mães dos bebês, equipe de saúde, avó paterno, Unidade Neonatal	Avó materna, avós paternos, pais, familiares <i>follow-up</i>	Pais, avós maternos e avó paterno, <i>follow-up</i>	Avós maternos e paternos, amigos e creche
	Interação tênue	Amigos	Amigos, bisavó materno, ULS	Amigos, ULS e serviço de Emergência	Emergência da Policlínica Regional, Pais
	Interação conflituosa	-	-	-	-
	Fluxo do apoio	Avó materna, pais, mães de bebês, equipe de saúde	Avós maternos e paternos, pais, <i>follow-up</i>	Avós maternos e paternos, pais	Avós maternos e paternos, pais, creche

APÊNDICE BB

Análise gráfica da rede social da família F de acordo com a estrutura, funções e atributos de cada interação, mudanças desejadas e interações nos Ecomapas 1, 2, 3 e 4.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ECOMAPA 1	ECOMAPA 2	ECOMAPA 3	ECOMAPA 4
ESTRUTURA DA REDE	Tamanho	Mãe: RP: 7; RI: 1 Pai: RP: 8; RI: 1 Criança: RP: 6; RI: 1	Mãe: RP: 9; RI: 3 Pai: RP: 8 Criança: RP: 7; RI: 3	Mãe: RP: 7; RI: 2 Pai: RP: 8 Criança: RP: 6; RI: 3	Mãe: RP: 9; RI: 3 Pai: RP: 8 Criança: RP: 7; RI: 3
	Densidade	Pais x avós maternos e paternos; pais x equipe de saúde; pai x trabalho do pai	Pais x famílias de origem; famílias de origem entre si;	Pais x famílias de origem; famílias de origem entre si	Pais x famílias de origem; famílias de origem entre si
	Dispersão	Distância geográfica com a RP	Distância geográfica com RI(<i>follow-up</i>)	Distância geográfica com RI(<i>follow-up</i>) e RI da mãe	Distância geográfica com RI da mãe
	Homogeneidade ou heterogeneidade	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI
FUNÇÕES DA REDE	Apoio emocional	Psicóloga, pais entre si, avós maternos e paternos, familiares, amigos, vizinhos	Pais entre si, avós maternos e paternos, familiares, amigos, vizinhos	Pais entre si, avós e tios maternos e paternos	Pais entre si, avós e tios maternos e paternos
	Companhia social	Mães de bebês internados na Unidade Neonatal	Pais, avós paternos e familiares	Avós e tios maternos e paternos, trabalho do pai	Avós e tios maternos e paternos, trabalho do pai, amigos
	Guia cognitivo	Equipe de saúde (enfermeiras, médicos, assist. social, psicóloga)	Avós maternos e paternos, familiares, Serviços de Saúde do hospital	Avós maternos e paternos	Avós maternos e paternos
	Ajuda prática	Enfermagem	Avós maternos e paternos, pai, tias paternas	Avós maternos e paternos	Avós paternos
	Ajuda material	Serv. Social, trabalho do pai	Familiares, trabalho do pai	-	--
	Ajuda espiritual	Deus, avós maternos e paternos, amigos (novenas)	Deus, orações dos avós maternos e paternos, familiares, amigos	Deus (orações, participação em missa)	Deus (orações, participação em missa)
	Ajuda de serviços	Mãe: Serviços do Hospital Criança: Unidade Neonatal	Mãe: Hospital Florianopolise do município de origem; Ambulatório hospital Criança: pediatra rede privada, <i>follow-up</i> e ULS	Mãe: hospital de Florianopolis Criança: pediatra rede privada, <i>follow-up</i> e ULS	Mãe: hospital de Florianopolis Criança: pediatra rede privada e ULS

ATRIBUTOS DA INTERAÇÃO	Multidimensionalidade	Avós maternos e paternos: 2 funções; equipe de saúde: 4 funções; amigos: 2 funções	Avós maternos e paternos: 3 funções; familiares: 2 funções; pais: 3 funções	Avós maternos e paternos: 4 funções; Tios e igreja: 2 funções; pai: 1 função; Serviços de Saúde: 3 funções	Avós paternos: 4 funções; avós maternos: 2 funções; Deus, tios e amigos: 1 função
	Função predominante	Apoio emocional, guia cognitivo e ajuda espiritual	Apoio emocional, companhia social, guia cognitivo, ajuda prática, espiritual e serviços	Apoio emocional, guia cognitivo, ajuda prática	Apoio emocional e guia cognitivo
	Reciprocidade	Pais x criança; mãe x mles de bebês internados; mãe x pai	Pais x bebê; mãe x pai; pais x avós paternos	Pais x bebê; mãe x pai	Pais x bebê; mãe x pai
	História da relação	Casal e famílias de origem há 2 anos e 9 meses; c/ hospital há 6 anos.	Serviços município há 27 anos, pediatra privado após a alta hospitalar	Idem	Idem
	Acesso a novos contatos	Maternidade e Unidade Neonatal	Pediatra da rede privada	Sem novos contatos	Sem novos contatos
MUDANÇAS DESEJADAS	Rede social pessoal	Não mudariam nada	Não mudariam nada	Não mudariam nada	Não mudariam nada
	Rede social institucional	Não mudariam nada	Serviços de saúde do município (ULS)	Serviços de saúde do município (ULS, transporte, remédios)	Agilidade da ULS no encaminhamento da cirurgia da criança
INTERAÇÕES DO ECOMAPA	Interação forte	Pais, avós maternos e paternos, tios, vizinhos, amigos, mles dos bebês internados, equipe de saúde, Deus, trabalho do pai, Unidade Neonatal	Pais, avós maternos e paternos, tios, amigos, vizinhos, trabalho do pai, <i>follow-up</i> , pediatra privado	Pais, avós e tios maternos e paternos, Deus, trabalho do pai e Serviços de Saúde	Pais, avós maternos e paternos, tios paternos, Deus, trabalho do pai
	Interação ténue	Avós maternos e paternos	Criança e mãe: ULS	Vizinhos e ULS	Tios maternos, ULS e pediatra da rede privada
	Interação conflituosa	-	-	-	-
	Fluxo do apoio	Pais, avós maternos e paternos, equipe de saúde, trabalho do pai e Deus	Pais, avós maternos e paternos, <i>follow-up</i> , trabalho do pai e Deus	Pais, avós e tios maternos e paternos, Deus, trabalho do pai e <i>follow-up</i>	Pais, avós e tios maternos e paternos, Deus

APÊNDICE CC

Análise gráfica da rede social da família G de acordo com a estrutura, funções e atributos de cada interação, mudanças desejadas e interações nos Ecomapas 1, 2, 3 e 4.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ECOMAPA 1	ECOMAPA 2	ECOMAPA 3	ECOMAPA 4
ESTRUTURA DA REDE	Tamanho	Mãe: RP: 6; RI: 1 Pai: RP: 5 Irmão: RP: 3 Criança: RP: 3; RI: 1	Mãe: RP: 8; RI: 1 Pai: RP: 6 Irmão: RP: 2 Criança: RP: 4; RI: 2	Mãe: RP: 4; RI: 1 Pai: RP: 4 Irmão: RP: 2 Criança: RP: 5; RI: 3	Mãe: RP: 4; RI: 1 Pai: RP: 5 Irmão: RP: 3 Criança: RP: 5; RI: 1
	Densidade	Avo materna x pais; pai x tia paterna; mãe x equipe de saúde	Pais x avos maternos e paternos; pais x familiares; mãe x <i>follow-up</i>	Pais x avo materna; pais x tia paterna	Pais x avo materna; pais x creche
	Dispersão	Distância geográfica com RP	Distância geográfica com RI(<i>follow-up</i> do hospital)	Distância geográfica com RI(<i>follow-up</i> do hospital)	Sem distância geográfica com RP e RI
	Homogeneidade ou heterogeneidade	Homogeneidade para RPe heterogeneidade para RI	Homogeneidade para RPe heterogeneidade para RI	Homogeneidade para RPe heterogeneidade para RI	Homogeneidade para RPe heterogeneidade para RI
FUNÇÕES DA REDE	Apoio emocional	Psicóloga, pais entre si, avos maternos e paternos, tia paterna	Pais entre si, avos e tios maternos e paternos	Pais entre si, avo materna e tia paterna	Pais entre si, avo materna e tia paterna
	Companhia social	Mães de bebês internados na Unidade Neonatal	Pais e irmão, avo materna	Pais e irmão, avo materna	Pais e irmão, avo materna, casal de amigos
	Guia cognitivo	Equipe de saúde (enfermeiras, médicos)	Avos maternos e paternos, <i>follow-up</i>	Avo materna	Avo materna
	Ajuda prática	Enfermagem, pai	Pai, avo materna, tia paterna	Avo materna e pai	Avo materna, pai e creche
	Ajuda material	Serviço social do hospital	-	-	-
	Ajuda espiritual	Deus (oração, leitura bíblica)	Deus (oração, leitura bíblica)	Deus (oração, leitura bíblica)	Deus (oração, leitura bíblica)
	Ajuda de serviços	Mãe: serviços do hospital Criança: Unidade Neonatal	Mãe: ULS Criança: ambulatório/ <i>follow-up</i> e ULS	Criança: ULS, Posto de Atendimento Central e <i>follow-up</i>	Criança: ULS
Multidimensionalidade	Profissionais: 4 funções	Avo materna: 3 funções Tia paterna: 2 funções Pai: 3 funções <i>Follow-up</i> : 1 função	Avo materna: 3 funções; pai: 2 funções; tia paterna, amigo e Deus: 1 função	Avo materna: 3 funções; pai: 2 funções; tia paterna, amigo e Deus: 1 função	

ATRIBUTOS DA INTERAÇÃO	Função predominante	Apoio emocional	Apoio emocional e ajuda prática	Apoio emocional	Apoio emocional
	Reciprocidade	Mãe x bebê; mãe x mães de bebês internados; mãe x pai	Pai x bebê; mãe x pai	Pai x mãe	Pai x mãe
	Historia da relação	Casal e família de origem há 10 anos; hospital desde o nascimento do bebê	Desde a gravidez com a ULS	Ha 6 meses com o Posto de Atendimento Central	Ha 7 meses com casal de amigos
	Acesso a novos contatos	Serviços do hospital	ULS	Posto de Atendimento Central	Casal de amigos
MUDANÇAS DESEJADAS	Rede social pessoal	Contar c/a presença do pai e irmão no hospital.	Não mudariam nada	Não mudariam nada	Não mudariam nada
	Rede social institucional	Não mudariam nada	Que o município tivesse o apoio para a saúde como o encontrados no hospital em Florianópolis. "O posto nunca veio aqui" (Pai G)	Não mudariam nada	Que o município tivesse o apoio para a saúde como o encontrados no hospital em Florianópolis
INTERAÇÕES DO ECOMAPA	Interação forte	Deus, pais, avos maternos e paternos, tia paterna, mães dos bebês internados, equipe de saúde Unidade Neonatal	Deus, pais, avos maternos e paternos, tios paternos <i>Follow-up</i> , trabalho dos pais	Deus, pais, avo materna e tia paterna, trabalho dos pais	Deus, pais, avo materna e tia paterna, casal de amigos, creche, ULS, trabalho dos pais
	Interação tênue	Pai	ULS	Avos paternos, ULS, Posto de Atendimento Central	Avos e tios paternos
	Interação conflituosa	-	-	-	-
	Fluxo do apoio	Deus, pais, avos maternos e paternos, equipe de saúde e tia paterna, mãe de bebês internados	Deus, pais, avos maternos e paternos, <i>follow-up</i>	Deus, pais, avo materna e tia paterna, <i>follow-up</i>	Deus, pais, avo materna e tia paterna, creche

APÊNDICE DD

Análise gráfica da rede social da família H de acordo com a estrutura, funções e atributos de cada interação, mudanças desejadas e interações nos Ecomapas 1, 2, 3 e 4.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ECOMAPA 1	ECOMAPA 2	ECOMAPA 3	ECOMAPA 4
ESTRUTURA DA REDE	Tamanho	Mãe: RP: 7; RI: 1 Pai: RP: 5 Irmão: RP: 3 Criança: RP: 2; RI: 1	Mãe: RP: 3 Pai: RP: 3 Irmão: RP: 3 Criança: RP: 2; RI: 2	Mãe: RP: 3 Pai: RP: 4 Irmão: RP: 2 Criança: RP: 3; RI: 2	Mãe: RP: 3 Pai: RP: 4 Irmão: RP: 2 Criança: RP: 3; RI: 1
	Densidade	Avo e tia materna; pai; mãe x equipe de saúde	Mãe x pai; pais x <i>follow-up</i>	Pais x "irmãos da igreja"; "irmãos da igreja" entre si	Pais x "irmãos da igreja"; "irmãos da igreja" entre si
	Dispersão	Sem distância geográfica	Distância com a família materna	Sem distância geográfica	Sem distância geográfica
	Homogeneidade ou heterogeneidade	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para R I	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para R I	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para R I
FUNÇÕES DA REDE	Apoio emocional	Assistente social, pais entre si, tia paterna	Pais entre si, tia paterna	Pais entre si, "irmãos da igreja"	Pais entre si
	Companhia social	Mães de bebês internados na Unidade Neonatal	Pais e irmão	Pais e irmão, "irmãos da igreja"	Pais e irmão, "irmãos da igreja"
	Guia cognitivo	Equipe de saúde (enfermeiras, central de aleitamento)	Pai, mãe, <i>follow-up</i>	"Irmãos da igreja"	Pai, tio paterno, "irmãos da igreja"
	Ajuda prática	Avo materna, tia materna, pai, trabalho do pai	Pai	Pai e tia materna	-
	Ajuda material	-	-	-	-
	Ajuda espiritual	Pastor da igreja, orações dos "irmãos da igreja"	Igreja (culto e orações)	Igreja (culto e orações)	Igreja (culto e orações); tio paterno
	Ajuda de serviços	Mãe: serviços do Hospital Criança: Unidade Neonatal	Criança: <i>follow-up</i> e ULS	Criança: ULS, <i>follow-up</i> , Serviço de Emergência de hospitais	Criança: Serviços de Emergência
ATRIBUTOS	Multidimensionalidade	Profissionais: 2 funções	Pai: 4 funções Serviços de Saúde: 1 função	Pai, "irmãos da igreja, e Serviços de Saúde: 2 funções	Pai, tio, paterno, igreja: 2 funções; irmãos da igreja: 2 funções
	Função predominante	Apoio emocional e ajuda prática	Apoio emocional	Apoio espiritual	Guia cognitivo

DA INTERAÇÃO	Reciprocidade	Mãe x pai; mãe x criança	Mãe x pai; pais x criança	Mãe x pai; pais x criança	Mãe x pai; pais x criança
	História da relação	Casal e famílias de origem há 9 anos; vizinhos e creche há 5 anos, hospital no nascimento do bebê	ULS desde o nascimento do irmão (há 5 anos)	Serviço de Emergência do hospital (a partir da necessidade da criança neste ano)	Idem
	Acesso a novos contatos	Serviços do hospital	Sem novos contatos	Serviço de Emergência do Hospital Regional	Sem novos contatos
MUDANÇAS DESEJADAS	Rede social pessoal	Não mudariam nada	Não mudariam nada	Diminuíram a distância da família de origem materna	Não mudariam nada
	Rede social institucional	Não mudariam nada	Serviços oferecidos na ULS (acesso às consultas)	Não mudariam nada	Que a ULS tivesse interesse em acompanhar a criança e a família e que realizasse visita no domicílio
INTERAÇÕES DO ECOMAPA	Interação forte	Pais, avó materna, tios maternos e paternos, "irmãos da igreja", Deus, mães dos bebês internados, equipe de saúde, trabalho e amigos do pai, Unidade Neonatal	Igreja, pais, tia paterna, familiares paterno, Deus, trabalho do pai, vizinha, creche do irmão, <i>follow-up</i>	Pais, "irmãos da igreja", Deus, tios paternos e trabalho do pai	Pais, tio paterno, Deus, igreja, trabalho do pai, escola do irmão
	Interação tênue	Avó paterno e vizinhos	Família materna, ULS	Tia materna, ULS, Serviços de Emergência	Serviços de Emergência, "irmãos da igreja"
	Interação conflituosa	-	-	-	-
	Fluxo do apoio	Pais, avó materna, tios maternos e paternos, trabalho do pai, equipe de saúde, Deus, "irmãos da igreja"	Pais, Deus, igreja, trabalho do pai, vizinha, "irmãos da igreja", creche, <i>follow-up</i>	Pais, tios paternos, "irmãos da igreja", Deus e trabalho do pai	Pais, tios paternos, Igreja, Deus e trabalho do pai

APÊNDICE EE

Análise gráfica da rede social da família I de acordo com a estrutura, funções e atributos de cada interação, mudanças desejadas e interações nos Ecomapas 1, 2, 3 e 4

CATEGORIA	SUBCATEGORIA	ECOMAPA 1	ECOMAPA 2	ECOMAPA 3	ECOMAPA 4
ESTRUTURA DA REDE	Tamanho	Mãe: RP: 9; RI: 1 Pai: RP: 7 Criança: RP: 2; RI: 1	Mãe: RP: 6 Pai: RP: 7 Criança: RP: 3; RI: 3	Mãe: RP: 6 Pai: RP: 4 Criança: RP: 4; RI: 4	Mãe: RP: 6 Pai: RP: 5 Criança: RP: 5; RI: 3
	Densidade	Avo maternas x pais, pais x equipe de saúde	Mãe x pai; pais x avos maternos e paternos; pais x serviços de saúde	Pais x família de origem materna; avos maternos x tios maternos; pais x clínica privada	Pais x família de origem materna; avos maternos x tios maternos
	Dispersão	Distância geográfica com a RP	Distância geográfica com a RI e com a família de origem materna	Distância geográfica com a RI (menos a ULS)	Distância geográfica com a RI (menos a ULS)
	Homogeneidade ou heterogeneidade	Heterogeneidade com a RP (diferença cultural)	Heterogeneidade com a RP (diferença cultural)	Heterogeneidade com a RP (diferença cultural)	Heterogeneidade com a RP (diferença cultural)
FUNÇÕES DA REDE	Apoio emocional	Psicóloga, pais entre si, avos e tios maternos e paternos, amiga, mães de bebês internados	Pais entre si, avos e tios maternos e paternos, tios avos paternos, amiga	Pais entre si, avos e tios maternos, amiga	Avos e tia materna, amiga da mãe
	Companhia social	Mães de bebês internados na Unidade Neonatal	pais	Pais e avos maternos	Avos e tia materna, amigas do trabalho da mãe
	Guia cognitivo	Equipe de saúde (médicos, enfermeiras, Central de aleitamento), avos maternos	Avos maternos e paternos	Avos e tias maternas	Avos e tia materna
	Ajuda prática	Enfermagem	Pai	Avos maternos	Avos maternos, pai e baba
	Ajuda material	Avos maternos e paternos	Avos maternos e paternos, tios avos paternos, tia paterna	Avos maternos	Avos maternos
	Ajuda espiritual	Deus, orações da família materna	Orações da família materna, Deus	Deus, participação de missa, orações	Fe em Deus
	Ajuda de serviços	Pais: serviços do hospital Criança: Unidade Neonatal	Criança: <i>follow-up</i> , clínicas oftalmológicas e ULS	Criança: Pediatra Oftalmologista e Centro de Estimulação Privados, ULS	Criança: Pediatra e oftalmologista privado, ULS
Multidimensionalidade	Avos maternos: 3 funções Profissionais: 3 funções	Pai: 3 funções Avos maternos e paternos: 4 funções	Avos maternos: 4 funções; tias maternas e Serviços de Saúde: 2 funções; pai e amiga: 1 função	Avos maternos: 3 funções; tias materna: 3 funções; pai e baba: 1 função; Serviços de Saúde: 3 funções	

ATRIBUTOS DA INTERAÇÃO	Função predominante	Apoio emocional, ajuda material e espiritual	Apoio emocional, ajuda material e de serviços	Apoio emocional e guia cognitivo	Apoio emocional, companhia social, guia cognitivo e ajuda prática
	Reciprocidade	Mãe x pai; pais x bebê; mãe x mãe de bebês internados	Mãe x pai; pais x bebê	Mãe x pai	-
	História da relação	Casal e família de origem há 2 anos; hospital com internação do bebê	Clinicas oftalmológicas privadas, ULS após a alta hospitalar da criança	Ao longo do último ano com os Serviços de Saúde privada	Baba da criança há 2 meses; amigos do trabalho há 4 meses
	Acesso a novos contatos	Serviços do hospital	Clinicas oftalmológicas privadas (Blumenau, Fpolis, São Paulo)	Pediatra Oftalmologista e Centro de Estimulação privados	Baba da criança e amigas do trabalho materno
MUDANÇAS DESEJADAS	Rede social pessoal	Não mudariam nada	Não mudariam nada	Pai gostaria que seu trabalho permitisse que ficasse mais tempo com a criança	Não mudariam nada
	Rede social institucional	Não mudariam nada	Que o problema de visão da criança fosse resolvido no próprio hospital de internação	Não mudariam nada	Não mudariam nada
INTERAÇÕES DO ECOMAPA	Interação forte	Deus, pais, avós e tios maternos e paternos, mães dos bebês internados, equipe de saúde, Unidade Neonatal	Deus, pais, avós maternos e paternos, tia paterna e tio avô paterno, Clínicas oftalmológicas	Deus, pais, avós e tias maternos e Serviços de Saúde privado	Avós e tias maternas, amigas do trabalho, baba, pediatra e oftalmologista privado
	Interação tênue	Amiga, avós paternos	tios maternos, amiga, trabalho do pai, <i>follow-up</i> , ULS	Avós paternos, amiga da mãe, amigos trabalho do pai, ULS	Pais, Fe em Deus, ULS
	Interação conflituosa	-	-	-	-
	Fluxo do apoio	Deus, pais, avós e tios maternos e paternos, equipe de saúde	Deus, pais, avós maternos e paternos, tia paterna e tios avós paternos	Deus, pais, avós maternos	Avós e tias maternas

APÊNDICE FF

Análise gráfica da rede social da família J de acordo com a estrutura, funções e atributos de cada interação, mudanças desejadas e interações nos Ecomapas 1, 2, 3 e 4.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ECOMAPA 1	ECOMAPA 2	ECOMAPA 3	ECOMAPA 4
ESTRUTURA DA REDE	Tamanho	Mãe: RP: 5; RI: 1 Pai: RP: 3 Irmão: RP: 3 Criança: RP: 1; RI: 1	Mãe: RP: 7 Pai: RP: 4 Irmão: RP: 4 Criança: RP: 4; RI: 3	Mãe: RP: 4 Pai: RP: 4 Irmão: RP: 5 Criança: RP: 5; RI: 3	Mãe: RP: 5 Pai: RP: 4 Irmão: RP: 5; RI: 1 Criança: RP: 5; RI: 3
	Densidade	Avo materna x pai; mãe x equipe de saúde	Pais x avo materna; mãe x tios maternos; mãe x serviços de saúde	Pais x avo materna; pais x tios maternos; mãe x clinicas	Pais x avo materna; pais x tio materno; mãe x ambulatório do desenvolvimento
	Dispersão	Distância com a RP	Distância geografica com <i>follow-up</i>	Distância geografica com <i>follow-up</i>	Sem distância geografica
	Homogeneidade ou heterogeneidade	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI
FUNÇÕES DA REDE	Apoio emocional	Psicóloga, pai, avó materna e paternos	Avo materna, pais, amigos do trabalho da mãe e pai, e prima materna	Pai e avo materna	Pai e avo materna
	Companhia social	Mães de bebês internados na Unidade Neonatal	Pais, irmão, avos e tios maternos	Pais, irmão, avos e tios maternos	Pais, irmão, avos e tios maternos
	Guia cognitivo	Equipe de saúde (médicos, enfermeiras, assist social, psicóloga), mães de bebês internados na Unidade Neonatal	Avó materna e Serviços de Saúde	Avós maternos e avós paternos	Avós maternos e avós paternos
	Ajuda prática	Pai, avo materna, tios maternos	Pai, tios maternos	Avo materna e pai	Avo materna e pai
	Ajuda material	Serviços do hospital, tio materno	Prima, avo materna, Secretaria Municipal de Saúde	Tio materno	Avos e tio materno
	Ajuda espiritual	Fé em Deus e orações dos amigos do trabalho do pai	Fé em Deus e orações e leituras bíblicas	Fé em Deus e leituras bíblicas	Fé em Deus e leituras bíblicas
	Ajuda de serviços	Mãe: serviços do hospital Criança: Unidade Neonatal	Criança: <i>follow-up</i> , Hospital-pediatra e cirurgião pediátrico (convênio), ULS	Criança: ULS, <i>follow-up</i> , Hospital -cirurgião e emergência (convênio)	Irmão: Núcleo de apoio ao desenvolvimento Criança: ULS, Pediatra e Neuropediatria

ATRIBUTOS DA INTERAÇÃO	Multidimensionalidade	Avós maternos e pai: 2 funções; tios maternos: 3 funções; profissionais: 3 funções	Avó materna e pai: 3 funções; tios maternos: 2 funções; <i>follow-up</i> : 1 função	Avó materna: 3 funções; pai e Serviços de Saúde: 2 funções; tio paterno: 1 função	Avós maternos e serviços de Saúde: 4 funções; pai: 2 funções; avós paternos: 1 função
	Função predominante	Apoio emocional, guia cognitivo e ajuda prática	Apoio emocional, companhia social, ajuda material e de serviços	Apoio emocional e ajuda prática	Ajuda material e de serviços
	Reciprocidade	Mãe x bebê; mãe x mãe de bebês internados	Mãe x pai	-	-
	História da relação	Casal e família de origem há 8 anos; hospital com internação da criança	ULS há 5 anos; Hospital (convênio) após a alta bebê	Idem	No último ano contato com Pediatra e Neuropediatra
	Acesso a novos contatos	Serviços do hospital	Hospital (pediatra e cirurgião pediátrico)	Idem	Pediatra do desenvolvimento Neuropediatra
MUDANÇAS DESEJADAS	Rede social pessoal	Não mudariam nada	Não mudariam nada	Não mudariam nada	Acesso na creche para a criança
	Rede social institucional	Transporte oferecido pela prefeitura do município	O ambulatório de <i>follow-up</i> fosse no seu município e a Secretaria de Saúde ajudasse com as despesas da viagem	Agilidade na ULS para agendar consulta com especialista	Agilidade na ULS para agendar consulta com especialista
INTERAÇÕES DO ECOMAPA	Interação forte	Deus, pai, avó e tios maternos, avós paternos, mães dos bebês internados, equipe de saúde, amigos do pai, Unidade Neonatal	Deus, pais, avó e tios maternos, amigas e prima materna, amigos do trabalho, <i>follow-up</i> , ULS e Hospital (convênio)	Deus, pais, avó materna e Serviços de Saúde	Deus, pais, avó materna e Serviços de Saúde, menos ULS
	Interação fraca	Secretaria Municipal de Saúde, Avós paternos, trabalho do pai	Avó materno, avós e tia paternos, Secretaria Municipal de Saúde	Tio materno, avós paternos, amigos do trabalho do pai, Hospital (convênio)	Tio materno, avós paternos e ULS
	Interação conflituosa	-	-	-	-
	Fluxo do apoio	Deus, mãe, pai, avó e tios maternos, equipe de saúde	Deus, pais, avó e tios maternos, <i>follow-up</i> e ULS	Deus, pais, avó e tia materna	Mãe, avós e tio materno, avós paternos

APÊNDICE GG

Análise gráfica da rede social da família K de acordo com a estrutura, funções e atributos de cada interação, mudanças desejadas e interações nos Ecomapas 1, 2, 3 e 4.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	ECOMAPA 1	ECOMAPA 2	ECOMAPA 3	ECOMAPA 4
ESTRUTURA DA REDE	Tamanho	Mãe: RP: 5; RI: 1 Pai: não informado Criança: RP: 2; RI: 1	Mãe: RP: 7 Pai: RP: 4 Criança: RP: 5; RI: 2	Mãe: RP: 6; RI: 2 Pai: não informado Criança: RP: 5; RI: 2	Mãe: RP: 5 Pai: não informado Criança: RP: 5; RI: 1
	Densidade	Mãe x avo materna; mãe x familiares materno; mãe x equipe de saúde	Mãe x avo materna; mãe x familiares; mãe x <i>follow-up</i>	Mãe x avo materna; mãe x familiares	Mãe x avo materna; mãe x familiares
	Dispersão	Sem distancia geografica	Sem distancia geografica	Sem distancia geografica	Sem distancia geografica
	Homogeneidade ou heterogeneidade	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI	Homogeneidade para RP e heterogeneidade para RI
FUNÇÕES DA REDE	Apoio emocional	Psicologa, avo e tios maternos, amigos, tios avós maternos	Avo, tio e tios avos materno, pai	Avo, tio e tios avos materno, amigo	Avo, tio e prima materna
	Companhia social	Mães de bebês internados na Unidade Neonatal	Avo e tios maternos, companheiro avó materna	Avo e tios maternos, companheiro avó materna	Avo e tios maternos, companheiro avó materno, amigo
	Guia cognitivo	Equipe de saude(aleitamento materno, enfermeiras, médicos, assist social)	Avos, tios e tios avos maternos, <i>follow-up</i>	Avo, tio e tios avos materno	Avo e tio materno
	Ajuda pratica	Equipe de enfermagem	Avo materna, companheiro avó materna, tio	Avo materna e companheiro avó materna	Avo materna e companheiro avó materna
	Ajuda material	Avo materna	Avo materna, companheiro avó materna e pai	Avo e tio materno, companheiro avó materna e pai	Avo materna e companheiro avó materna
	Ajuda espiritual	-	-	Deus, participação de missa e orações	Deus, participação de Centro Espirita
	Ajuda de serviços	Mãe: serviços do hospital Criança: Unidade Neonatal	Criança: <i>follow-up</i> e ULS	Mãe: Hospital e ULS Criança: <i>follow-up</i> , ULS e Serviço de Emergência	Mãe: Policlínica Regional Criança: Emergência hospitalar e Policlínica Regional

ATRIBUTOS DA INTERAÇÃO	Multidimensionalidade	Avó materna: 2 funções Equipe de saúde: 3 funções	Avó materna: 5 funções; tio materno, companheiro da avó materna e pai: 2 funções; <i>follow-up</i> : 1 função	Avó materna: 5 funções; companheiro avó materna e Serviços de Saúde: 2 funções; tio materno: 4 funções	Avó materna: 5 funções; tio e prima materna: 2 funções
	Função predominante	Apoio emocional e guia cognitivo	Apoio emocional, companhia social e ajuda material	Apoio emocional, guia cognitivo e ajuda material	Apoio emocional e guia cognitivo
	Reciprocidade	Mãe x bebê; mãe x mãe de bebês internados	Mãe x bebê	Avó materna x mãe; mãe x bebê; tio materno x mãe	Avó materna x mãe; mãe x bebê
	História da relação	Pai e família de origem paterna há 10 meses; com o hospital há 12 anos	ULS desde a gravidez	Há 5 meses com amigo da mãe. Serviço de Emergência em hospital infantil no último ano	Neste último ano com a Policlínica Regional
	Acesso a novos contatos	Maternidade e Unidade Neonatal a partir do nascimento da criança	Sem novos contatos	Amigo da mãe e Serviço de Emergência em hospital infantil	Policlínica Regional
MUDANÇAS DESEJADAS	Rede social pessoal	Não mudariam nada	Não mudariam nada	Não mudariam nada	Não mudariam nada
	Rede social institucional	Não mudariam nada	Não mudariam nada	Não mudariam nada	Atendimento oferecido na ULS (acesso para consulta da criança)
INTERAÇÕES DO ECOMAPA	Interação forte	Mãe, avó, tios e tios avós maternos, mães dos bebês internados, equipe de saúde, Unidade Neonatal	Mãe, avó, tios e tios avós maternos, tio, companheiro da avó materna, <i>follow-up</i> Pai: avós paternos, tios, amigos, trabalho	Mãe, avó, tio e tios avós maternos; companheiro avó materna, Deus, amigo, <i>follow-up</i>	Mãe, avó, tio e prima maternos; companheiro avó materna, Centro Espírita
	Interação tênue	Avó paterno, amigos	Avó materno, amigos, ULS	ULS, Serviço de Emergência, pai e tia paterna	Emergência hospitalar e Policlínica Regional
	Interação conflituosa	Pai	Pai	-	Pai
	Fluxo do apoio	Mãe, avó e tios materna, equipe de saúde, mães dos bebês internados	Mãe, avó e tio materno, companheiro da avó materna, <i>follow-up</i>	Mãe, avó e tio materno, Deus, companheiro da avó materna	Mãe, avó e tio materno, Centro Espírita

APÊNDICE HH

Incidência dos fatores de risco e de proteção da família B de acordo com o modelo PPCT

Núcleo	Instru- Mento	Variável	Resposta	Classi- ficação	Fator	
Pessoa	Geno	Peso e idade gestacional ao nascer	970g e 30sem	RNEBP	Risco	
	Recursos	Entrev.	Risco pré-natais	Hipertensão	Presente	Risco
		Entrev.	Riscos perinatais	Prematuridade, icterícia, distúrbio metabólico, hipomagnesemia, estenose pulmonar	Presente	Risco
		Entrev.	Antecedentes morbidos	-	Ausente	Proteção
	Demandas	Denver 3	PS, MFA, L, MG	normal, normal, normal, normal	Normal	Proteção
		Denver 4	PS, MFA, L, MG	normal, normal, normal, normal	Normal	Proteção
		Entrev.	Comportamento	"manhinha p/colo"	Normal	-
Entrev.		Sono	"acorda para mamar"	Positivo	Proteção	
Processo	Entrev.	Concepção da criança	"sim"	Positivo	Proteção	
	Home 2, 3 e 4	Responsividade emocional e verbal da mãe	Dez, Dez, Dez	Baixo risco	Proteção	
	Home 2, 3 e 4	Punição e restrição	Seis, Seis, Seis	Baixo risco	Proteção	
	Home 2, 3 e 4	Envolvimento materno	Cinco, Cinco, Seis	Baixo risco	Proteção	
	Home 2, 3 e 4	Oportunidade p/ variar estímulos	Três, Três, Três	Médio risco	Risco	
	Entrev.	Problemas psicológicos ou de relac. conjugal e familiar	Não possui	Ausente	Proteção	
	Entrev.	Sentimentos maternos frente a gravidez	"me senti bem, ficamos contente"	Positivo	Proteção	
	Entrev.	Sentimentos maternos após nascimento	"senti que ia perder ela, muito pequeninha"	Normal	-	
	Entrev.	Sentimentos paternos após nascimento	"esperava que nascesse perfeitinha"	Normal	-	
	Entrev.	Comportamento do pai nos cuidados com a criança	"ele ajuda que nem fez com a Beatriz"	Presente	Proteção	
	Entrev. e Obs.	Presença e tempo de amamentação	Sim. Até 24 meses.	Positivo	Proteção	
	Entrev.	Atividades que a mãe desenvolve c/a criança	"converso c/ela, brinco, danço"	Positivo	Proteção	
	Entrev.	Favorecimento de lazer à criança	Na casa dos parentes, na praia, trilhas, andar de bicicleta.	Presente	Proteção	
Contexto	Home 2, 3 e 4	Organização do ambiente	Seis, Sete, Sete	Médio, Baixo, Baixo	Proteção	
	Home 2, 3 e 4	Provisão de materiais	Um, Seis, Oito	Alto, Médio, Baixo	Proteção	
	Eco1,2,3, 4/ Entrev.	Apoio institucional (hospital e ambulatório)	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção	
	Eco2,3,4/ Entrev.	Apoio institucional (ULS)	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção	
	Eco1,2,3, 4/ Obs.	Interação criança x mãe	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção	
	Eco1,2,3, 4/ Obs.	Interação criança x pai	Tênue c/fluxo de apoio; Forte, Forte, Forte	Positivo	Proteção	
	Eco1,2,3,	Interação com avós	Tênue c/fluxo de apoio	Positivo	Proteção	

	4/ Obs	maternos			
Meso—	Eco1,2,3, 4/ Obs.	Interação com avós paternos	Tênue c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3, 4	Interação com outras instituições	-	-	-
	Eco1,2,3, 4/Obs.	Interação entre os pais	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3, 4/Obs.	Interação dos pais com avós maternos/paternos	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3, 4/Obs.	Interação da mãe com familiares (tios, tios-avós)	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3, 4	Interação dos pais com os amigos	-	-	-
	Eco1,2,3, 4	Interação dos pais com os vizinhos	Tênue c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3, 4	Interação dos pais com outras instituições	-	-	-
	Eco1,2,3, 4	Interação da mãe com a espiritualidade	Forte, Forte	Positivo	Proteção
	Eco 1 e Obs.	Interação da mãe com as mães de bebês internados	Forte	Positivo	Proteção
Exo—	Eco 1 e Obs.	Interação da mãe c/equipe do hospital	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco 1 e Obs.	Interação do pai c/equipe do hospital	Forte	Positivo	Proteção
Macro—	Geno e Entrev.	Relação trabalho do pai com a família	Perícia médica/aposentado	Positivo	Proteção
	Geno e Entrev.	Relação trabalho da mãe com a família	Licença maternidade, trabalha em casa	Positivo	Positivo
Macro—	Geno e Entrev.	Situação ocupacional	Pai na perícia, imóveis alugados c/renda fixa	Positivo	Proteção
Tempo	Eco1,2,3, 4/Obs./ Entrev.	Frequência interação mãe	24 horas diárias	Positivo	Proteção
Micro—	Eco1,2,3, 4/Obs./ Entrev.	Frequência interação pai	18 horas diárias	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3, 4/Obs.	Frequência interação avós	Finais de semana	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3, 4/Obs.	Frequência interação entre os pares	18 horas diárias	Positivo	Proteção
Meso—	Eco1,2,3, 4/Entrev.	Interrupção interação mãe	-	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3, 4/Entrev.	Interrupção interação pai	-	Positivo	Proteção
	Eco 2,3,4	Interrupção interação avós	-	Positivo	Proteção
	Eco2,3,4/ Entrev.	Interrupção interação pares	-	Positivo	Proteção
Macro—	Geno	Dinâmica da família	Relação harmônica	Positivo	Proteção
	Geno	Condição especial de saúde	Pai c/trauma medular (perdeu movimentos em um braço)	Presente	Risco
	Eventos vitais 3, 4	Mudança de trabalho (pai)	Presença	Positivo	Proteção

APÊNDICE II

Incidência dos fatores de risco e de proteção da família C de acordo com o modelo PPCT

Núcleo	Instru- mento	Variável	Resposta	Classi- ficação	Fator
Pessoa	Geno	Peso e idade gestacional ao nascer	1 325g e 31s3d	RNMBP	Risco
	Entrev.	Risco pré-natais	Hipertensão	Presente	Risco
	Entrev.	Riscos perinatais	Prematuridade , icterícia, distúrbio metabólico, alt respiratória apnéia, anemia, hérnia inguinal	Presente	Risco
	Entrev.	Antecedentes morbidos	Internado c/bronquiolite Cirurgia hérnia inguinal, alergia proteína do leite	Negativo	Risco
	Denver 3	PS. MFA, L, MG	Normal, normal, normal, normal	Normal	Proteção
	Denver 4	PS. MFA, L, MG	Normal, normal, normal, normal	Normal	Proteção
	Demandas	Entrev.	Comportamento	"manha"	Normal
Entrev.		Sono	"acorda uma vez para mamar, tranquilo"	Positivo	Proteção
Processo	Entrev.	Concepção da criança	"sim"	Positivo	Proteção
	Home 2,3 e 4	Responsividade emocional e verbal da mãe	Dez, Onze, Onze	Baixo risco	Proteção
	Home 2,3 e 4	Punição e restrição	Seis, Seis, Seis	Baixo risco	Proteção
	Home 2,3 e 4	Envolvimento materno	Cinco, Seis, Seis	Baixo risco	Proteção
	Home 2,3 e 4	Oportunidade p/ variar estímulos	Três, Três, Três	Médio risco	Risco
	Entrev.	Problemas psicológicos ou de relac. conjugal e familiar	Não possui	Ausente	Proteção
	Entrev.	Sentimentos maternos frente a gravidez	"muita alegria"	Positivo	Proteção
	Entrev.	Sentimentos maternos após nascimento	"alegria, porque ele nasceu bem"	Positivo	Proteção
	Entrev.	Sentimentos paternos após nascimento	"so faltava soltar fogos"	Positivo	Proteção
	Entrev.	Comportamento do pai nos cuidados com a criança	"seguro no colo, dó mais atenção"	Presente	Proteção
	Entrev. e Obs.	Presença e tempo de amamentação	Sim. Até 12 meses	Positivo	Proteção
	Entrev.	Atividades que a mãe desenvolve c/a criança	"converso, dançamos cantamos, brincamos"	Positivo	Proteção
	Entrev.	Favorecimento de lazer a criança	"vamos ao sítio, festas, visita parentes, viaje"	Presente	Proteção
Contexto	Home 2,3 e 4	Organização do ambiente	Seis, Sete, Sete	Baixo risco	Proteção
	Home 2,3 e 4	Provisão de materiais	Dois, Sete, Oito	Alto; Médio; Baixo	Proteção
	Eco1,2,3, 4/Entrev.	Apoio institucional (hospital e ambulatório)	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco 2,3, 4/Entrev.	Apoio institucional (ULS)	Forte	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3, 4/Obs.	Interação criança x mãe	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3, 4/Obs.	Interação criança x pai	Tênue c/fluxo de apoio, Forte c/fluxo de apoio	Positivo	Proteção

Meso—	Ecol,2,3,4/Obs	Interação com avós maternos	Forte, Tênu e c/fluxo	Positivo	Proteção	
	Ecol,2,3,4/Obs	Interação com avós paternos	Tênu e c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção	
	Ecol,2,3,4/	Interação com outras instituições	Forte	Positivo	Proteção	
	Ecol,2,3,4/Obs.	Interação entre os pais	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção	
	Ecol,2,3,4/Obs.	Interação dos pais com avós maternos/paternos	Forte/Tênu e c/fluxo	Positivo	Proteção	
	Ecol,2,3,4	Interação dos pais com familiares (tios, tios-avós)	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção	
	Ecol,2,3,4	Interação dos pais com amigos	Forte	Positivo	Proteção	
	Ecol,2,3,4	Interação dos pais com os vizinhos	-	-	-	
	Ecol,2,3,4	Interação dos pais com outras instituições	-	-	-	
	Ecol,2,3,4	Interação com a espiritualidade	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção	
Exo—	Ecol e Obs.	Interação da mãe c/ mães de bebês internados	Forte	Positivo	Proteção	
	Ecol e Obs.	Interação da mãe com a equipe do hospital	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção	
	Ecol e Obs.	Interação do pai c/equipe do hospital	Forte	Positivo	Proteção	
	Geno e Entrev.	Relação trabalho do pai com a família	Organiza horário para estar mais em casa	Positivo	Proteção	
	Geno e Entrev.	Relação trabalho da mãe com a família	Trabalha em casa	Positivo	Proteção	
	Macro—	Geno e Entrev.	Situação ocupacional	Pai empresário e c/renda fixa	Positivo	Proteção
		<u>Tempo</u>	Geno e Entrev.	Geno e Entrev.	Geno e Entrev.	Geno e Entrev.
	Micro—	Ecol,2,3,4/Obs./Entrev.	Frequência interação mãe	24 horas diárias	Positivo	Proteção
		Ecol,2,3,4/Obs./Entrev.	Frequência interação pai	16 horas diárias	Positivo	Proteção
		Ecol,2,3,4/Obs.	Frequência interação avós	finais de semana	Positivo	Proteção
Meso—	Ecol,2,3,4/Obs.	Frequência interação entre os pares	16 horas diárias	Positivo	Proteção	
	Ecol,2,3,4/Entrev.	Interrupção interação mãe	-	Positivo	Proteção	
	Ecol,2,3,4/Entrev.	Interrupção interação pai	-	Positivo	Proteção	
	Ecol,2,3,4/Entrev.	Interrupção interação avós	-	Positivo	Proteção	
Macro—	Ecol,2,3,4/Entrev.	Interrupção interação pares	-	Positivo	Proteção	
	Geno	Dinâmica da família	Relação harmônica	Positivo	Proteção	
	Geno	Condição especial de saúde	-	Ausente	Proteção	
	Eventos vitais 3,4	Mudança de casa; Mãe c/carteira de motorista	Presença	Positivo	Proteção	

APÊNDICE JJ

Incidência dos fatores de risco e de proteção da família D de acordo com o modelo PPCT

Núcleo	Instru- mento	Variável	Resposta	Classi- ficação	Fator	
Pessoa	Geno	Peso e idade gestacional ao nascer	1 295g e 28s6d	RNMBP	Risco	
	Recursos	Entrev.	Riscos pré-natais	Infecção urinária	Presente	Risco
		Entrev.	Riscos perinatais	Prematuridade, alt. respiratórias, apnéia, icterícia, osteopenia e outros.	Presente	Risco
		Entrev.	Antecedentes morbidos	Alergia a proteína do leite; baixo peso	Negativo	Risco
	Demandas	Denver 3	PS, MFA, L, MG	Cuidado, normal, cuidado, normal	Risco	Risco
		Denver 4	PS, MFA, L, MG	Normal, normal, cuidado, normal	Risco	Risco
		Entrev.	Comportamento	"birra", "irritabilidade"	Negativo	Risco
		Entrev.	Sono	"dorme pouco, chora muito"; "acorda p/mamar"	Negativo	Risco
Processo	Entrev.	Concepção da criança	"sim"	Positivo	Proteção	
	Home 2, 3 e 4	Responsividade emocional e verbal da mãe	Três; Seis; Sete	Alto; Alto; Médio	Risco	
	Home 2, 3 e 4	Punição e restrição	Seis; Seis; Seis	Baixo risco	Proteção	
	Home 2, 3 e 4	Envolvimento materno	Um; Três; Dois	Alto; Médio; Alto	Risco	
	Home 2, 3 e 4	Oportunidade p/ variar estímulos	Dois; Três; Dois	Médio risco	Risco	
	Entrev.	Problemas psicológicos ou de relac. conjugal e familiar	Conflito e rompimento com avó materno	Presente	Risco	
	Entrev.	Sentimentos maternos frente a gravidez	"feliz"	Positivo	Proteção	
	Entrev.	Sentimentos maternos após nascimento	"felicidade"	Positivo	Proteção	
	Entrev.	Sentimentos paternos após nascimento	"feliz"	Positivo	Proteção	
	Entrev.	Comportamento do pai nos cuidados com a criança	"ele ajuda, troca a fralda, acalma ele"	Presente	Proteção	
	Entrev. e Obs.	Presença e tempo de amamentação	Sim. Até 39s de idade corrigida.	Negativo	Risco	
	Entrev.	Atividades que a mãe desenvolve c/a criança	"converso com ele, brinco"	Positivo	Proteção	
	Entrev.	Favorecimento de lazer à criança	"não"; "vai a praia"; "passeia pela rua"	Presente	Proteção	
Contexto	Home 2, 3 e 4	Organização do ambiente	Quatro; Quatro; Cinco	Alto; Médio risco	Risco	
	Home 2, 3 e 4	Provisão de materiais	Zero; Três; Três	Alto risco	Risco	
	Eco1,2,3, 4/Entrev.	Apoio institucional (hospital e ambulatório)	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção	
	Eco 2,3, 4/Entrev.	Apoio institucional (ULS)	Tênue, Forte, Forte	Forte	Proteção	
	Eco1,2,3, 4/Obs.	Interação criança x mãe	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção	
	Eco1,2,3, 4/Obs.	Interação criança x pai	Tênue, Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção	
	Eco1,2,3, 4/Obs.	Interação com avós maternos	Tênue	Negativo	Proteção	
	Eco1,2,3, 4/Obs.	Interação com avós	Tênue, Forte c/fluxo do	Positivo	Proteção	

	4/Obs.	paternos	apoio		
Meso—	Eco1,2,3,4	Interação com outras instituições	Tênue	Negativo	Risco
	Eco1,2,3,4/Obs.	Interação entre os pais	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4/Obs.	Interação dos pais com avós maternos/paternos	Forte(c/avós paternos)	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4/Obs.	Interação dos pais com familiares (tios, tios-avós)	Tênue	Negativo	Risco
	Eco1,2,3,4	Interação dos pais com amigos	Tênue	Negativo	Risco
	Eco1,2,3,4	Interação dos pais com os vizinhos	-	-	-
	Eco1,2,3,4	Interação dos pais com outras instituições	Forte	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4	Interação com a espiritualidade	-	-	-
	Eco 1 e Obs.	Interação da mãe c/as mães de bebês internados	Forte	Positivo	Proteção
	Eco 1 e Obs.	Interação da mãe c/equipe do hospital	Tênue	Negativo	Risco
Exo—	Eco 1 e Obs.	Interação do pai c/equipe do hospital	Tênue	Negativo	Risco
	Geno e Entrev.	Relação trabalho do pai com a família	Trabalho irregular e desemprego	Negativo	Risco
	Geno e Entrev.	Relação do trabalho da mãe com a família	Trabalha em casa (procura emprego)	-	-
	Geno e Entrev.	Situação ocupacional	Pai com emprego instável	Negativo	Risco
Macro—	Tempo				
Micro—	Eco1,2,3,4/ Obs./ Entrev.	Frequência interação mãe	24 horas diárias	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4/ Obs./ Entrev.	Frequência interação pai	10 horas diárias	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4/ Obs.	Frequência interação avós	24 horas diárias	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4/ Obs.	Frequência interação pares	10 horas diárias	Positivo	Proteção
Meso—	Eco1,2,3,4/ Entrev.	Interrupção interação mãe	-	Positivo	Proteção
	Eco2,3,4/ Entrev.	Interrupção interação pai	-	Positivo	Proteção
	Eco 2,3,4	Interrupção interação avós	-	Positivo	Proteção
	Eco2,3,4/ Entrev.	Interrupção interação pares	-	Positivo	Proteção
Macro—	Geno	Dinâmica da família	Conflito e rompimento pais e avó materno	Negativo	Risco
	Geno	Condição especial de saúde	Pai com epilepsia	Negativo	Risco
	Eventos vitais 3,4	Perda de emprego e dívidas	Presente	Negativo	Risco

APÊNDICE KK

Caracterização dos fatores de risco e de proteção da família E de acordo com o modelo PPCT

Núcleo	Instru- mento	Variável	Resposta	Classi- ficação	Fator	
 Pessoa	Geno	Peso e idade gestacional ao nascer	1.130g e 29s2d	RNMBP	Risco	
	Recursos	Entrev.	Riscos pré-natais	Bolsa rota, infecção	Presente	Risco
Entrev.		Riscos perinatais	Prematuridade, alterações respiratórias, icterícia, hemorragia periventricular, risco infecção, hipomagnesia	Presente	Risco	
Entrev.		Antecedentes morbidos	Amigdalite	Presente	Risco	
Denver 3		PS, MFA, L, MG	Normal, normal, normal, normal	Normal	Proteção	
Demanda	Denver 4	PS, MFA, L, MG	Normal, normal, normal, normal	Normal	Proteção	
	Entrev.	Comportamento	"ta bem esperta"; "faz uma birra"	Positivo	Proteção	
	Entrev.	Sono	"acorda para mamar"; "dorme a noite toda"	Positivo	Proteção	
	Processo	Entrev.	Concepção da criança	"não"	Negativo	Risco
Home 2, 3 e 4		Responsividade emocional e verbal da mãe	Dez; Onze; Dez	Baixo risco	Proteção	
Home 2, 3 e 4		Punição e restrição	Seis; Seis; Seis	Baixo risco	Proteção	
Home 2, 3 e 4		Envolvimento materno	Cinco; Cinco; Seis	Baixo risco	Proteção	
Home 2, 3 e 4		Oportunidade p/ variar estímulos	Três; Dois; Um	Médio; Médio; Alto	Risco	
Entrev.		Problemas psicológicos ou de relac. conjugal e familiar	Não possui	Ausente	Proteção	
Entrev.		Sentimentos maternos frente a gravidez	"medo, um pouco de ansiedade, desespero"	Normal	-	
Entrev.		Sentimentos maternos após nascimento	"fiquei nervosa. Susto de ver tão pequena"	Normal	-	
Entrev.		Sentimentos paternos após nascimento	"no começo foi um susto"	Normal	-	
Entrev.		Comportamento do pai nos cuidados com a criança	"troca fralda, dá banho, faz acalmar e dormir"	Presente	Proteção	
Entrev. e Obs.		Presença e tempo de amamentação	Sim. Até onze meses de idade corrigida.	Positivo	Proteção	
Entrev.		Atividades que a mãe desenvolve c/a criança	"canto, brinco, converso c/ela, brinca no pátio"	Positivo	Proteção	
Entrev.		Favorecimento de lazer à criança	"Vamos a festas, tomar sol, no shopping, no parque"	Presente	Proteção	
Contexto		Home 2, 3 e 4	Organização do ambiente	Cinco; Seis; Seis	Médio risco	Risco
		Micro—	Home 2, 3 e 4	Provisão de materiais	Dois; Cinco; Nove	Alto; Médio; Baixo
	Eco1,2,3, 4/Entrev.		Apoio institucional (hospital e ambulatório)	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco 2,3, 4/Entrev.	Apoio institucional (ULS)	Tênue	Negativo	Risco	
	Eco1,2,3, 4/Obs.	Interação criança x mãe	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção	

Meso—	Eco1,2,3,4/Obs.	Interação criança x pai	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4/Obs.	Interação com avós maternos	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4/Obs.	Interação com avós paternos	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4	Interação com outras instituições	Forte	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4/Obs.	Interação entre os pais	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4/Obs.	Interação dos pais com avós maternos/paternos	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4	Interação dos pais com familiares (tios, tios-avós)	Forte	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4	Interação dos pais com os amigos	Tênue c/fluxo de apoio	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4	Interação dos pais com os vizinhos	-	-	-
	Eco1,2,3,4	Interação dos pais com outras instituições	-	-	-
	Eco1,2,3,4	Interação com a espiritualidade	-	-	-
	Eco 1 e Obs.	Interação da mãe com as mães de bebês internados	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Exo—	Eco 1 e Obs.	Interação da mãe c/equipe do hospital	Forte c/fluxo do apoio	Positivo
Eco 1 e Obs.		Interação do pai c/equipe do hospital	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
Geno e Entrev.		Relação trabalho do pai com a família	Organiza horários para estar mais em casa	Positivo	Proteção
Geno e Entrev.		Relação trabalho da mãe com a família	Trabalha em casa	Positivo	Proteção
Macro—	Geno e Entrev.	Situação ocupacional	Subsídio financeiro dos avós maternos/paternos e pai c/trabalho fixo	Positivo	Proteção
Micro—	Tempo Eco1,2,3,4/Obs./Entrev.	Frequência interação mãe	18 horas diárias	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4/Obs./Entrev.	Frequência interação pai	10 horas diárias (sete horas dormindo)	Negativo	Risco
	Eco1,2,3,4/Obs.	Frequência interação avós	16 horas diárias	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4/Obs.	Frequência interação entre os pares	10 horas diárias	Positivo	Proteção
Meso—	Eco1,2,3,4/Entrev.	Interrupção interação mãe	-	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4/Entrev.	Interrupção interação pai	-	Positivo	Proteção
	Eco 2,3,4	Interrupção interação avós	-	Positivo	Proteção
	Eco2,3,4/Entrev.	Interrupção interação pares	-	Positivo	Proteção
Macro—	Geno	Dinâmica da família	Relação harmônica	Positivo	Proteção
	Geno	Condição especial de saúde	-	Ausente	Proteção
	Eventos vitais	Mudança de trabalho	Presente	Positivo	Proteção

APÊNDICE LL

Incidência dos fatores de risco e de proteção da família F de acordo com o modelo PPCT

Núcleo	Instru- Mento	Variável	Resposta	Classi- ficação	Fator	
Pessoa	Geno	Peso e idade gestacional ao nascer	950g e 30s6d	RNEBP	Risco	
	Entrev.	Riscos pré-natais	Hipertensão, infec. urinária, anemia	Presente	Risco	
Recursos	Entrev.	Riscos perinatais	Asfixia perinatal, desconforto respiratório, icterícia, infecção, anemia, hérnia umbilical, osteopenia	Presente	Risco	
	Entrev.	Antecedentes morbidos	Cisto uretral (avaliação p/cirurgia)	Negativo	Risco	
Demandas	Denver 3	PS, MFA, L, MG	Normal, normal, normal, normal	Normal	Proteção	
	Denver 4	PS, MFA, L, MG	Normal, normal, normal, normal	Normal	Proteção	
	Entrev.	Comportamento	"Calm, curioso"	Positivo	Proteção	
	Entrev.	Sono	"sono tranquilo, acorda 1 vez p/mamar"	Positivo	Proteção	
	Entrev.	Concepção da criança	"foi planejada"	Positivo	Proteção	
	Entrev.	Responsividade emocional e verbal da mãe	Dez, Onze, Onze	Baixo risco	Proteção	
Processo	Home 2, 3 e 4	Punição e restrição	Seis; Seis; Seis	Baixo risco	Proteção	
	Home 2, 3 e 4	Envolvimento materno	Quatro; Seis; Cinco	Médio e Baixo risco	Proteção	
	Home 2, 3 e 4	Oportunidade p/ variar estímulos	Três; Três; Três	Médio risco	Risco	
	Entrev.	Problemas psicológicos ou de relac conjugal e familiar	Não possui	Ausente	Proteção	
	Entrev.	Sentimentos maternos frente a gravidez	"Felicidade"	Positivo	Proteção	
	Entrev.	Sentimentos maternos após nascimento	"Chorei de emoção, depois preocupada"	Normal	-	
	Entrev.	Sentimentos paternos após nascimento	"Contente por ter nascido, preocupado"	Positivo	Proteção	
	Entrev.	Comportamento do pai nos cuidados com a criança	"De madrugada é ele que cuida"	Presente	Proteção	
	Entrev. e Obs.	Presença e tempo de amamentação	Sim. Até 3s de idade corrigida	Negativo	Risco	
	Entrev.	Atividades que a mãe desenvolve c/a criança	"converso, canto, brincamos muito"	Positivo	Proteção	
	Entrev.	Favorecimento de lazer à criança	"tomar sol, visita amigos, vai às festas"	Presente	Proteção	
	Contexto	Home 2, 3 e 4	Organização do ambiente	Cinco; Sete; Seis	Médio; Baixo, Médio risco	Risco
		Home 2, 3 e 4	Provisão de materiais	Um; Seis; Oito	Alto; Médio; Baixo risco	Proteção
		Eco1,2,3, 4/Entrev.	Apoio institucional (hospital e ambulatório)	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
Eco 2,3, 4/Entrev.		Apoio institucional (ULS)	Tênue	Negativo	Risco	
Eco1,2,3, 4/Obs.		Interação criança x mãe	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção	
Eco1,2,3, 4/Obs.		Interação criança x pai	Tênue e forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção	

Meso—	Eco1,2,3, 4/Obs.	Interação com avós maternos	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3, 4/Obs.	Interação com avós paternos	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3, 4	Interação com outras instituições	-	-	-
	Eco1,2,3, 4/Obs.	Interação entre os pais	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3, 4/Obs.	Interação dos pais com avós maternos/paternos	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3, 4	Interação da mãe com familiares (tios, tios-avós)	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3, 4	Interação dos pais com os amigos	Forte	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3, 4	Interação dos pais com os vizinhos	Forte	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3, 4	Interação dos pais com outras instituições	Forte	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3, 4	Interação da mãe com a espiritualidade	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco 1 e Obs.	Interação da mãe com as mães de bebês internados	Forte	Positivo	Proteção
	Eco 1 e Obs.	Interação da mãe c/equipe do hospital	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
Eco 1 e Obs.	Interação do pai c/ equipe do hospital	Forte	Positivo	Proteção	
Exo—	Geno e Entrev.	Relação trabalho do pai com a família	Organiza horários para estar mais em casa	Positivo	Proteção
	Geno e Entrev.	Relação trabalho da mãe com a família	Afastada do trabalho	Positivo	Proteção
	Geno e Entrev.	Situação ocupacional	Pais empregados e com renda fixa	Positivo	Proteção
Macro—	Tempo				
Micro—	Eco1,2,3, 4/Obs./ Entrev.	Frequência interação mãe	24hs diárias	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3, 4/Obs./ Entrev.	Frequência interação pai	16 horas diárias	Positivo	Proteção
	Eco 2,3, 4/Obs.	Frequência interação avós	10horas semanais	Positivo	Proteção
Meso—	Eco1,2,3, 4/Obs.	Frequência interação entre os pares	16 horas diárias	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3, 4/Entrev.	Interrupção interação mãe	-	Positivo	Proteção
	Eco 2,3, 4/Entrev.	Interrupção interação pai	-	Positivo	Proteção
	Eco 2,3,4	Interrupção interação avós	-	Positivo	Proteção
Macro—	Eco1,2,3, 4/Entrev.	Interrupção interação pares	-	Positivo	Proteção
	Geno	Dinâmica da família	Harmonia c/ as famílias materna e paterna	Positivo	Proteção
	Geno	Condição especial de saúde	Retocolite ulcerativa (mãe)	Presente	Risco
	Eventos vitais	Mudança de casa; reconhecimento profissional (pai)	Presente	Positivo	Proteção

APÊNDICE MM

Incidência dos fatores de risco e de proteção da família G de acordo com o modelo PPCT

Núcleo	Instrumento	Variável	Resposta	Classificação	Fator	
Pessoa	Geno	Peso e idade gestacional ao nascer	1.490g e 31s	RNPTMBP	Risco	
	Entrev.	Riscos pré-natais	Hipertensão	Presente	Risco	
	Entrev.	Riscos perinatais	Prematuridade, desconforto respiratório, icterícia	Presente	Risco	
	Entrev.	Antecedentes morbidos	-	Ausente	Proteção	
	Denver 3	PS, MFA, L, MG	Normal, normal, normal, normal	Normal	Proteção	
	Denver 4	PS, MFA, L, MG	Normal, normal, normal, normal	Normal	Proteção	
	Demanda	Entrev.	Comportamento	"birra, é muito irritada"	Negativo	Risco
		Entrev.	Sono	"tranquilo, dorme bem"	Positivo	Proteção
Processo	Entrev.	Concepção da criança	"não foi planejada"	Negativo	Risco	
	Home 2, 3 e 4	Responsividade emocional e verbal da mãe	Novo; Onze; Dez	Médio risco	Risco	
	Home 2, 3 e 4	Punição e restrição	Seis; Seis; Seis	Baixo risco	Proteção	
	Home 2, 3 e 4	Envolvimento materno	Quatro; Seis; Seis	Médio; Baixo; Baixo risco	Proteção	
	Home 2, 3 e 4	Oportunidade p/ variar estímulos	Três; Três; Quatro	Médio; Médio; Baixo risco	Risco	
	Entrev.	Problemas psicológicos ou de relac. conjugal e familiar	Não possui	Ausente	Proteção	
	Entrev.	Sentimentos maternos frente a gravidez	"fiquei feliz"	Positivo	Proteção	
	Entrev.	Sentimentos maternos após nascimento	"susto pela situação"	Normal	-	
	Entrev.	Sentimentos paternos após nascimento	"Feliz e preocupado"	Positivo	Proteção	
	Entrev.	Comportamento do pai nos cuidados com a criança	"Ele ajuda cuidar, faz o mama"	Presente	Proteção	
	Entrev. e Obs.	Presença e tempo de amamentação	Sim. Até 38s de idade corrigida	Negativo	Risco	
	Entrev.	Atividades que a mãe desenvolve c/ a criança	"converso, canto, brinco, ensino a falar"	Positivo	Proteção	
	Entrev.	Favorecimento de lazer à criança	"visita os avós e parentes, toma sol, vai no parque, viaja"	Presente	Proteção	
	Contexto	Home 2, 3 e 4	Organização do ambiente	Quatro; Seis; Cinco	Alto; Médio; Médio risco	Risco
Home 2, 3 e 4		Provisão de materiais	Um; Cinco; Oito	Alto; Médio; Baixo risco	Proteção	
Eco1,2,3, 4/Entrev.		Apoio institucional (hospital e ambulatório)	Forte c/ fluxo do apoio	Positivo	Proteção	
Eco2,3,4/Entrev.		Apoio institucional (ULS)	Tênue; Ténue; Forte sem fluxo do apoio	Negativo	Risco	
Eco1,2,3, 4/Obs.		Interação criança x mãe	Forte c/ fluxo do apoio	Positivo	Proteção	
Eco1,2,3, 4/Obs.		Interação criança x pai	Ténue c/ fluxo do apoio; Forte c/ fluxo do apoio	Positivo	Proteção	
Eco1,2,3, 4/Obs.		Interação com avós maternos	Forte c/ fluxo do apoio	Positivo	Proteção	
Eco1,2,3, 4/Obs.		Interação com avós	Ténue c/ fluxo do apoio	Positivo	Proteção	

	4/Obs.	paternos			
Meso—	Eco1,2,3,4	Interação com outras instituições	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4/Obs.	Interação entre os pais	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4/Obs.	Interação dos pais com avós maternos/paternos	Forte c/fluxo do apoio (c/avós maternos)	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4	Interação da mãe com familiares (tios, tios-avós)	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4/Obs.	Interação os pais com os amigos	Forte	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4/Obs.	Interação dos pais com os vizinhos	-	-	-
	Eco1,2,3,4/Obs.	Interação dos pais com outras instituições	-	-	-
	Eco1,2,3,4/Obs.	Interação com a espiritualidade	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1 e Obs.	Interação da mãe com as mães de bebê internados	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1 e Obs.	Interação da mãe c/equipe do hospital	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1 e Obs.	Interação do pai c/equipe do hospital	Tênue	Negativo	Risco
	Exo—	Geno e Entrev.	Relação trabalho do pai com a família	Organiza horários para estar mais em casa	Positivo
Geno e Entrev.		Relação trabalho da mãe com a família	Organiza horários para estar mais em casa	Positivo	Proteção
Geno e Entrev.		Situação ocupacional	Pais com estabilidade no emprego e renda fixa	Positivo	Proteção
Macro—					
Tempo	Eco1,2,3,4/Obs./Entrev.	Frequência interação mãe	13 horas diárias (10 horas dormindo)	Negativo	Risco
	Eco1,2,3,4/Obs./Entrev.	Frequência interação pai	13 horas diárias (10 horas dormindo)	Negativo	Risco
Micro—	Eco1,2,3,4/Obs.	Frequência interação avós	Dias alternados	Positivo	Proteção
	Eco1 e Observ.	Frequência interação entre os pares	24 horas diárias	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4/Obs.	Interrupção interação mãe	-	Positivo	Proteção
Meso—	Eco2,3,4/Entrev	Interrupção interação pai	-	Positivo	Proteção
	Eco2,3,4	Interrupção interação avós	-	Positivo	Proteção
	Eco2,3,4/Entrev	Interrupção interação pares	-	Positivo	Proteção
	Geno	Dinâmica da família	Harmonia c/ as famílias materna e paterna	Positivo	Proteção
Macro—	Geno	Condição especial de saúde	-	Ausente	Proteção
	Eventos vitais 3,4	Reconhecimento profissional paterno)	Presente	Positivo	Proteção

APÊNDICE NN

Incidência dos fatores de risco e de proteção da família H de acordo com o modelo PPCT

Núcleo	Instru- mento	Variável	Resposta	Classi- ficação	Fator	
Pessoa	Geno	Peso e idade gestacional ao nascer	1.445g e 32s	RNPTMBP	Risco	
	Recursos	Entrev.	Riscos pré-natais	Hipertensão	Presente	Risco
		Entrev.	Riscos perinatais	Alterações respiratórias, icterícia	Presente	Risco
		Entrev.	Antecedentes morbidos	-	Ausente	Proteção
	Demandas	Denver 3	PS, MFA, L, MG	Normal, normal, normal, normal	Normal	Proteção
		Denver 4	PS, MFA, L, MG	Normal, normal, normal, normal	Normal	Proteção
		Entrev.	Comportamento	Tranquila	Positivo	Proteção
Entrev.		Sono	"Sono tranquilo, acorda 1 vez p/mamar."	Positivo	Proteção	
Processo	Entrev.	Concepção da criança	"foi planejada "	Positivo	Proteção	
	Home 2, 3 e 4	Responsividade emocional e verbal da mãe	Sete; Dez; Dez	Médio; Baixo; Baixo risco	Proteção	
	Home 2, 3 e 4	Punição e restrição	Seis; Seis; Seis	Baixo risco	Proteção	
	Home 2, 3 e 4	Envolvimento materno	Quatro; Cinco; Seis	Baixo risco	Proteção	
	Home 2, 3 e 4	Oportunidade p/ variar estímulos	Três; Três; Três	Médio risco	Risco	
	Entrev.	Problemas psicológicos ou de relac.conjugal e familiar	Não possui	Ausente	Proteção	
	Entrev.	Sentimentos maternos frente a gravidez	"Feliz, né, eu queria ter ela."	Positivo	Proteção	
	Entrev.	Sentimentos maternos após nascimento	"Fiquei contente."	Positivo	Proteção	
	Entrev.	Sentimentos paternos após nascimento	"Feliz."	Positivo	Proteção	
	Entrev.	Comportamento do pai nos cuidados com a criança	"Segura no colo, prepara a água do banho."	Presente	Proteção	
	Entrev. e Obs.	Presença e tempo de amamentação	Sim. Até 24 meses.	Positivo	Proteção	
	Entrev.	Atividades que a mãe desenvolve c/a criança	"Converso, brinco de louça, canto"	Positivo	Proteção	
	Entrev.	Favorecimento de lazer a criança	"Visitar a avó, tomar sol, vai à igreja, festas"	Presente	Proteção	
Contexto	Home 2, 3 e 4	Organização do ambiente	Cinco; Seis; Seis	Médio risco	Risco	
	Micro—	Home 2, 3 e 4	Provisão de materiais	Um; Cinco; Oito	Alto; Médio; Baixo risco	Proteção
		Eco1,2,3 4/Obs.	Apoio institucional (hospital e ambulatório)	Forte com fluxo do apoio	Positivo	Proteção
		Eco 2,3 4/Entrev.	Apoio institucional (ULS)	Tênue; Ténue; Ausente	Negativo	Risco
		Eco1,2,3 4/Obs.	Interação criança x mãe	Forte com fluxo do apoio	Positivo	Proteção
		Eco1,2,3 4/Obs.	Interação criança x pai	Forte com fluxo do apoio	Positivo	Proteção
		Eco1,2,3	Interação com avós	Forte	Positivo	Proteção

	4/Obs.	maternos			
	Ecol 2,3 4/Obs.	Interação com avós paternos	-	-	-
	Ecol 2,3, 4	Interação com outras instituições	-	-	-
Meso—	Ecol 2,3 4/Obs.	Interação entre os pais	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Ecol 2,3 4/Obs.	Interação dos pais com os avós maternos/pateros	Tênue c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Ecol 2,3 4	Interação da mãe com familiares (tios, tios-avós)	Tênue c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Ecol 2,3 4	Interação dos pais com os amigos	Tênue c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Ecol 2,3 4	Interação dos pais com os vizinhos	-	-	-
	Ecol 2,3 4	Interação dos pais com outras instituições	-	-	-
	Ecol 2,3 4	Interação com a espiritualidade	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco 1 e Obs.	Interação da mãe com as mães de bebês internados	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco 1 e Obs.	Interação da mãe c/equipe do hospital	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco 1 e Obs.	Interação do pai c/equipe do hospital	Forte	Positivo	Proteção
Exo—	Geno e Entrev.	Relação trabalho do pai com a família	Organiza horários para estar mais em casa	Positivo	Proteção
	Geno e Entrev.	Relação trabalho da mãe com a família	Trabalha em casa	Positivo	Proteção
Tempo	Ecol 2,3, 4/Obs / Entrev.	Frequência interação mãe	24hs diárias	Positivo	Proteção
Micro—	Ecol 2,3, 4/Obs / Entrev.	Frequência interação pai	16 horas diárias	Positivo	Proteção
	Ecol 2,3, 4/Obs.	Frequência interação avós	Quinzenalmente	Positivo	Proteção
	Ecol 2,3, 4/Obs.	Frequência interação entre os pares	16 horas diárias	Positivo	Proteção
Meso—	Ecol 2,3, 4/Entrev.	Interrupção interação mãe	-	Positivo	Proteção
	Eco 2,3, 4/Entrev.	Interrupção interação pai	-	Positivo	Proteção
	Eco 2,3,4	Interrupção interação avós	-	Positivo	Proteção
	Eco 2,3, 4/Entrev.	Interrupção interação pares	-	Positivo	Proteção
Macro—	Geno	Dinâmica da família	Harmonia com a família e as famílias de origem	Positivo	Proteção
	Geno	Condição especial de saúde	-	Ausente	Proteção
	Eventos vitais	Mudança de casa problemas de saúde	Presente	Negativo	Risco

APÊNDICE OO

Incidência dos fatores de risco e de proteção da família I de acordo com o modelo PPCT

Núcleo	Instru- mento	Variável	Resposta	Classi- ficação	Fator	
Pessoa	Geno	Peso e idade gestacional ao nascer	950g e 27s	RNPTEBP	Risco	
	Recursos	Entrev.	Riscos pré-natais	Infecção urinária	Presente	Risco
		Entrev.	Riscos perinatais	Asfixia, alterações respiratórias, infecção, icterícia, distúrbio metabólico, apnéia, anemia, sopro cardíaco	Presente	Risco
		Entrev.	Antecedentes morbidos	Descolamento de retina, auto miopia	Presente	Risco
	Demandas	Denver 3	PS, MFA, L, MG	Risco, normal, normal, normal	Risco	Risco
		Denver 4	PS, MFA, L, MG	Normal, normal, risco, normal	Risco	Risco
Entrev.		Comportamento	"Inquieto, agressivo"	Negativo	Risco	
Entrev.		Sono	"Tranquilo"	Positivo	Proteção	
Processo	Entrev.	Concepção da criança	"Não foi planejada"	Negativo	Risco	
	Home 2, 3 e 4	Responsividade emocional e verbal da mãe	Oito; Nove; Oito	Médio risco	Risco	
	Home 2, 3 e 4	Punição e restrição	Seis; Seis; Seis	Baixo risco	Proteção	
	Home 2, 3 e 4	Envolvimento materno	Quatro; Seis; Cinco	Médio; Baixo; Baixo risco	Proteção	
	Home 2, 3 e 4	Oportunidade p/ variar estímulos	Três; Quatro; Três	Médio; Baixo; Médio risco	Risco	
	Entrev.	Problemas psicológicos ou de relac. conjugal e familiar	Não possui	Ausente	Proteção	
	Entrev.	Sentimentos maternos frente a gravidez	"Felicidade direto"	Positivo	Proteção	
	Entrev.	Sentimentos maternos após nascimento	"Foi um trauma, fiquei longe de minha mãe."	Negativo	Risco	
	Entrev.	Sentimentos paternos após nascimento	Preocupado com os dois	Normal	-	
	Entrev.	Comportamento do pai nos cuidados com a criança	"Faz mamadeira, segura no colo."	Presente	Proteção	
	Entrev. e Observ.	Presença e tempo de amamentação	Sim. Até 39 s de idade corrigida.	Negativo	Risco	
	Entrev.	Atividades que a mãe desenvolve c/a criança	"Falo, canto, danço, estimulação visual"	Positivo	Proteção	
	Entrev.	Favorecimento de lazer a criança	"Visita parentes, viaja, passeia de carro"	Presente	Proteção	
	Contexto	Micro—	Home 2, 3 e 4	Organização do ambiente	Quatro; Seis; Seis	Alto; Médio; Médio risco
Home 2, 3 e 4			Provisão de materiais	Um; Seis; Seis	Alto; Médio; Médio risco	Risco
Eco 1,2,3, 4/Entrev.		Apoio institucional (hospital e ambulatório)	Forte/Tênue	-	-	
Eco 2,3, 4/Entrev.		Apoio institucional (ULS)	Tênue	Negativo	Risco	
Eco 1,2,3, 4/Obs.		Interação criança x mãe	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção	
Eco 1,2,3, 4/Obs.		Interação criança x pai	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção	
Eco 1,2,3,		Interação com avós	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção	

Meso—	4/Obs.	maternos			
	Eco1,2,3,4/Obs.	Interação com avós paternos	Tênue c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4	Interação com outras instituições	Forte	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4/Obs.	Interação entre os pais	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4/Obs.	Interação dos pais com avós maternos/paternos	Forte c/fluxo do apoio (c/avós maternos)	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4	Interação da mãe com familiares (tios, tios-avós)	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4	Interação dos pais com os amigos	Tênue	Negativo	Risco
	Eco1,2,3,4	Interação dos pais com os vizinhos	-	-	-
	Eco1,2,3,4	Interação dos pais com outras instituições	-	-	-
	Eco1,2,3,4	Interação com a espiritualidade	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco 1 e Obs.	Interação da mãe com as mães de bebês internados	Forte	Positivo	Proteção
	Eco 1 e Obs.	Interação da mãe c/equipe do hospital	Forte	Positivo	Proteção
	Eco 1 e Obs.	Interação do pai c/equipe do hospital	Forte	Positivo	Proteção
	Exo—	Geno e Entrev.	Relação trabalho do pai com a família	Trabalho c/viagens	Negativo
Geno e Entrev.		Relação trabalho da mãe com a família	Trabalho em casa e recente trabalho fora (entre 1 e 2 anos criança)	-	-
Macro—	Geno e Entrev.	Situação ocupacional	Pai c/novo emprego; Avós maternos c/situação estável	Positivo	Proteção
Tempo	Eco1,2,3,4/Obs./Entrev.	Frequência interação mãe	16 horas diárias (12 horas dormindo)	Negativo	Risco
	Eco1,2,3,4/Obs./Entrev.	Frequência interação pai	16 horas diárias (12 horas dormindo)	Negativo	Risco
Micro—	Eco1,2,3,4/Obs.	Frequência interação avós	Quinzenalmente; 24 horas diárias	Positivo	Proteção
	Eco1 e Observ.	Frequência interação entre os pares	12 horas diárias (8 horas dormindo)	Negativo	Risco
	Eco1,2,3,4/Entrev.	Interrupção interação mãe	-	Positivo	Proteção
Meso—	Eco2,3,4/Entrev.	Interrupção interação pai	-	Positivo	Proteção
	Eco 2,3,4	Interrupção interação avós	-	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4/Entrev.	Interrupção interação pares	-	Positivo	Proteção
Macro—	Geno	Dinâmica da família	Harmonia com a família e as famílias de origem	Positivo	Proteção
	Geno	Condição especial de saúde	-	Ausente	Proteção
	Eventos vitais 3,4	Separação; mudança de casa e de trabalho; dificuldades sexuais	Presente	Negativo	Risco

APÊNDICE PP

Incidência dos fatores de risco e de proteção da família J de acordo com o modelo PPCT

Núcleo	Instru- mento	Variável	Resposta	Classi- ficação	Fator
Pessoa	Geno	Peso e idade gestacional ao nascer	740g e 28s	RNPTEBP	Risco
	Recursos	Entrev.	Riscos pré-natais	Hipertensão	Presente
Entrev.		Riscos perinatais	Alterações respiratórias, hemorragia intracraniana, infecção, icterícia, apnéia, anemia, sopro cardíaco	Presente	Risco
Entrev.		Antecedentes morbidos	Cirurgia hernia inguinal, bronquite, baixo-peso	Presente	Risco
Denver 3		PS, MFA, L, MG	Risco, normal, risco, normal	Risco	Risco
Denver 4		PS, MFA, L, MG	Risco, normal, risco, normal	Risco	Risco
Demandas		Entrev.	Comportamento	"ele é bem tranquilo"	Positivo
	Entrev.	Sono	"Dorme a noite toda."	Positivo	Proteção
Processo	Entrev.	Concepção da criança	"Não foi planejada"	Negativo	Risco
	Home 2, 3 e 4	Responsividade emocional e verbal da mãe	Dez; Oito; Sete	Baixo; Médio; Médio risco	Risco
	Home 2, 3 e 4	Punição e restrição	Seis; Seis; Seis	Baixo risco	Proteção
	Home 2, 3 e 4	Envolvimento materno	Quatro; Três; Quatro	Médio risco	Risco
	Home 2, 3 e 4	Oportunidade p/ variar estímulos	Três; Três; Dois	Médio risco	Risco
	Entrev.	Problemas psicológicos ou de relac. conjugal e familiar	Relação c/ marido e vulnerável	Presente	Risco
	Entrev.	Sentimentos maternos frente a gravidez	"Angustia"	Negativo	Risco
	Entrev.	Sentimentos maternos após nascimento	"Fiquei bastante desesperada, bem aflita."	Negativo	Risco
	Entrev.	Sentimentos paternos após nascimento	-	-	-
	Entrev.	Comportamento do pai nos cuidados com a criança	"Segura no colo, pergunta se tá bonzinho"	Positivo	Proteção
	Entrev. e Obs.	Presença e tempo de amamentação	Sim. Até 2 meses 7 dias de idade corrigida.	Negativo	Risco
	Entrev.	Atividades que a mãe desenvolve c/ a criança	"Converso, canto, danço e brinco"	Positivo	Proteção
	Entrev.	Favorecimento de lazer à criança	"Visita os avós, toma sol, fica mais em casa"	Negativo	Risco
Contexto	Home 2, 3 e 4	Organização do ambiente	Quatro; Quatro; Cinco	Alto; Alto; Médio risco	Risco
	Home 2, 3 e 4	Provisão de materiais	Um; Três; Seis	Alto; Alto; Médio risco	Risco
	Eco 1, 2, 3, 4/Entrev.	Apoio institucional (hospital e ambulatório)	Forte	Positivo	Proteção
	Eco 2, 3, 4/Entrev.	Apoio institucional (ULS)	Forte; Forte; Tênu	Positivo	Proteção
	Eco 1, 2, 3, 4/Obs.	Interação criança x mãe	Forte c/ fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco 1, 2, 3,	Interação criança x pai	Tênu; Forte	Positivo	Proteção

	4/Obs				
	Ecol,2,3,4/Obs	Interação com avós maternos	Forte	Positivo	Proteção
	Ecol,2,3,4/Obs	Interação com avós paternos	Tênue	Negativo	Risco
	Ecol,2,3,4	Interação com outras instituições	Forte	Positivo	Proteção
Meso	Ecol,2,3,4/Obs	Interação entre os pais	Tênue; Forte; Forte; Forte	Positivo	Proteção
	Ecol,2,3,4/Obs	Interação dos pais com avós maternos/paternos	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Ecol,2,3,4	Interação da mãe com familiares (tios, tios-avós)	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Ecol,2,3,4	Interação dos pais com os amigos	-	-	-
	Ecol,2,3,4	Interação dos pais com os vizinhos	-	-	-
	Ecol,2,3,4	Interação dos pais com outras instituições	-	-	-
	Ecol,2,3,4	Interação com a espiritualidade	Forte	Positivo	Proteção
	Eco 1 e Obs.	Interação da mãe com as mães de bebê internado	Forte	Positivo	Proteção
	Eco 1 e Obs.	Interação da mãe c/equipe do hospital	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco 1 e Obs.	Interação do pai c/equipe do hospital	Tênue	Negativo	Risco
Exo	Geno e Entrev.	Relação trabalho do pai com a família	Trabalho com horários rígidos	Negativo	Risco
	Geno e Entrev.	Relação trabalho da mãe com a família	Licença maternidade; trabalha em casa	Positivo	Proteção
Macro	Geno e Entrev.	Situação ocupacional	Pai com emprego e renda fixa	Positivo	Proteção
Tempo	Ecol,2,3,4/Obs./Entrev.	Frequência interação mãe	24 horas diárias	Positivo	Proteção
Micro	Ecol,2,3,4/Obs./Entrev.	Frequência interação pai	12 horas diárias (8 horas dormindo)	Negativo	Risco
	Ecol,2,3,4/Obs.	Frequência interação avós	Dias alternados	Positivo	Proteção
	Ecol,2,3,4/Obs.	Frequência interação entre os pares	12 horas diárias	Positivo	Proteção
Meso	Ecol,2,3,4/Entrev.	Interrupção interação mãe	-	Positivo	Proteção
	Ecol,2,3,4/Entrev.	Interrupção interação pai	-	Positivo	Proteção
	Eco 2,3,4	Interrupção interação avós	-	Positivo	Proteção
	Eco2,3,4/Entrev.	Interrupção interação pares	-	Positivo	Proteção
Macro	Geno	Dinâmica da família	Relação conjugal vulnerável	Negativo	Risco
	Geno	Condição especial de saúde	-	Ausente	Proteção
	Eventos vitais	Perda de emprego; Dívidas	Presente	Negativo	Risco

APÊNDICE QQ

Incidência dos fatores de risco e de proteção da família K de acordo com o modelo PPCT

Núcleo	Instru- mento	Variável	Resposta	Classi- ficação	Fator	
Pessoa	Geno	Peso e idade gestacional ao nascer	1 275g e 29s4d	RNP/TMBP	Risco	
	Recursos	Entrev.	Riscos pre-natais	Infecção urinária e bolsa rota	Presente	Risco
		Entrev.	Riscos perinatais	Prematuridade, hemorragia intracraniana, alterações respiratórias, icterícia, infecção apneia, anemia e sopro cardíaco	Presente	Risco
		Entrev.	Antecedentes morbidos	Otite de repetição	Negativo	Risco
	Demandas	Denver 3	PS, MFA, L, MG	Normal, normal, normal, normal	Normal	Proteção
		Denver 3	PS, MFA, L, MG	Normal, normal, normal, normal	Normal	Proteção
		Entrev.	Comportamento	"birrenta, mas bem ativa"	Positivo	Proteção
Entrev.		Sono	"acorda 1 vez p/ mamar, sono tranquilo"	Positivo	Proteção	
Processo	Entrev.	Concepção da criança	"não foi planejada"	Negativo	Risco	
	Home 2, 3 e 4	Responsividade emocional e verbal da mãe	Dez; Onze; Dez	Baixo risco	Proteção	
	Home 2, 3 e 4	Punição e restrição	Seis; Seis; Seis	Baixo risco	Proteção	
	Home 2, 3 e 4	Envolvimento materno	Quatro; Cinco; Seis	Médio; Baixo; Baixo risco	Proteção	
	Home 2, 3 e 4	Oportunidade p/ variar estímulos	Dois; Dois; Dois	Médio risco	Risco	
	Entrev.	Problemas psicológicos ou de relacionamento conjugal e familiar	Conflito entre os pais	Presente	Risco	
	Entrev.	Sentimentos maternos frente a gravidez	"amava ela, não via a hora dela nascer"	Positivo	Proteção	
	Entrev.	Sentimentos maternos após nascimento	" chorei, emocionada, feliz, assim, né?"	Positivo	Proteção	
	Entrev.	Sentimentos paternos após nascimento	"não sei, ele queria saber só da relação dele comigo"	Negativo	Risco	
	Entrev.	Comportamento do pai nos cuidados com a criança	"vem todos os dias ver o bebê"	-	-	
	Entrev. e Observ.	Presença e tempo de amamentação	Sim. Até 4 meses de idade corrigida	Negativo	Risco	
	Entrev.	Atividades que a mãe desenvolve c/ criança	"brinco, converso, canto e danço"	Positivo	Proteção	
	Entrev.	Favorecimento de lazer à criança	"visitar parentes, igreja, tomar sol, vai à festas"	Presente	Proteção	
Contexto	Micro—	Home 2, 3 e 4	Organização do ambiente	Quatro; Sete; Seis	Alto; Baixo; Médio risco	Risco
		Home 2, 3 e 4	Provisão de materiais	Um; Sete; Oito	Alto; Médio; Baixo risco	Proteção
	Ecol 2,3, 4/Entrev.	Apoio institucional (hospital e ambulatório)	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção	
	Ecol 2,3, 4/Entev.	Apoio institucional (ULS)	Tênue	Negativo	Risco	
	Ecol 2,3, 4/Obs.	Interação criança x mãe	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção	
	Ecol 2,3.	Interação criança x pai	Tênue	Negativo	Risco	

	4/Obs.				
	Eco1,2,3,4/Obs.	Interação com avós maternos	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4/Obs.	Interação com avós paternos	Tênue	Negativo	Risco
	Eco1,2,3,4	Interação com outras instituições	Tênue	Negativo	Risco
Meso—	Eco1,2,3,4/Obs.	Interação entre os pais	Conflituosa	Negativo	Risco
	Eco1,2,3,4/Obs.	Interação dos pais com avós maternos/paternos	Forte c/fluxo do apoio (c/avós maternos)	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4	Interação dos pais com familiares (tios, tios-avós)	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4	Interação dos pais com os amigos	Tênue c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4	Interação dos pais com os vizinhos	-	-	-
	Eco1,2,3,4	Interação dos pais com outras instituições	Tênue	Negativo	Risco
	Eco1,2,3,4	Interação com a espiritualidade	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1 e Obs.	Interação da mãe com as mães de bebês internados	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1 e Obs.	Interação da mãe c/equipe do hospital	Forte c/fluxo do apoio	Positivo	Proteção
	Eco1 e Obs.	Interação do pai c/equipe do hospital	Tênue	Negativo	Risco
Exo—	Geno e Entrev.	Relação trabalho do pai com a família	Trabalho irregular	Negativo	Risco
	Geno e Entrev.	Relação trabalho da mãe com a família	Trabalha em casa	Positivo	Proteção
Macro—	Geno e Entrev.	Situação ocupacional	Avós maternos com emprego e renda fixa	Positivo	Proteção
Tempo	Eco1,2,3,4/Obs./Entrev.	Frequência interação mãe	24 horas diárias	Positivo	Proteção
Micro—	Eco1,2,3,4/Obs./Entrev.	Frequência interação pai	Não possui	Negativo	Risco
	Eco1,2,3,4/Obs.	Frequência interação avós	24 horas diárias	Positivo	Proteção
	Eco1,2,3,4/Obs.	Frequência interação entre os pares	Não possui	Negativo	Risco
Meso—	Eco1,2,3,4/Entrev.	Interrupção interação mãe	-	Positivo	Proteção
	Eco2,3,4/Entrev.	Interrupção interação pai	Não possui	Negativo	Risco
	Eco2,3,4	Interrupção interação avós	-	Positivo	Proteção
	Eco2,3,4/Entrev.	Interrupção interação pares	Não possui	Negativo	Risco
Macro—	Geno	Dinâmica da família	Harmonia c/ família materna	Positivo	Proteção
	Geno	Condição especial de saúde	Mãe com história de epilepsia há 12 anos	Negativo	Risco
	Eventos vitais 3,4	Morte na família; Perda de emprego	Presente	Negativo	Risco

APÊNDICE RR

DICIONÁRIO DO SPSS

Sexo da criança	1- masculino 2- feminino
Procedência familiar	0- Capital 1- Não capital
Idade da mãe Escolaridade da mãe	Número de anos 1- Fundamental incompleto 2- Fundamental completo 3- Médio incompleto 4- Médio completo 5- Superior incompleto 6- Superior completo
Idade do pai Escolaridade do pai	Número de anos 1- Fundamental incompleto 2- Fundamental completo 3- Médio incompleto 4- Médio completo 5- Superior incompleto 6- Superior completo
Situação conjugal do casal	1- Solteiro 2- Casado 3- União consensual 4- Separado/divorciado 5- Viúvo
Ocupação profissional da mãe e do pai	1- Desempregado 2- Do lar 3- Não-qualificado 4- Semi-qualificado 5- Qualificado manual 6- Qualificado não-manual 7- Intermediário

Tipo de moradia – Etapas 2, 3 e 4	0- Própria 1- Alugada 2- Empréstada
Luz na habitação – Etapas 2, 3 e 4	0- Ausente 1- Presente
Esgoto/Água encanada na habitação- Etapas 2, 3 e 4	0- Ausente 1- Presente
Asfalto na rua da habitação – Etapas 2, 3 e 4	0- Ausente 1- Presente
Número de cômodos na casa – Etapas 2, 3 e 4	Escore
Número de pessoas residentes na casa – Etapas 2, 3 e 4	Escore
Renda familiar - Etapas 2, 3 e 4	Escore
Renda total	Média da renda de todas as etapas
Planejamento da criança	0- Sim 1- Não
A partir de que mês fez pré-natal	Escore em meses
Número de consultas pré-natais	Escore
Risco pré-natal	Tipo do risco
Tipo de parto	0- Normal 1- Cesárea
Tempo de relacionamento do casal ao engravidar	Escore em meses
Número de filhos anteriores	Escore
Idade gestacional	Escore em semanas
Peso no nascimento	Escore em gramas
Apgar no 1º minuto e no 5º minuto	Escore
Altura no nascimento	Escore em centímetros
Peso na alta	Escore em gramas
Altura na alta	Escore em centímetros
Peso mínimo durante internação	Escore em gramas
Tempo de internação	Escore em dias
Peso com um ano	Escore em gramas
Altura com um ano	Escore em centímetros
Peso com dois anos	Escore em gramas
Altura com dois anos	Escore em centímetros
Tempo de amamentação	Escore em meses
Denver classificação geral 3ª e 4ª etapas	0- Normal 1- Risco
Áreas do Denver – 3ª e 4ª etapas	
Pessoal-Social	0- Normal 1- Cuidado 2- Atraso

Motora Fina	0- Normal 1- Cuidado 2- Atraso
Linguagem	0- Normal 1- Cuidado 2- Atraso
Motora Ampla	0- Normal 1- Cuidado 2- Atraso
Tarefas Denver 3ª e 4ª etapas	
Tarefas normais	Escore de tarefas normais em cada uma das etapas
Tarefas com cuidado	Escore de tarefas com cuidado em cada uma das etapas
Tarefas com atraso	Escore de tarefas com atraso em cada uma das etapas
Tarefas Denver em ambas as etapas	
Tarefas normais	Escore de tarefas normais
Tarefas com cuidado	Escore de tarefas com cuidado
Tarefas com atraso	Escore de tarefas com atraso
HOME total 2ª, 3ª e 4ª etapas	Escore
Classificação no HOME 2ª, 3ª e 4ª etapas	1- Inferior que a 4ª parte (0-25) 2- Médio (26-36) 3- Superior a 4ª parte (37-45)
Subescalas HOME – 2ª, 3ª e 4ª etapas	
Responsividade	Escore de itens presentes
Fuga por punição e restrição	Escore de itens presentes
Organização do ambiente físico	Escore de itens presentes
Provisão de materiais apropriados	Escore de itens presentes
Envolvimento maternal com a criança	Escore de itens presentes
Oportunidades para variar o estímulo do cotidiano	Escore de itens presentes
Classificação Eventos Vitais 3ª e 4ª etapas	0- Inferior a 4ª parte (0 a 4 itens) 1- Médio (5 a 7 itens) 2- Superior a 4ª parte (8 a 15 itens)
Áreas Eventos Vitais – 3ª e 4ª etapas	
Área Trabalho	Escore de eventos na área
Área Perda de Suporte Social	Escore de eventos na área
Área Família	Escore de eventos na área
Área Mudanças no Ambiente	Escore de eventos na área
Área Dificuldades Pessoais	Escore de eventos na área
Área Finanças	Escore de eventos na área
Itens Eventos Vitais 3ª e 4ª etapas	
Mudança de trabalho	0- Ausente 1- Presente

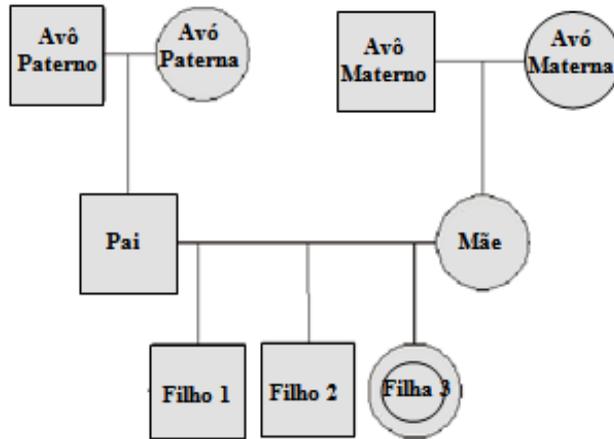
Dificuldades com a chefia	0- Ausente 1- Presente
Perda de Emprego	0- Ausente 1- Presente
Reconhecimento Profissional	0- Ausente 1- Presente
Morte de alguém da família	0- Ausente 1- Presente
Morte de um amigo	0- Ausente 1- Presente
Morte do cônjuge	0- Ausente 1- Presente
Doença na família	0- Ausente 1- Presente
Separação	0- Ausente 1- Presente
Casamento	0- Ausente 1- Presente
Gravidez	0- Ausente 1- Presente
Nascimento na família	0- Ausente 1- Presente
Reconciliação matrimonial	0 – Ausente 1 - Presente
Mudança de escola	0- Ausente 1- Presente
Mudança de casa	0- Ausente 1- Presente
Mudança no nº de pessoas morando na casa	0- Ausente 1- Presente
Problemas de saúde	0- Ausente 1- Presente
Mudanças de hábitos pessoais	0- Ausente 1- Presente
Mudança de atividades sociais	0- Ausente 1- Presente
Mudança de atividades recreativas	0- Ausente 1- Presente
Mudança de atividade religiosa	0- Ausente 1- Presente
Acidentes	0- Ausente 1- Presente
Dificuldades sexuais	0- Ausente 1- Presente
Aposentadoria	0- Ausente 1- Presente
Perdas financeiras	0- Ausente

Dívidas	1- Presente 0- Ausente
Média Eventos Vitais – 3ª e 4ª etapas	1- Presente Média do escore dos Eventos Vitais ocorridos na 3ª e 4ª etapas
Soma de Eventos Vitais – 3ª e 4ª etapas	Escore inteiro de Eventos Vitais ocorridos na soma da 3ª e 4ª etapas
Índice de Risco segundo Rutter	0- Baixo (0) 1- Moderado (1 ou 2) 2- Severo (> 2)
Itens de Risco	
Baixo nível educacional dos pais	0- não 1- sim
Habitação superlotada	0- não 1- sim
Doença psiquiátrica dos pais	0- não 1- sim
História de delinquência dos pais	0- não 1- sim
Problemas conjugais (conflitos frequentes, separação, distância emocional)	0- não 1- sim
Maternidade/paternidade precoce (< de 18 anos ou relacionamento < 6 meses)	0- não 1- sim
Rejeição da gravidez	0- não 1- sim
Falta de apoio e integração social (falta de amigos e de ajuda no cuidado da criança)	0- não 1- sim
Dificuldades severas crônicas (desemprego/doença por mais de um ano)	0- não 1- sim
Falta de capacidade de lidar com problemas (lidar inadequado com eventos estressores do problema, retraimento, resignação, dramatização exagerada)	0- não 1- sim
Soma dos itens de risco psicossocial	Escore da soma dos itens

ANEXO1

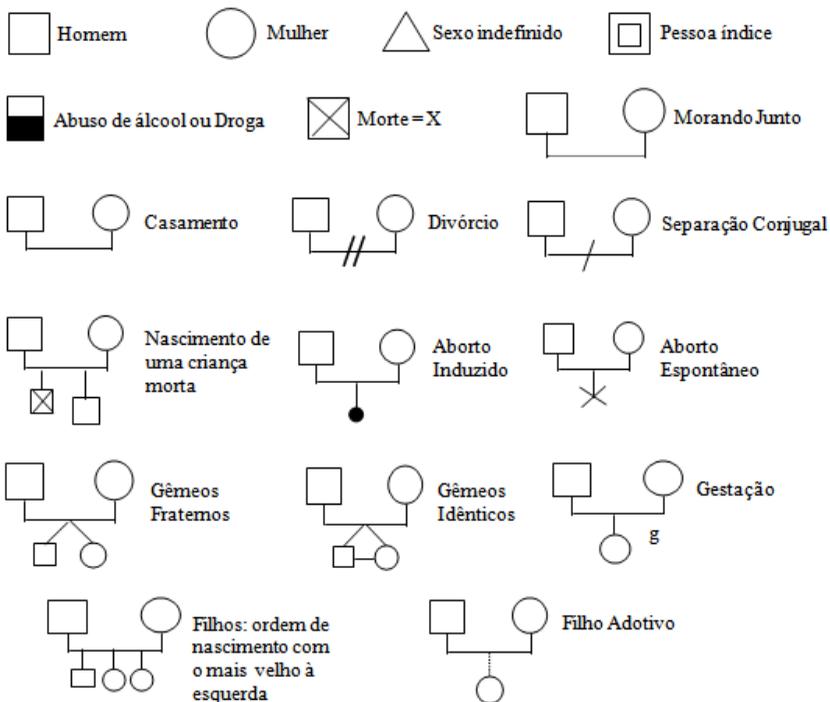
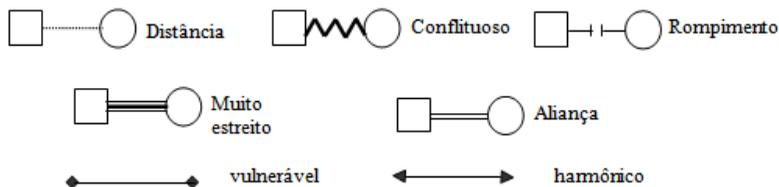
Modelo gráfico do Genograma

(Baseado em McGoldrick & Gerson, 1995).



ANEXO 2

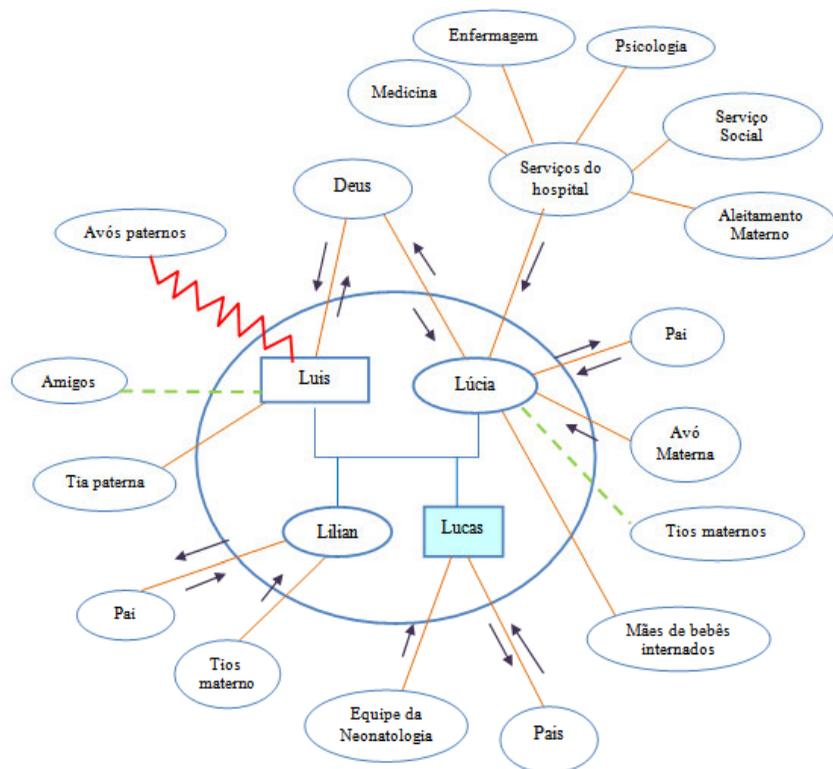
Símbolos e Abreviações do Genograma
(Baseado em McGoldrick & Gerson, 1995).

**Relacionamentos:**

ANEXO 3

Modelo gráfico do Ecomapa

(Baseado em Pillitteri, 1992 e adaptado pela pesquisadora)

**Legenda das Interações:**

- Forte
- - - Tênue
- ~~~~~ Conflituosa
- Fluxo do apoio

ANEXO 4

Universidade Federal de Santa Catarina – Centro de Filosofia e Ciências Humanas – Departamento de Psicologia
 Responsável: Profa. Dra. Maria Aparecida Crepaldi – Núcleo de Estudos em Saúde Família e Comunidade

**ENTREVISTA PARA IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS BIOPSISSOCIAIS
 NA HISTÓRIA DE VIDA DA CRIANÇA**
 (Santa Maria-Mengel, & Linhares, 2002)

DATA: ____/____/____ Entrevistado: _____

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

N.º do Registro da Família: _____
 Nome da Criança _____
 Sexo: _____ Data de Nascimento: _____ Peso ao nascer: _____
 Nome da mãe: _____
 Idade: _____ Nível de escolaridade: _____
 Se trabalha fora de casa, quantas horas por dia? _____
 Ocupação: _____
 Quem fica com a criança durante o período de trabalho da mãe? _____
 A criança freqüente creche ou berçário? Sim () Não () Desde que idade? _____
 Tempo de permanência no dia: _____ Relacionamento: _____
 Contato com a mãe (número de horas por dia): _____
 Nome do pai: _____
 Idade: _____ Nível de escolaridade: _____
 Se trabalha fora de casa, quantas horas por dia? _____
 Ocupação: _____
 Situação conjugal: solteiro, casado, união consensual, divorciado, separado, viúvo (a)
 Na gravidez: _____ No nascimento: _____
 Endereço: _____ Fone: _____
 Cidade: _____ Tipo de moradia: própria () alugada () emprestada ()
 Condições de saneamento básico: luz () água encanada () esgoto () asfalto () N.º de cômodos da casa: _
 Quarto _____ Sala _____ Cozinha _____ Banheiro _____ Dentro () Fora () Quintal _____ N.º de camas: _
 N.º de pessoas na casa: _____ Além dos pais e filhos, há outras pessoas na casa? _____
 Estável () Temporário () Motivo: _____
 Renda familiar: _____ Quantos e quem trabalha: _____

PERFIL DAS CONDIÇÕES FÍSICAS

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

2. CONCEPÇÃO DA CRIANÇA:

Foi planejada? _____
 Problemas psicológicos ou de relacionamento conjugal e familiar com relação a gravidez? _____
 Sentimentos de maneira geral, frente à gravidez: _____
 Idade da mãe ao engravidar: _____ Idade do Pai: _____ Situação conjugal: _____
 Há quanto tempo se conheciam? _____

3. GESTAÇÃO:

Idade gestacional: _____ Fez pré-natal a partir de que mês? _____ N.º de consultas: _
 Se não qual o motivo? _____
 Riscos Pré-natal: Não () Sim () Quais: () hipertensão () diabetes () infecção materna () infecção urinária () sangramentos () álcool () tabagismo () drogas injetáveis/inaláveis () outros Quais? _____

Hospitalização: Sim () Não () Motivo: _____

Saúde Mental: Internação Psiquiátrica: Sim () Não () Motivo: _____

Depressão na gravidez: Sim () Não () Características: _____

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

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

N.º de abortos: _____ Motivos: _____

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

Filhos falecidos (idade e causa da morte): _____

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

Irmãos da criança:

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

P

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

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

4. PARTO: () Normal () Cesárea eletiva () Cesárea não eletiva () Fórceps

Qual o Hospital? _____

5. CONDIÇÕES DE NASCIMENTO:

Nascimento: _____

Tempo da internação: _____

Peso na alta: _____ Estatura: _____

O bebê teve alta junto com a mãe? _____

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

Sentimentos/Reação ao nascimento: _____

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

Riscos Peri-natais: () não () sim. Quais: () asfixia/anóxia () convulsão () hemorragia intracraniana

() alterações respiratórias () infecção () prematuridade () peso inferior a 2500g

() icterícia () distúrbio metabólico () outros Qual? _____

Antecedentes morbidos

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

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

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

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

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

6. AMAMENTAÇÃO:

Amamentação: Sim () Quando começou? _____

Duração: _____

Não () Motivo: _____

Ritmo e horários: _____

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

Comportamento do bebê durante a amamentação (chora, agita-se, tranquiliza-se, sorri, olha a mãe, fixa o olhar na mãe, afasta-se do seio, aproxima-se, "brinca" de afastar e aproximar): _____

7. HORA DO BANHO:

Quem dá o banho: _____

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

Reação da mãe: _____

8. SONO (sono insuficiente, sono intransquilo, pesadelo, terror noturno, sonambulismo, sonolência e torpor, narcolepsia, outros):

Onde a criança dorme: _____

Quantidade de períodos de sono: _____

Tempo de duração desses períodos: _____

Comportamento durante o sono: _____

Sono noturno: _____

9. ALIMENTAÇÃO (obesidade, anorexia, ruminação, pica, coprofagia, bulimia, outros):

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

() “fica enrolando” para comer

() não come o suficiente

() come em excesso

() outra – especificar: _____

10. SAÚDE:

Seguimento em quais especialidades: _____

Vacinação: _____

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

Cólicas: _____

Vômitos: _____

Diarréia: _____

Constipação: _____

Outros: _____

11. PERFIL DE DESENVOLVIMENTO

Sustentou a cabeça: _____

Sentou: _____

Engatinhou: _____

Andou: _____

Falou: _____ Quem cuidou e ensinou o bebê? _____

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

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

COMPORTAMENTO:

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

Especificar: _____

Em qual situação? _____

HÁBITOS E MANIPULAÇÃO DO CORPO:

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

Especificar: _____

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

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

12. ATIVIDADES QUE OS PAIS DESENVOLVEM JUNTO COM A CRIANÇA EM CASA:

13. LAZER (PASSEIOS, VISITAS, VIAGENS):

Número de vezes por semana: _____

14. RECURSOS DO AMBIENTE FÍSICO

Em sua casa existe:

	Quantos?		Quantos?
() rádio		() videocassete	
() TV preto e branco		() forno de microondas	
() TV colorida		() TV por assinatura (multicanal)	
() máquina de lavar roupa		() automóvel	
() máquina de lavar louça		() motocicleta	
() telefone		() computador	
() telefone celular		() outros, especifique	
() aparelho de som			

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

Há livros em sua casa? () não () sim – tipo: () escolares () romances () livros infantis () religiosos () técnicos – científicos () enciclopédias () dicionário () revistas () jornais () outros – especifique: _____

Oportunidade de uso desses recursos: _____

15. PRATICAS EDUCATIVAS:

Como você ensina a criança no dia a dia?

16. EXPECTATIVAS:

Como você espera que seja o desenvolvimento do bebê?

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

ÍNDICE DE RISCO / PROTEÇÃO PSICOSSOCIAL
(Rutter & Quinton, 1977)

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

TOTAL: _____

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

ANEXO 5

Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Filosofia e Ciências Humanas - Departamento de Psicologia
Responsável: Profa. Dra. Maria Aparecida Crepaldi - Núcleo de Estudos em Saúde Família e Comunidade

Inventário HOME para Observação e Medida do Ambiente (0 a 3 anos)

Tradução: Ana Celina Bastos - (Cadwell e Bradley, 1984)

Folha de Registro

Nome da criança Data da Visita.....
 Data de Nascimento Entrevistador.....
 Relação da pessoa entrevistada com a criança.....
 Local da entrevista.....
 Pessoas presentes no local no momento da entrevista.....
 Comentários.....

I - Responsividade emocional e verbal da mãe	SIM	NÃO
1. Mãe espontaneamente vocaliza para a criança pelo menos duas vezes durante a visita (excluindo-se repreensão)		
2. Mãe responde às vocalizações da criança com uma resposta verbal (se a criança não vocalizar não pontuar).		
3. Mãe fala à criança o nome de algum objeto durante a visita ou diz o nome da pessoa ou objeto no estilo "ensinando".		
4. A linguagem da mãe é distinta, clara e audível.		
5. A mãe inicia intercâmbios verbais além das perguntas do observador, faz espontaneamente comentários.		
6. A mãe expressa idéias livre e facilmente, e usa afirmações de extensão apropriada à conversação (da mais resposta resumida).		
7. Mãe espontaneamente permite que a criança, ocasionalmente se envolva em brincadeiras de bagunça.		
8. Mãe espontaneamente elogia as qualidades da criança ou comportamento, ou os dois durante a entrevista.		
9. Quando falando da ou para a criança, a voz da mãe transmite sentimento positivo.		
10. Mãe acancia ou beija a criança pelo menos uma vez durante a visita.		
11. Mãe mostra alguma resposta emocional positiva quando a criança é elogiada pelo visitante.		

II Fuga por punição e restrição	SIM	NÃO
12. Mãe não grita com a criança durante a visita.		
13. Mãe não expressa publicamente aborrecimento ou hostilidade perto da criança.		
14. Mãe não bate, nem espanca a criança.		
15. Mãe relata que não puniu a criança fisicamente, mais de uma vez durante a última semana.		
16. Mãe não repreende ou deprecia a criança durante a visita.		
17. Mãe não interfere em ações com a criança ou restringe seus movimentos não mais de três vezes durante a visita, incluindo aspectos verbais.		
SUB-SCORE		

III - Organização do ambiente físico geral	SIM	NÃO
18. No mínimo 10 livros estão presentes e visíveis.		
19. Família tem algum animal de estimação.		
20. Quando a mãe está fora o cuidado é promovido por uma das três pessoas que a substitui regularmente.		
21. Alguém levou a criança a um supermercado pelo menos uma vez na última semana.		
22. A criança sai de casa pelo menos quatro vezes por semana.		
23. A criança é levada regularmente ao consultório médico ou clínico.		
24. A criança tem algum lugar especial no qual mantém seus brinquedos e pertences.		
25. A criança brinca em lugar livre de perigos.		
SUB-SCORE		

IV – Provisão de materiais apropriados	SIM	NÃO
26. A criança tem algum brinquedo ou equipamento que exija atividade muscular.		
27. A criança tem brinquedo de empurrar ou puxar.		
28. A criança tem voador, carro de criança, patinete ou um triciclo.		
29. A mãe da criança dá brinquedos ou atividades interessantes para a criança durante a visita.		
30. A mãe da criança dá brinquedos de aprendizado apropriados para a idade.		
31. A mãe da criança dá equipamentos de aprendizado apropriados para a idade: móveis, cadeira, etc.		
32. A mãe dá brinquedos de coordenação visomanual, itens para entrar e sair do recipiente, brinquedos de encaixar, fazer contas.		
33. A mãe dá brinquedos de coordenação visomanual, que lhe permita fazer combinações, empilhar caixas, blocos ou brinquedos de construção.		
34. A mãe dá brinquedos de música e literatura.		
SUBSCORE		

V - Envolvimento maternal com a criança	SIM	NÃO
35. Mãe procura manter a criança no seu campo visual e a olha freqüentemente.		
36. Mãe fala com a criança enquanto faz seu trabalho.		
37. Mãe encoraja conscientemente os avanços e desenvolvimentos.		
38. Mãe investe em brinquedos para desenvolvimento importante da atenção.		
39. Mãe designa períodos para criança brincar.		
40. Mãe dá brinquedos que provocam mudanças na criança para que desenvolva novas habilidades.		
SUBSCORE		

VI - Oportunidades para variar o estímulo do cotidiano	SIM	NÃO
41. Pai é responsável por algum tipo de cuidado com a criança todos os dias.		
42. Mãe lê histórias pelo menos três vezes por semana para a criança.		
43. Criança come pelo menos uma refeição diária com a mãe e o pai.		
44. Família visita ou recebe a visita de parentes.		
45. Criança tem três ou mais livros seus.		
SUBSCORE		

VI - Oportunidades para variar o estímulo do cotidiano	SIM	NÃO
41. Pai é responsável por algum tipo de cuidado com a criança todos os dias.		
42. Mãe lê histórias pelo menos três vezes por semana para a criança.		
43. Criança come pelo menos uma refeição diária com a mãe e o pai.		
44. Família visita ou recebe a visita de parentes.		
45. Criança tem três ou mais livros seus.		
SUBSCORE		

Subescala	Escore	Menor que a 4ª parte	Médio	Superior à 4ª parte
I. Responsividade		0 – 6	7 – 9	10 – 11
II. Aceitação		0 – 3	4 – 5	6
III. Organização		0 – 4	5 – 6	7 – 8
IV. Materiais		0 – 4	5 – 7	8 – 9
V. Envolvimento		0 – 2	3 – 4	5 – 6
VI. Variedade		0 – 1	2 – 3	4 – 5
Escore Total		0 – 25	26 – 36	37 – 45

Para um rápido perfil de uma família, coloque um X na coluna que corresponde ao escore bruto em cada subescala e o escore total.

ANEXO 6**ESCALA DE EVENTOS VITAIS**

(Savoia, 1999)

Nome da criança: _____ Data: _____

Assinale os eventos que lhe ocorreram no último ano:

- Morte do cônjuge
- Separação
- Casamento
- Morte de alguém da família
- Gravidez
- Doença na família
- Acréscimo ou diminuição do no. de pessoas morando em sua casa
- Nascimento na família
- Mudança de casa
- Mudança de escola
- Reconciliação matrimonial
- Aposentadoria
- Perda de emprego
- Mudança de trabalho (favorável ou desfavorável)
- Dificuldades com a chefia
- Reconhecimento profissional
- Acidentes
- Perdas financeiras
- Dificuldades sexuais
- Problemas de saúde
- Morte de um amigo
- Dívidas
- Mudanças de hábitos pessoais
- Mudanças de atividades recreativas
- Mudanças de atividades religiosas
- Mudanças de atividades sociais
- Outros. Especificar: _____

