



ARTIGO ORIGINAL

Recém-nascidos pré-termo internados em unidade de terapia intensiva: desenvolvimento da conduta interativa no primeiro ano de vida

Preterm neonates treated in intensive care units: development of interaction behavior in the first year of life

Márcia R.M. Pedromônico¹, Marisa F. de Azevedo², Benjamin I. Kopelman³

Resumo

Objetivo: Com o presente estudo, pretendemos caracterizar a conduta interativa, no primeiro ano de vida, de recém-nascidos pré-termo, de peso inferior a 2000 gramas, e tempo de internação em unidade neonatal superior a 10 dias.

Método: Para tanto, foram observadas 53 crianças, durante o primeiro ano de vida, 21 do sexo masculino e 32 do sexo feminino. As observações foram realizadas através de 17 comportamentos relacionados à situação de comunicação pessoa-pessoa, ou seja, comportamentos que se manifestam desencadeando ou mantendo a situação de interação. Para o estudo estatístico, levou-se em conta as variáveis idade da consulta, sexo, peso ao nascimento, classificação do neonato, tempo de internação e avaliação neurológica.

Resultados: Pudemos observar que houve evolução nas formas de interação dos recém-nascidos pré-termo, embora com ritmo diferente daquele previsto em crianças nascidas a termo. A ocorrência dos comportamentos comunicativos não se mostrou afetada pelo sexo, peso ao nascimento e classificação do neonato em adequado ou pequeno à idade gestacional. O tempo de internação afetou a ocorrência do comportamento *sorri para a imagem refletida no espelho*. As crianças com exame neurológico alterado tiveram uma diminuição estatisticamente significativa da ocorrência dos comportamentos *sorri para o sorriso e para a fala do examinador*, *brinca de esconder*, *protesta para a saída da mãe*, *aponta para indicar desejo e executa ordens a pedido*.

Conclusão: Ficaram caracterizados atrasos na ocorrência de comportamentos que envolviam formas mais complexas de interação, nas crianças com diagnóstico de alteração neurológica. As crianças com tempo de internação superior a 35 dias mostraram evidência de alteração no processo de construção da imagem corporal, processo este relacionado à construção da personalidade.

J. pediatr. (Rio J.). 1998; 74(4):284-290: desenvolvimento, interação, pré-termo.

Abstract

Objective: The aim of this research was to characterize the interaction during the first year of preterm infants whose weight was lower than 2000g and who had been in neonatal intensive care units for at least 10 days.

Method: Fifty-three infants were observed during a year, twenty-one being boys and thirty-two girls. These infants were assessed regarding seventeen kinds of behavior which we considered important in person to person relationship, i.e., behavior which led to interaction or maintained it. In our analysis we considered the age at which the child was seen, sex, weight at birth, newborn classification, time of hospitalization and neurological diagnosis.

Results: An analysis of the results showed that there was an evolution in the way preterm infants interacted although the progress was smaller than the one of their pair terms. The occurrence of communicative behavior was not affected by sex, weight at birth or newborn classification (adequate or small for gestational age). The postnatal time of hospitalization affected the occurrence of the behavior smiles to the reflected image in mirror. The infants diagnosed as being neurologically impaired showed a statistically significant smaller occurrence of behaviors: respond to smiles and speech by smiling, play peek-a-boo, protest at mother's departure, point to desired objects and carry out given orders.

Conclusions: The infants diagnosed as having neurological disabilities showed a delay in more complex forms of interaction. The infants with more than 35 days of hospitalization showed alteration in the self-body construction, related to personality build up.

J. pediatr. (Rio J.). 1998; 74(4):284-290: development, interaction, preterm.

1. Psicóloga clínica, Professor Adjunto da Disciplina de Distúrbios da Comunicação Humana, UNIFESP - EPM.

2. Fonoaudióloga, Professor Adjunto da Disciplina de Distúrbios da Audição, UNIFESP - EPM.

3. Pediatra, Professor Titular da Disciplina de Pediatria Neonatal, UNIFESP - EPM.

Nos últimos vinte anos, a taxa de sobrevivência de recém-nascidos pré-termo (RNPT) de baixo peso tem aumentado, em função dos recursos tecnológicos e da capacitação dos profissionais envolvidos no acompanhamento de gestações de risco e na atenção aos neonatos atendidos em unidades de terapia intensiva neonatal.

A literatura referente ao estudo retrospectivo e de seguimento do desenvolvimento destas crianças vêm se atendo à pesquisa das capacidades motoras gerais e especiais¹⁻⁴, ao processo cognitivo e de linguagem oral⁵⁻⁷, buscando uma associação dos fatores de risco médico e eventuais distúrbios desenvolvimentais nas referidas áreas. Alguns trabalhos têm apontado que mesmo em crianças com complicações neurológicas perinatais graves, comumente associadas a prejuízos cognitivos, seus desempenhos futuros serão influenciados por fatores de ordem não-biológica^{8,9}. Estudos envolvendo aspectos psicológicos relacionados à construção da personalidade associados com a prematuridade têm sido menos explorados.

Alguns trabalhos vêm buscando associar o impacto da prematuridade na interação mãe-bebê¹⁰⁻¹⁵; outros têm estudado a possível associação de prematuridade e condições clínicas perinatais com o temperamento e a ocorrência de problemas emocionais^{16,17}.

No presente trabalho, o objetivo foi o de estudar recém-nascidos pré-termos de peso inferior a 2000 gramas e tempo de internação superior a 10 dias, buscando verificar os efeitos de tais condições no desenvolvimento da conduta interativa, durante o primeiro ano de vida, através de indicadores comportamentais relacionados à comunicação.

Material e Método

Este trabalho faz parte de um estudo interdisciplinar longitudinal, realizado dentro da rotina do programa de Diagnóstico e Acompanhamento do Desenvolvimento de Neonatos de Risco, estabelecida pelo Setor de Desenvolvimento Humano, da Disciplina de Pediatria Neonatal, UNIFESP-EPM.

Das 227 crianças acompanhadas no referido setor, entre 1992 e 1994, foram incluídas no estudo:

- recém-nascido com tempo de gestação inferior a 37 semanas;
- peso inferior a 2000 gramas;
- tempo de internação igual ou superior a 10 dias;
- ausência de malformações e/ou síndromes genéticas diagnosticadas ao nascimento;
- ausência de deficiências sensoriais auditivas e visuais diagnosticadas durante o período de realização do trabalho;
- presença da mãe nos cuidados da criança após a alta e pelo menos até o período da execução deste trabalho.

Além destes critérios, para caracterizar a evolução da conduta interativa, no protocolo deveriam estar registradas pelo menos duas observações dos comportamentos da criança, sendo uma delas do primeiro trimestre (0 a 3m e 29d) e a outra do último trimestre (10m a 12m e 29d) do primeiro ano de vida.

Desta forma, a população deste trabalho constituiu-se de 53 crianças, sendo 32 do sexo feminino (60,38%) e 21 do sexo masculino (39,62%). A Tabela 1 mostra a caracte-

terização da população, conforme os critérios de tempo de gestação, peso ao nascimento e tempo de internação pós-natal.

Tabela 1 - Caracterização da população dos recém-nascidos, considerando idade gestacional, peso ao nascimento e tempo de internação

	Faixa de variação	Valor médio (+DP)
Idade Gestacional (em semanas)	25s 13d a 36s 13d	32s 7d (+ 2s 24d)
Tempo de internação (em dias)	10d a 95d	35d (+ 18d)
Peso de nascimento (em gramas)	740g a 1960g	1437g (+ 319g)

Ao nascimento, todas as crianças foram examinadas e avaliadas pelo pediatra, sendo estabelecidos os diagnósticos clínicos perinatais, segundo as normas do setor de Pediatria Neonatal da UNIFESP¹⁸. Disso decorreu que 27 (50,95%) dos recém-nascidos tinham peso inferior a 1500 gramas, e 26 (49,05%) tinham peso entre 1500 e 1960 gramas; 30 (56,60%) dos recém-nascidos foram classificados como adequados para a idade gestacional (AIG) e 23 (43,40%) como pequenos para a idade gestacional (PIG). Em exames ultra-sonográficos, 13 (24,53%) crianças apresentaram evidências de hemorragia ventricular, sendo 10 (18,87%) de grau I e 3 (5,66%) de grau II. 23 (43,40%) das crianças sofreram asfixia perinatal.

Todas as crianças, por suas condições pré e perinatais, pertenciam a um grupo de alto risco para alterações desenvolvimentais associadas a alterações neurológicas, sendo que a maioria delas acumulava riscos. A Figura 1 mostra a frequência de ocorrência destes riscos, nas crianças estudadas. Além disso, a população estudada foi considerada de baixo nível socioeconômico e cultural, quando analisados os parâmetros renda familiar (53,5% entre 2 e 3 salários mínimos), escolaridade dos pais (77% não concluíram o primeiro grau) e profissão dos pais (ocupações manuais semi ou não-especializadas).

Para 47 das crianças (88,88%) foram realizados exames neurológicos, ao final do primeiro ano de vida, sendo 13 deles normais (27,65%) e 32 alterados, dos quais 18 (38,29%) apenas com alteração de tonus (A.T.) e 16 (34,04%) com evidências de quadro lesional encefálico (L.E.).

A observação de todas as crianças foi realizada pela autora do trabalho, psicóloga, em consulta conjunta com o pediatra e fonoaudióloga, no ambulatório de Pediatria Neonatal. Tais consultas tinham duração média de cinquenta minutos, envolvendo o exame clínico, a avaliação, a atribuição do diagnóstico de desenvolvimento e a orientação à família do lactente.

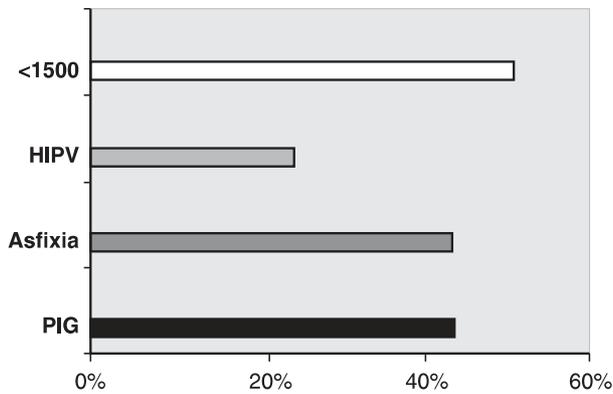


Figura 1 - Ocorrência dos fatores de risco na população

Para a observação do comportamento dos lactentes foram selecionados comportamentos que possibilitassem inferir sobre a conduta interativa, denominando-os de *comunicativos*. A seleção foi feita a partir do Roteiro de Diagnóstico e Acompanhamento do Desenvolvimento de Crianças de 0 a 36 meses de idade¹⁹, utilizado na rotina do serviço. Estes comportamentos foram distribuídos por trimestre, numa folha para registro da observação do comportamento da criança, apresentada a seguir.

O lactente foi sempre observado em estado de alerta²⁰, além de estar em bom estado físico geral. As respostas foram consideradas presentes quando a criança as manifestava durante a consulta, para a mãe e/ou examinador. Além disso, havia necessidade da concordância de dois examinadores, quanto à resposta manifestada pela criança.

Para a análise dos resultados, inicialmente, foi estabelecida, estatisticamente, a idade média em que ocorreram as consultas, considerando sempre a idade cronológica em que ocorreu cada uma delas e os períodos de tempo, em trimestres, relacionados ao desenvolvimento no primeiro ano de vida. Levou-se em conta, para o estudo, apenas uma consulta da criança em cada trimestre. A seguir, estabeleceu-se a frequência de ocorrência dos comportamentos selecionados por trimestre, dentro do grupo de crianças. Assim, foi obtida, uma distribuição a respeito de como tais comportamentos ocorriam durante o primeiro ano de vida, para estas crianças.

Os parâmetros para a avaliação comportamental foram analisados em função das variáveis que poderiam ser consideradas de risco para a sua ocorrência: idade ao exame, sexo, peso ao nascimento, classificação do neonato, tempo de internação e o resultado da avaliação neurológica.

A associação entre a avaliação comportamental e os fatores de risco foi testada pelo Teste Exato de Fischer em tabelas 2 por 2, e pelo Teste do Qui-quadrado (c²) em tabelas de maior dimensão.

Comportamento	1ª Avaliação	2ª Avaliação	3ª Avaliação	4ª Avaliação
1. Fixar olhar no rosto humano				
2. Sorri para o sorriso e fala do examinador				
3. Produz guturais				
4. Produz vocálicos				
5. Aumenta a produção de sons quando lhe falam				
6. Sorri para a imagem do espelho				
7. Reage ao estranho				
8. Brinca de esconder				
9. Grita para conseguir atenção				
10. Brinca com a imagem do espelho				
11. Protesta à saída da mãe				
12. Produz sílabas isoladas ou em seqüência				
13. Reage ao não				
14. Imita gestos				
15. Aponta para indicar desejo				
16. Executa ordens a pedido				
17. Produz uma palavra				

Adotou-se o nível de significância de 0,05 ($\mu=5\%$). Níveis descritivos (P) inferiores a este valor foram considerados significantes, e marcados por (*), quando de sua ocorrência.

Resultados

Não foram evidenciadas diferenças significantes na ocorrência de 16 (94,99%) comportamentos comunicativos, quando analisados em função da idade cronológica da criança à época da consulta. O mesmo não ocorreu com relação ao comportamento de *produção de sílabas isoladas ou em seqüência*, sendo sua ocorrência maior (84,38%) no final do primeiro ano de vida.

A Tabela 2 descreve, em ordem hierárquica, a ocorrência dos 17 comportamentos comunicativos, por trimestre, durante o primeiro ano de vida.

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significantes, na ocorrência dos 17 comportamentos, quando analisados em relação ao sexo, peso ao nascimento e classificação do neonato.

No entanto, quando dos seis meses de idade cronológica, 22 (64,71%) das crianças que permaneceram menos tempo internadas manifestaram mais o comportamento *sorri para a imagem refletida no espelho* do que aquelas 12 (35,29%) que tiveram um período de internação superior a 35 dias (Fischer = 0,0248*).

As crianças com exame neurológico normal (27,65%) aos 12 meses, apresentaram maior ocorrência dos comportamentos - *sorri para o sorriso e para a fala do examinador*

e *executa ordens a pedido* - do que as crianças com alteração de tonus (38,29%) e lesão encefálica (34,04%) (Tabela 3).

As crianças com exame neurológico normal e as com alteração do tonus muscular apresentaram maior ocorrência dos comportamentos - *brinca de esconder, protesta à saída da mãe e aponta para indicar desejo* - do que as crianças portadoras de lesão encefálica (Tabela 3).

Discussão

Como ponto inicial de discussão, vale a pena abordar a questão da correção da idade. Não há consenso na literatura do quanto e do como fazê-la em cada nível desenvolvimental^{2,14,21,22}; porém os que a empregam, por suposto, consideram o desenvolvimento biológico como fator determinante para todas as outras dimensões comportamentais. No entanto, por assumirmos que o recém-nascido humano tem a propensão inata para o relacionamento com outro humano²³⁻²⁷, e que este será o núcleo básico para a formação de sua personalidade, processo iniciado com a concepção, para os objetivos deste estudo, trabalhamos com a idade cronológica.

Os 17 comportamentos comunicativos estabelecidos para a apreciação da conduta interativa foram escolhidos por implicarem na presença de um outro-pessoa para a sua manifestação. Ou seja, por indicarem a orientação da criança para o parceiro adulto, e além disso, serem considerados desencadeadores e mantenedores da orientação do adulto para a criança²³⁻²⁹.

Tabela 2 - Ocorrência dos comportamentos comunicativos nas avaliações trimestrais

Comportamento	1ª Avaliação (n=53)	2ª Avaliação (n=34)	3ª Avaliação (n=18)	4ª Avaliação (n=53)
1. Fixa olhar no rosto humano	51 (96,23%)			
2. Sorri para o sorriso e para a fala do examinador	28 (52,83%)			
3. Produz sons guturais	26 (49,06%)			
4. Produz sons vocálicos		30 (88,24%)		
5. Aumenta a produção de sons quando lhe falam		27 (79,41%)		
6. Sorri para a imagem do espelho		22 (64,71%)		
7. Reage ao estranho			10 (55,56%)	
8. Brinca de esconder				48 (90,57%)
9. Grita para conseguir atenção				44 (83,02%)
10. Brinca com a imagem do espelho				40 (75,47%)
11. Protesta à saída da mãe				39 (73,58%)
12. Produz sílabas isoladas ou em seqüência				38 (71,70%)
13. Reage ao não				36 (67,92%)
14. Imita gestos				36 (67,92%)
15. Aponta para indicar desejo				17 (32,08%)
16. Executa ordens a pedido				15 (28,30%)
17. Produz uma palavra				3 (5,66%)

Tabela 3 - Comportamentos comunicativos que apresentaram diferenças significantes, em relação ao resultado da avaliação neurológica

Comportamento	Normal 13	AT 18	LE 16	Qui-quadrado
Sorri para o sorriso e para a fala do examinador	11 (84,62%)	8 (44,44%)	5 (31,25%)	0,0130*
Brinca de esconder	13 (100,00%)	18 (100,00%)	12 (75,00%)	0,0145*
Protesta à saída da mãe	11 (84,62%)	16 (88,89%)	7 (43,75%)	0,0068*
Aponta para indicar desejo	7 (53,85%)	6 (33,33%)	1 (6,25%)	0,0188*
Executa ordens a pedido	6 (46,15%)	4 (22,22%)	1 (6,25%)	0,0409*

(*) diferença estatisticamente significativa para $p < 0.05$

Os 53 RNPT, observados ao longo do primeiro ano de vida, apresentaram evolução nos 17 comportamentos comunicativos indicativos do desenvolvimento da conduta interativa, embora evidenciado um ritmo mais lento em suas conquistas. Queremos ressaltar a presença de comportamentos que indicavam a direção na linha de desenvolvimento para a finalidade deste processo, enfatizando que estas crianças demonstraram, com suas reações, ser dotadas da qualidade psíquica da mente, ou seja, do desejo de comunicar-se com seu parceiro humano. Exemplo disso são os comportamentos *brinca de esconder e grita para chamar atenção*, presentes em aproximadamente 90% da população estudada, os quais demonstram a manutenção da tendência humana a construir-se com e constituir-se para alguém.

A qualificação do ritmo de desenvolvimento destes RNPT foi possível a partir da literatura do desenvolvimento normal^{25,29-34} e permitiu concluir que tal alteração do ritmo incidia sobre a manifestação de comportamentos indicativos de novos níveis de organização e complexidade do processo de evolução da conduta interativa, como por exemplo é o sorriso social.

Quando o tempo de internação foi analisado como variável de risco para a ocorrência dos comportamentos comunicativos, observamos que esta interferiu na presença do *sorri para a imagem refletida no espelho*. Este comportamento esteve significativamente ausente nas crianças com tempo de internação superior a 35 dias, incluindo aquelas com resultado normal na avaliação neurológica aos 12 meses. Este comportamento permite hipotetizar sobre o processo de construção de identidade³⁵, processo este que é básico para o estabelecimento de trocas entre parceiros. Além disso, sua manifestação permite inferir sobre as relações estabelecidas entre a criança e seu parceiro original: a mãe ou substituta³⁶. Assim, estas crianças, sujeitas a um tempo de internação prolongado, tiveram menos oportunidade de ter contato físico de contenção e de conforto, através de uma única pessoa referencial, que

pudesse cumprir a função materna de “apreender” *aquilo* que se passa no corpo do bebê - suas dores e seus prazeres - transformando a experiência sensorial (esquema de corpo) em uma experiência emocional (imagem de corpo), ou seja, em algo com *qualidade psíquica*. Assim, as palavras e as atitudes de contenção da mãe servem como rede de segurança para a construção da própria identidade e integridade da imagem corporal, que permitiriam a expressão do comportamento *sorri para a imagem refletida no espelho*. Disso decorre a necessidade de intensivistas serem alertados para a necessidade de “falar o bebê”, atitude que pressupõe poder recolher internamente as sensações percebidas e através de palavras *devolvê-las* ao bebê, como se ele pudesse ter provocado tal resposta: “Ah! Como você está cansado!”, “Ah! Como você gostaria de tirar estes fios”, etc.

Estudando a ocorrência dos comportamentos comunicativos em relação ao resultado da avaliação neurológica aos 12 meses, observemos diferença estatisticamente significativa no grupo de crianças com exame normal. A maioria delas apresentou o comportamento *sorri para o sorriso e para a fala do examinador*. O sorriso, enquanto resposta social, mostra a capacidade humana de processar de maneira integrada as informações visuais-auditivas-cinestésicas, entre outras percebidas pelo lactente. FOLEY (1977), em seu estudo sobre o aparecimento do sorriso em pré-termos de baixo peso, sugeriu que este comportamento ocorre mais tarde, propondo um fator de correção equivalente à metade da idade corrigida ou pós-concepcional da criança avaliada. Referiu que o sorriso social aparece com a maturidade do Sistema Nervoso Central, a exposição social e tem relação com a hereditariedade³⁷. Dessa forma, o fato de crianças com exame neurológico alterado apresentarem menos esse comportamento sugere que a maturação e organização funcional do Sistema Nervoso Central afetam a manifestação desse comportamento.

O mesmo ocorreu com o comportamento *executa ordens a pedido*, ou seja, no grupo das crianças com exame

neurológico alterado (AT. e LE.), tal comportamento manifestou-se em menor frequência, sugerindo que sua manifestação depende da integridade funcional do sistema nervoso, no processamento de informações acústico-visuais³⁸.

No que se refere aos comportamentos *protesta à saída da mãe*, aponta para indicar desejo e brinca de esconder, os achados estatísticos mostraram que as crianças com avaliação neurológica normal e as com alteração de tons se comportam de forma semelhante, sendo que um número significativo de crianças com lesão encefálica deixam de exibir estes comportamentos.

O comportamento *protesta à saída da mãe* refere-se ao comportamento do apego²⁸, que, no final do primeiro ano de vida, evidenciaria através da busca de manutenção da proximidade física da mãe ou substituta, a qual se tornaria base de segurança para a exploração e atividade lúdica. Esse comportamento se organizaria com a conquista do deslocamento através do arrastar, do engatinhar ou da marcha.

O gesto de apontar, possível a partir da liberação e especialização da mão, marco da evolução do crescimento e configuração cerebral, ilustra o processo de internalização³⁹. Inicialmente, um movimento ineficaz de agarrar seria interpretado pela mãe como indicador de desejo, o qual ela nomearia. Quando, com o tempo, a criança repetisse o gesto para indicar um novo objeto a alguém, poder-se-ia afirmar que ela internalizara o gesto, ou seja, dera significado ao movimento. A seguir a palavra substituiria o gesto, na intenção de aproximar a criança do objeto desejado, que ao longo da vida saudável se transformaria em muito objetos, dentro da sua realidade sociocultural. Esse comportamento, além disso, pressupõe a existência de duas mentes separadas, um senso de eu-subjetivo. Ou seja, ao apontar para algo, não apenas há a intenção de influenciar o comportamento do outro, mas efetivamente reconhecer e compartilhar seu estado mental - *intenção comunicativa compartilhada*²⁵.

Procurar ativamente alguém desaparecido atrás de um anteparo - *brinca de esconder* - implicaria na possibilidade de reconhecer-se independente, de reconhecer afetivamente o outro procurado e, fundamental para este estudo, o fato de ter sido vivida e registrada uma experiência compartilhada agradável.

As crianças estudadas com L.E. mostraram um atraso na conquista destes comportamentos que se referem a formas mais elaboradas de interação, ficando evidenciadas as interferências das alterações neurológicas, nos comportamentos comunicativos que envolvem níveis mais complexos de organização comportamental, para a troca com o ambiente humano.

No entanto, esses atrasos na manifestação de comportamentos comunicativos tornam-se indicadores de risco para o estabelecimento do processo de conduta social, ou seja, a ordenação do comportamento para a interação com o ambiente, mediada por regras estabelecidas pelo grupo de

referência da criança. Neste sentido, estas crianças se tornam vulneráveis para uma linha de evolução neurótica, o que justifica o trabalho de seguimento longitudinal realizado por psicólogos, para quando necessário promover intervenções.

Partindo da observação longitudinal dos comportamentos comunicativos manifestados por RNPT, durante o seu primeiro ano de vida, pudemos apreciar seu desenvolvimento da conduta interativa, ou seja, a ordenação dos comportamentos envolvidos para a troca com o ambiente. No último trimestre, ficaram evidenciados atrasos na manifestação dos comportamentos previstos para crianças normais, o que indica que ao final do primeiro ano de vida é necessário não só avaliar, mas também intervir no ritmo evolutivo dessas crianças, a fim de garantir uma harmonia nos vários níveis de desenvolvimento.

Referências bibliográficas

1. Cohen SE. Longitudinal studies of preterm infants. In: Jausch HW, Yogman MW. Follow-up management of the high-risk infant. 1ª ed. Boston: Little, Brown and Company; 1987. p. 21-34.
2. Dargassies SS. Long-term neurological follow-up study of 286 truly premature infants. In: Neurological sequelae. Dev Med Child Neurol 1977; 19: 462-78.
3. Field T, Hallock N, Ting G, Dempsey J, Dabiri C, Shuman HH. A first year follow-up of night-risk infants for mulating a cumulative risk index. Child Dev 1978 49:119-31.
4. Kutzberg D, Vaughan HG, Daum G, Grellong BA, Albin S, Rotkin L. Neurobehavior performace of low birth weight infants at 40 weeks conceptional: comparison with normal full term infants. Dev Med Child Neurol 1979; 21: 590-607.
5. Aram DM, Hack M, Hawkins S, Weissman BM, Borawski-Clark E. Very-low-birth-weight children and speech and language development. J Speech Hear Res 1991; 34:1169-79.
6. Pereira MR, Perissinoto J, Chiari BM. Bebê pré-termo: algumas considerações sobre o desenvolvimento da linguagem a partir da observação fonoaudiológica. Pró-Fono - Revista de Atualização Científica 1993; 5: 29-32.
7. Siegel LS. Reproductive, Perinatal and Environmental Factors as predictors of the cognitive and language development of preterm and full-term infants. Child Dev 1982; 53:963-73.
8. Greberg MT, Crinc KA. Longitudinal predictors of developmental status and social interaction in premature and full-term infants to age two. Child Dev 1988; 59:554-70.
9. Minde K, Goldberg S, Perrotta M, Corter C, Washington J, Lojkasek M, Parker K. Continuities and discontinuities in the development of 64 very small premature infants to 4 years of age. J Child Psychol Psychiat 1989; 30:391-404.
10. Barratt MS, Roach MA, Leavitt LA. Early channels of mother-infant communication: preterm and term infants. J Child Psychol Psychiat 1992; 33:1193-1204.
11. Crawford JW. Mother-infant interation in premature and full-term infants. Child Dev 1982; 53: 957-962.
12. Divitto B, Goldberg S. The effects of newborn medical status on early parent-infant interaction. In: Field TM (ed.) Infants born at risk: behavior and development. New York: Spectrum Publications; 1979. p.311-332.

13. Landry SH, Chapieski ML, Richardson MA, Palmer J, Hall S. The social competence of children born prematurely: effects of medical complications and parent behavior. *Child Dev* 1990; 61: 1605-1616.
14. Miller G, Dubowitz LMS, Palmer P. Follow-up of pre-term infants: is correction of the developmental quotient for prematurity helpful? *Early Hum Dev* 1984; 9:137-144.
15. Minde K, Perrotta M, Hellmann J. Impact of delayed development in premature infants on mother-infant interaction: a prospective investigation. *J Pediatr* 1988; 112:136-42.
16. Oberklaid F, Prior M, Sanson A, Sewell J, Kyrios M. Assessment of temperament in the toddler age group. *Pediatrics* 1990; 85:559-66.
17. Oberklaid F, Sewell J, Sanson A, Prior M. Temperament and behavior of preterm infants: a six-year follow-up. *Pediatrics* 1991; 87:854-61.
18. Kopelman BI, Almeida MFB (org.). Rotinas médicas da Disciplina de Pediatria Neonatal da Escola Paulista de Medicina. São Paulo: Ateneu; 1995.
19. Costa SA, Gentile C, Pinto ALPG, Perissinoto J, Pedromônico MRM, Azevedo MF. Roteiro de diagnóstico e acompanhamento do desenvolvimento de crianças de 0 a 36 meses de idade. *Pró-Fono* 1992; 4:9-15.
20. Brazelton TB. Neonatal behavior assessment scale. 2ª ed. London: Spastics International Medical, 1984.
21. Parmalee AH, Schulte FJ. Development testing of pre-term and small-for-date infants. *Pediatrics* 1970; 45: 21-28.
22. Blasco PA. Preterm birth: to correct or not correct. *Dev Med Child Neurol* 1989; 31: 816-26.
23. Alvarez A. Companhia viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
24. Klaus M, Klaus P. O surpreendente recém-nascido. 1ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989.
25. Stern D. O mundo interpessoal do bebê: uma visão a partir da psicanálise e da psicologia do desenvolvimento. 1ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
26. Stern D. The first relationship: infant and mother. Cambridge: Harvard University Press, 1980.
27. Trevarthen C. Descriptive Analyses of Infant Communicative Behavior. In: Schaffer HR (ed.) *Studies in mother - infant interaction*. New York: Academic Press, 1977; p. 227-270.
28. Bolwby J. Apego e perda - vol. I - Apego - São Paulo: Martins Fontes; 1990.
29. Brazelton TB. Momentos decisivos do desenvolvimento infantil. 1ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994.
30. Bayley N. Bayley scales of infant development. 2ª ed. San Antonio: Psychological Corporation, 1993.
31. Frankenburg WK, Doods JB. The denver developmental screening test. *J Pediatr* 1967; 71:181-91.
32. Piaget J. Seis estudos de Psicologia. Rio de Janeiro: Ed. Forense Universitária Ltda; 1973.
33. Pinto EB, Vilanova LCP, Vieira RM. O desenvolvimento do comportamento da criança no primeiro ano de vida: padronização de uma escala para a avaliação e acompanhamento. São Paulo: Casa do Psicólogo: FAPESP, 1977.
34. Soifer R. *Psiquiatria Infantil Operativa: Psicologia Evolutiva*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1985.
35. Winnicott DW. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago Ed. Ltda.;1975.
36. Dolto F. A imagem inconsciente do corpo. São Paulo: Editora Perspectiva; 1992.
37. Foley H. When do preterm and light for date babies smile? *Dev Med Child Neurol* 1977; 19: 757-760.
38. Azevedo MF, Vieira RM, Vilanova LCP. O desenvolvimento auditivo de crianças normais e de alto-risco. São Paulo: Plexus, 1993.
39. Vigotzky LS. A formação social da mente. São Paulo: Martins Fontes;1984.

Endereço para correspondência

Profa. Dra. Márcia Regina Marcondes Pedromônico
 Rua Botucatu, 834 - Vila Clementino
 CEP 04023-900 - São Paulo - SP
 Fone/fax: (011) 549-7500