

Espaço de Sala de Espera: informações em saúde, desenvolvimento e comportamento infantil

Waiting Room: health information, child development and behavior

Zélia Araújo Cotta Coelho², Marcella Nunes Fernandes¹, Isabella Freitas da Silveira¹, Flahiza Marques Afonso da Silva¹, Fernanda Castro Costa¹, Maisa Francino Cardoso¹, Livia de Castro Magalhães³

RESUMO

Introdução: propostas de humanização no cuidado, em uma perspectiva centrada no cliente, com ênfase na assistência integral à tríade mãe/filho/família, têm sido foco de discussão entre os profissionais e instituições de saúde que prestam assistência ao recém-nascido pré-termo. **Objetivos:** levantar a frequência de queixa de sinais de agitação em crianças pré-termo de um a três anos e a necessidade de orientação aos pais, tendo como base o registro em prontuário. **Método:** a amostra consistiu de 132 crianças, que iniciaram o programa de acompanhamento no Ambulatório da Criança de Risco (ACRIAR) no ano de 2004. Foram obtidos os registros de problemas de comportamento, resistência a limites e dificuldade para focar a atenção durante as consultas de acompanhamento. **Resultados:** verificou-se que os principais sinais registrados foram agitação e irritação, comportamento de birra, pouca colaboração durante as avaliações, resistência a limites e a atendimento de solicitações e regras e dificuldade para focar a atenção durante as consultas de acompanhamentos. **Conclusão:** os resultados indicam a necessidade de orientação preventiva aos pais de crianças pré-termo sobre manejo do comportamento. Foi elaborada cartilha informativa, sendo utilizada como guia de orientação para informar aos pais como estabelecer limites aos filhos por meio de condutas firmes e coerentes, sem excesso de autoridade ou castigos. Esse recurso tem sido bem avaliado pelas famílias, possibilitando discutir e refletir sobre condutas e atitudes frente aos comportamentos inapropriados das crianças em situações do dia-a-dia.

Palavras-chave: Humanização da Assistência; Assistência Integral à Saúde; Comportamento; Prematuro; Criança; Orientação Infantil.

ABSTRACT

Introduction: proposals for health care humanization focused on the patient, emphasizing the comprehensive health care of the triad mother/child/family, have been focused on discussions among health professionals and institutions that provide health care to pre-term newborns. **Objectives:** to assess the frequency of complaints about signs of agitation in pre-term children from one to three years old and the need for orientation to the parents based on the records. **Method:** the sample included 132 children that started in the follow up program at the Risk Child Ambulatory /Ambulatório da Criança de Risco (ACRIAR) in 2004. The records of behavior problems, resistance to limits and attention difficulties during follow up consultations were used. **Results:** the main signs found were restlessness and irritation, stubbornness, poor cooperation during evaluation, resistance to limits and rules, and difficulties to direct attention during follow up consultations. **Conclusion:** the results indicate the need for preventive guidance to the parents of the pre-term children about behavior management. An information booklet was prepared, to be used as guidance to inform parents about how to set limits to the children by means of

¹Acadêmicas de Terapia Ocupacional da UFMG
²Profª Assistente do Departamento de Terapia Ocupacional da UFMG
³Profª Titular do Departamento de Terapia Ocupacional da UFMG

Instituição:
 Departamento de Terapia Ocupacional, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Endereço para correspondência:
 Avenida Antônio Carlos, 6627 – Pampulha
 Belo Horizonte – MG
 CEP: 31270-901
 E-mail: zeliacoelho@uai.com.br

firm and consistent behavior without excess of authority or punishment. This resource has been well accepted by the families, making possible the discussion and reflection about behaviors and attitudes in face of children's inappropriate behavior in the day by day situations.

Key words: Health Care Humanization; Health Comprehensive Care; Behavior; Pre-term; Child; Child Guidance.

INTRODUÇÃO

Tendo como objetivo primordial os aspectos biológicos, as unidades de terapia intensiva neonatal têm garantido, nas últimas décadas, a sobrevivência de crianças nascidas com idade gestacional e pesos cada vez menores, antes considerados inviáveis.¹ Procurando transformar e ampliar essa realidade, propostas de humanização no cuidado, numa perspectiva centrada no cliente² e, portanto, com ênfase na assistência integral à tríade mãe/filho/família, tem sido objeto de discussão entre os profissionais e instituições de saúde que prestam assistência ao recém-nascido pré-termo. Entre as recentes propostas de reorientação das práticas de atenção à saúde, destaca-se forte tendência à superação de modelos de atenção exclusivamente voltados para a doença, assistência curativa e intervenção medicamentosa, em favor de outros orientados ativamente em direção à saúde, isto é, às práticas preventivas, educação em saúde e busca por qualidade de vida.³

Tronchin e Tsunehiro⁴ ressaltam que, diante do risco de morbidade, há necessidade de dar continuidade à assistência e ao trabalho interdisciplinar para garantir qualidade de vida às crianças nascidas prematuras. Scochi *et al.*⁵ pontuaram que os pais dessas crianças também são considerados população de risco, por apresentarem dificuldades para cuidar dos filhos. As mães encontram-se fragilizadas e não se sentem preparadas para cuidar do bebê, superestimando a vulnerabilidade do recém-nascido e tornando-se superprotetoras.⁶ Desta forma, o apoio às famílias durante a internação e após a alta, por meio de acompanhamento ambulatorial, ajuda a minimizar o sentimento de insegurança, especialmente da mãe, diante do risco do filho apresentar problemas no desenvolvimento.

Seguindo a tendência atual de avaliar e acompanhar o desenvolvimento de recém-nascidos de risco, em 1988 uma equipe interdisciplinar do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC/UFMG) criou o Ambulatório de Acompanhamento da Criança de Risco (ACRIAR). Esse programa

visa a avaliar e acompanhar sistematicamente, do nascimento aos sete anos de idade, o crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras ou de baixo peso nascidas no HC/UFMG. Esse trabalho de assistência e pesquisa objetiva detectar precocemente possíveis desvios ou atrasos no desenvolvimento, orientar os pais sobre características da criança pré-termo, ensinar princípios básicos de estimulação do desenvolvimento e coletar dados sobre crescimento e desenvolvimento das crianças acompanhadas. A equipe interdisciplinar é composta de terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, pediatras, neuropediatras e assistentes sociais⁷⁻⁹, que buscam fornecer uma escuta qualificada para os usuários com garantia de análise e encaminhamento a partir dos problemas apresentados, como proposto nas políticas atuais de assistência.¹⁰

Durante a espera pelas consultas no ACRIAR, é comum as crianças apresentarem-se ansiosas e agitadas, o que muitas vezes causa cansaço nos pais ou acompanhantes. Buscando melhor acolhimento dessas crianças, em 1997 foi criado, sob coordenação da Terapia Ocupacional, o projeto "Sala de espera - estimulação e recreação em crianças de risco e orientação a seus pais". Essa proposta de trabalho visa a promover um ambiente lúdico e descontraído, no qual as crianças e seus pais possam aguardar pelas consultas de forma agradável e prazerosa e também receber orientações sobre o desenvolvimento infantil, objetivando potencializar o espaço de interação, já existente na instituição, com vistas à promoção de saúde. O projeto "Sala de espera" ocupa o espaço de uma sala no Ambulatório Bias Fortes do HC/UFMG, caracterizando-se como uma atividade de extensão universitária, que conta com o apoio da Pró-Reitoria de Extensão (PROEX) da UFMG. As atividades são coordenadas por uma docente e desenvolvidas com a participação de acadêmicas bolsistas e voluntárias do curso de Terapia Ocupacional da UFMG. Brinquedos e materiais expressivos são disponibilizados às crianças em colchonetes e mesas infantis.

Essa proposta de assistência vem se reorganizando para atender aos objetivos da Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS), instituída pelo Ministério da Saúde.¹⁰ Uma das diretrizes dessa política preconiza a "adequação dos serviços ao ambiente e à cultura dos usuários, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável". O programa

“reconhece o outro como legítimo cidadão de direitos, valorizando os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde”. Neste sentido, as acadêmicas de Terapia Ocupacional se responsabilizam pelo acolhimento e organização do ambiente, que inclui convidar as crianças e incentivar mais interação entre pais e filhos durante o brincar na sala de espera, além de fornecer orientações gerais sobre diferentes aspectos do desenvolvimento infantil por meio de cartilhas. As crianças geralmente permanecem na sala até o momento das consultas e algumas retornam para orientações, quando necessário. Orientações individuais são realizadas sempre que algum membro da equipe, após a realização da consulta, suspeita de questões importantes de comportamento. Também é feita orientação individual quando se observa algum comportamento atípico da criança durante o brincar na sala de espera ou se há demanda espontânea dos pais.

Considerando que recém-nascidos prematuros e de baixo peso estão expostos a vários fatores de risco, resultando em mais morbidade, Bordin *et al.*¹¹ salientaram que a vulnerabilidade da criança nascida pré-termo com muito baixo peso constitui-se em alto risco para o desencadeamento de problemas de desenvolvimento, especialmente nas áreas cognitiva e de adaptação psicossocial, em diferentes etapas evolutivas. A frequência aumentada de transtornos neuromotores entre crianças com história de prematuridade tem sido bem documentada na literatura¹²⁻¹⁵, no entanto, trabalhos recentes também realçam mais frequência de problemas de comportamento, particularmente transtorno de atenção.¹⁵⁻¹⁹ Essas crianças tendem a apresentar, também, atrasos perceptuais, visomotores, de linguagem, dificuldades de leitura e aprendizagem, os quais frequentemente são acompanhados de comportamentos inapropriados em sala de aula. Espírito Santo *et al.*²⁰ avaliaram o desenvolvimento cognitivo e comportamental de crianças pré-termo com baixo peso ao nascimento, em idade pré-escolar e que vivem em país em desenvolvimento e seus achados sugerem prevalência consideravelmente alta de transtornos cognitivos e comportamentais. Nesse estudo, comportamentos relacionados com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade-TDAH foram observados em 48% da amostra. Magalhães *et al.*⁷, em estudo realizado no ACRIAR, concluíram em seu estudo que as crianças pré-termo tendem a apresentar pior desempenho em testes perceptomotores e posturais na idade escolar,

sendo que esses problemas podem ter impacto no desempenho escolar da criança.

Uma queixa comum de muitas famílias e dos profissionais do ACRIAR refere-se ao comportamento ansioso e agitado de algumas crianças, o que pode estar relacionado a problemas de comportamento e atenção na idade escolar. Embora tais problemas sejam mais evidentes e de mais fácil diagnóstico na idade escolar, é importante examinar a história de desenvolvimento dessas crianças, para tentar identificar quando aparecem as primeiras queixas sugestivas de comportamento atípico. O presente estudo teve como objetivo fazer levantamento da frequência de relato de problemas de comportamento nas crianças nascidas pré-termo acompanhadas no ACRIAR, tendo como base o registro nos prontuários. Foi feito levantamento retrospectivo da frequência de queixa de sinais de agitação em crianças e necessidade de orientação aos pais, como reportado nos prontuários de crianças com idades de um a três anos.

MÉTODO

Participantes

A amostra inicial, após um levantamento realizado no banco de dados do ACRIAR, consistiu de 172 crianças pré-termo, de um a três anos de idade, que iniciaram o acompanhamento no ano de 2004. Foram excluídas as que obtiveram alta, abandono, óbito ou desligamento do programa, resultando em 132 crianças.

Procedimentos

Foram pesquisadas nos prontuários as avaliações periódicas das 132 crianças selecionadas, a fim de identificar quantas tinham registro de comportamento inadequado. Considerou-se um problema de comportamento quando a queixa era recorrente, ou seja, referida em duas ou mais vezes pelos profissionais do serviço e confirmada pelos pais durante as avaliações de acompanhamento. As crianças que tiveram apenas queixas ocasionais em algumas consultas, mas que não persistiram no decorrer do acompanhamento, não foram incluídas na amostra. Este estudo integra projeto mais amplo de acompa-

nhamento de recém-nascido de risco, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa - COEP/UFMG (ETIC 457/04).

RESULTADOS

De acordo com os dados registrados nos prontuários das 132 crianças selecionadas para o estudo, 30 (22,72%) apresentaram sinais sugestivos de problemas de comportamento, sendo 12 do sexo feminino e 18 do sexo masculino. Quanto aos dados perinatais, a idade gestacional (IG) variou entre 27 e 34 semanas (média: 31 ± 2), 6,6% tinham IG entre 34 e 36 semanas, 63,3% entre 31 e 33 e 30% abaixo de 30 semanas. O peso ao nascimento variou de 955 a 2.470 gramas (média: 1496 ± 367). Em relação ao peso ao nascimento, 53,3% dos lactentes estavam abaixo de 2.500 gramas e acima de 1.500, enquanto os 46,7% restantes estavam abaixo de 1.500 gramas (apenas três tinham peso ao nascimento abaixo de 1.000 gramas). O período de internação variou de 12 a 70 dias (média: 33) e as intercorrências neonatais estão listadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Intercorrências neonatais

Intercorrências	n (%)
Icterícia seguida de fototerapia	27 (90)
CPAP	20 (66,7)
Ventilação mecânica	17 (56)
Doença da Membrana Hialina (SAR)	14 (46,7)
Retinopatia da Prematuridade	11 (36,7)
Dificuldade respiratória (apnéia, broncopneumonia)	10 (33,3)

Os principais sinais de problemas de comportamento registrados foram: agitação, nervosismo e irritação; comportamento de birra; pouca colaboração durante as avaliações; resistência a limites; não-atendimento de solicitações e regras; e dificuldade para dirigir a atenção durante as consultas de acompanhamento (Tabela 2). É importante ressaltar que uma mesma criança podia apresentar mais de um desses sinais.

A agitação e irritabilidade foram os problemas mais recorrentes, evidenciados em 86,6% das crianças. O comportamento de birra apareceu como segundo problema mais encontrado em 70% das crian-

ças, seguidos pela falta de colaboração, resistência ao atendimento de solicitações e dificuldade de manter a atenção durante as avaliações.

Tabela 2 - Sinais sugestivos de problemas de comportamento e percentual de crianças

Problemas de comportamento	n (%)
Agitação, nervosismo e irritação	26 (86,6)
Comportamento de birra	21 (70)
Pouca colaboração durante avaliação	13 (43,3)
Resistência a atendimento de solicitações, regras e limites	12 (40)
Dificuldade para focar atenção	11 (36,6)
Dificuldade respiratória (apnéia, broncopneumonia)	10 (33,3)

DISCUSSÃO

As preocupações familiares em relação à sobrevivência do recém-nascido prematuro associadas a fatores estressores como a separação, devido a internações em UTI neonatal, causam insegurança nos pais, que pode perdurar durante o curso de desenvolvimento da criança. De acordo com Linhares *et al.*⁶, a superproteção e o excesso de tolerância no cuidado dificultam a implementação de práticas educativas, uma vez que não é dada à criança a oportunidade de aprender a adiar gratificações, tolerar situações de espera e frustrações, gerando, muitas vezes, problemas de comportamento.

Em seu estudo para avaliação do comportamento de crianças pré-termo e muito baixo peso, Linhares *et al.*⁶ utilizaram a Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter²¹, na qual a “agitação” foi um dos comportamentos avaliados, ocorrendo em 75% das crianças. No presente estudo, a agitação, nervosismo e irritabilidade foram os sinais mais frequentes entre as crianças, podendo ser observados até mesmo durante o brincar após algum tempo de espera pelas consultas. Observa-se que os recursos lúdicos inicialmente despertam interesse e motivam a criança a participar com seus pares, mas, depois de algum tempo, passam a não mais ter efeito sobre a ansiedade e a irritação da criança.

O comportamento de birra apareceu como segundo sinal mais frequente em 70% das crianças acompanhadas pelo ACRIAR. Em estudo descritivo sobre atendimento psicoterápico de crianças, Regra²² realçou que a mãe tem dificuldades em fornecer limi-

tes ao ver a criança com comportamento de “birra”, permitindo que a mesma faça ou obtenha o que estava sendo negado anteriormente. A autora argumenta que se a criança não recebe limites em casa, ela poderá desenvolver um padrão de comportamento que poderá ser emitido também em outros contextos em que ocorra o “não”. Nesse padrão de comportamento, a criança escolhe fazer apenas o que gosta, passando a criar problemas quando contrariada. Bordin *et al.*¹¹ citaram o “comportamento opositor” entre os distúrbios de comportamento observados no decorrer do desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo com baixo peso. Nesse estudo foi avaliado o desenvolvimento cognitivo e o comportamento de crianças de oito a 10 anos e os resultados revelaram a necessidade de atendimento psicológico para a maioria das crianças. Verifica-se, de forma geral, que as estratégias de comportamento de “birra” são utilizadas pelas crianças quando percebem a dificuldade dos pais em impor regras e limites.

Os demais sinais sugestivos de problemas de comportamento encontrados no presente estudo aparecem em porcentagens menos expressivas, quando comparadas aos comportamentos descritos anteriormente. Pouca colaboração durante a avaliação foi registrada em 43,3% das crianças, resistência a limites e atendimento de solicitações e regras em 40% e em 36,6% das crianças foi constatada dificuldade para prestar atenção. A desatenção é um problema de comportamento geralmente encontrado em crianças pré-termo e muito baixo peso.¹⁵⁻²³ Espírito Santo *et al.*²⁰ enfatizaram a desatenção relacionada a déficit cognitivo como segundo desvio de comportamento mais comum, presente em 43,8% das crianças observadas, e a desatenção de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) em 36,3% das crianças pré-termo.

A análise dos resultados indicou a necessidade de orientação preventiva às famílias de crianças pré-termo sobre manejo do comportamento. A elaboração da cartilha “Limites – a hora do sim e do não”, como instrumento de informação para pais com dificuldades de fornecer limites, surge com a finalidade de facilitar as orientações feitas na sala de espera. A cartilha, elaborada com linguagem clara e simples, é constituída de duas partes. A primeira ressalta a importância e o significado de dar limites, como educar sem bater, não perder a autoridade ao educar e a diferença entre necessidades e desejos; e a segunda especifica algumas condutas a serem tomadas de acordo

com a idade da criança.²⁴ Os pais são orientados por meio de conversa aberta e informal, na qual podem expor seus anseios e receber sugestões de condutas apropriadas, sendo alertados das possíveis consequências ocasionadas pela falta de limites. Acredita-se que as orientações fornecidas são de muita valia para os pais, que relatam mudanças alcançadas no comportamento dos filhos, solicitando frequentemente uma cópia do material para recorrerem em casa.

Limites – A Hora do “Sim” e do “Não”

Dar limites é educar. Nos dias atuais, a dificuldade dos pais em dar limites a seus filhos vem trazendo sérias consequências.

A criança necessita do limite. Desde pequena ela precisa ser ajudada pelos pais a entender e aprender regras básicas da vida: “espere a sua vez”, “agora não pode”, “hoje, não!”.



Figura 1 - Dar limites é importante!

O que significa dar limites

- dizer “sim” sempre que possível e “não” sempre que necessário;
- só dizer “não” quando houver uma razão clara, explicando sempre o “porquê” das coisas;
- ensinar que cada direito corresponde a um dever. Exemplo: antes de brincar deve fazer o dever de casa;
- os pais devem sempre dar o exemplo, viver o dia-a-dia observando as regras ensinadas. Exemplo: se você quer que seu filho aprenda a falar “muito

obrigado”, “com licença”, fale e faça da mesma forma no dia-a-dia;

- dar limites não é gritar com as crianças para ser atendido, bater nos filhos para que se comportem, humilhá-los em público. Dar limites é corrigir a criança na hora certa.

Como educar sem bater

- bater nada tem a ver com ensinar a ter limites. Quem bate dá uma verdadeira aula de falta de limites próprios e até de covardia;
- bater ensina a criança que a agressão física é uma atitude normal, afinal se pai e mãe estão fazendo;
- com medo de apanhar, a criança passa a mentir ou deixar de contar certas coisas para os pais;
- deve-se elogiar a criança quando ela fizer algo de bom e não apenas ficar chamando a atenção para o que faz de errado. Exemplo: “quando seu filho se comportar bem na casa de outras pessoas, fale para ele o quanto você gostou do seu procedimento, elogie, em vez de comprá-lo com balas, brinquedos, etc;
- quando a criança errar, deve-se conversar e explicar sobre suas atitudes. Exemplo: se seu filho chegar em casa com algum objeto que não seja seu, converse com ele e explique que não é certo pegar o que não é seu sem pedir. Evite chamar seu filho de desonesto, egoísta;
- faça com que seu filho compreenda que ele é responsável por suas atitudes e pelas consequências (boas ou más). Diante da boa conduta, elogie; e diante de um comportamento inadequado, deixe que ele participe do castigo;
- dar limites não significa ser rígido. Respeite a escolha de seu filho. A criança tem direito também de se expressar, o que fortalece sua capacidade de tomar decisões. Exemplo: se a criança quer colorir o desenho todo de verde, não interfira.

Como não perder a autoridade ao educar

- cumpra sempre o que disser – ameaçou, cumpra; prometeu, faça;
- seja firme nas suas decisões: o que não pode, não pode;
- não fique com pena se a criança ficar triste ou chorando ao ouvir um “não” como resposta.

Necessidades e desejos

Existe uma diferença entre necessidade e desejo. *Necessidade* é algo que a criança precisa para o seu desenvolvimento.

Desejo é vontade de possuir ou realizar alguma coisa; está mais relacionado com o prazer. Por exemplo, beber quando se está com sede é *necessidade*; beber apenas refrigerantes é *desejo*.

Limites por idade

Entre 1 e 4 anos

Ataques de raiva e humor exaltado podem ocorrer nessa idade, sendo necessário estabelecer limites para que a criança aprenda a controlar-se.

- diga “não” e em seguida o que ela deve fazer. Exemplo: “você não pode mexer no aparelho de som, vamos escolher outra coisa para você brincar”;
- ignore um comportamento inadequado quando este não prejudicar ninguém, porque nessa idade as emoções são muito fortes e ainda pouco controladas. Exemplo: não dê importância se seu filho ficar fazendo caretas ou colocar a língua para fora sem motivo;
- se a criança agredir fisicamente, chutar, jogar coisas, segure-a com firmeza, mas sem machucá-la e sem fazer o mesmo com ela;
- ignorar acessos de raiva ou mau humor é a melhor maneira de contornar a situação. Quanto menos você falar, melhor. Tente conversar com a criança apenas quando ela se acalmar.

Para evitar crises em locais públicos algumas atitudes podem ser tomadas.

- evite saídas ou compras quando a criança estiver cansada;
- permaneça pouco tempo em locais que não sejam interessantes para a criança; caso contrário, leve brinquedos para distraí-la.

Entre 5 e 7 anos

A criança nessa idade tem necessidade de se comunicar e ser ouvida e inicia a compreensão de regras.

- estabeleça normas de disciplina de acordo com a forma de viver de todos os componentes da família. Exemplo: estabeleça com seu filho um horário de ligar a TV nos dias de semana;
- explique as regras com clareza e repita sempre que possível. Exemplo: o horário do banho deverá ser às 18 horas diariamente;
- defina as regras antes que os problemas surjam. Se for estabelecido que a hora de brincar é depois do dever de casa, seja firme se a criança disser que irá brincar antes da hora;
- não discuta por coisas desnecessárias, mas por aquilo que realmente é importante para a formação da criança. Exemplo: se você resolve que a criança deve cortar as unhas e ela hoje não quer, deixe para amanhã (desde que isso não ocorra todas as vezes);
- se a criança escolher atividades que ainda não seja capaz de realizar, ofereça outras opções e explique que ainda não é a hora certa para essa atividade. Exemplo: seu filho pede para andar de bicicleta nas ruas de seu bairro com os amigos, convença-o de que por enquanto ele só vai andar nos finais de semana, no passeio perto de sua casa e com você por perto.

Lembre-se...

A última palavra é a dos pais. É necessário que haja sempre a autoridade dos pais em relação aos filhos, com muito respeito e sem violência.

Cartilha elaborada pelo *Projeto Sala de Espera - Estimulação e Recreação em Crianças de Risco e Orientação a seus Pais*

ACRIAR- Ambulatório da Criança de Risco

Departamento de Terapia Ocupacional - Universidade Federal de Minas Gerais

CONCLUSÃO

Este estudo procurou identificar sinais de alterações comportamentais em crianças pré-termo de um a três anos de idade, acompanhadas em serviço ambulatorial por equipe interdisciplinar. Verificou-se que os principais sinais registrados foram agitação e irritação, comportamento de birra, pouca colaboração durante as avaliações, resistência a limites e

a atendimento de solicitações e regras e dificuldade para dirigir a atenção durante as consultas de acompanhamentos.

Uma cartilha foi elaborada, sendo utilizada como guia de orientação, para informar aos pais como estabelecer limites aos filhos, por meio de condutas firmes e coerentes, sem excesso de autoridade ou castigos, para manejo do comportamento das crianças. Esse recurso tem sido bem avaliado pelas famílias, possibilitando discutir e refletir condutas e atitudes frente aos comportamentos inapropriados das crianças em situações do dia-a-dia. A repercussão positiva da cartilha reforça a importância do uso do espaço da sala de espera como ambiente para fornecer informações em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Vasconcelos MGL, Leite AM, Scochi CGS. Significados atribuídos à vivência materna como acompanhante do recém-nascido pré-termo e de baixo peso. *Rev Bras Saude Matern Infantil*. 2006; 6(1):47-57.
2. Rosenbaum P, King S, Law M, King G, Evans J. Family-centered service: a conceptual framework and research review. *Occ Phys Ther Pediatr*. 1998; 18(1):1-20.
3. Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2000; 5(1):7-18.
4. Tronchin DMR, Tsunehiro MA. A experiência de tornarem-se pais de prematuro: um enfoque etnográfico. *Rev Bras Enferm*. 2005; 58(1):49-54.
5. Scochi CGS, Kokuday MLP, Riul MJS, Rossanez LSS, Fonseca LMM, Leite AM. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. *Rev Latino-am Enferm*. 2003; 11(4):539-43.
6. Linhares MBM, Carvalho AE, Bordin MBM, Chimello JT, Martinez FE, Jorge SM. Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. *Paidéia, Ribeirão Preto*. 2001; 10(18):60-9.
7. Magalhães LC, Catarina PW, Barbosa VM, Mancini MC, Paixão ML. Estudo comparativo sobre desenvolvimento perceptual e motor na idade escolar em crianças nascida pré-termo e a termo. *Arq Neuro-Psiquiatr*. 2003; 61:250-5.
8. Coelho FN, Gontijo APB, Figueiredo EM, Magalhães LC, Vani LS, Rezende MB, et al.. O que pais de recém-nascido de alto risco conhecem sobre o desenvolvimento infantil? *Temas Desenvol*. 1998; 7(38):32-8.
9. Amorim RHCA, Magalhães LC, Paixão ML, Barros CGC. Acompanhamento do recém-nascido de risco In: Fonseca LF, Pianetti G, Xavier CC. *Compêndio de neurologia infantil*. Rio de Janeiro: Medsi; 2002.p.37-60.

10. Brasil. Ministério da Saúde. HUMANIZASUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
11. Bordin MBM, Linhares MBM, Jorge SM. Aspectos Cognitivos e Comportamentais na Média Meninice de Crianças Nascidas Pré-Termo e com Muito Baixo Peso. *Psicologia: Teoria Pesq.* 2001;17(1):49-57.
12. Jongmans M, Mercuri E, de Vries L, Dubowitz L, Henderson SE. Minor neurological signs and perceptual-motor difficulties in premature children. *Arch Dis Child.* 1997; 76:9-14.
13. Kreling KCA, de Brito ASJ, Matsuo T. Fatores perinatais associados ao desenvolvimento neuropsicomotor de recém-nascidos de muito baixo peso. *Pediatria, São Paulo.* 2006; 28(2):98-108.
14. Fawke J. Neurological outcomes following preterm birth. *Semin Fetal Neonat Med.* 2007; 12:374-82.
15. Salt A, Redshaw M. Neurodevelopmental follow-up after preterm birth: follow-up after two years. *Early Hum Dev.* 2006; 82:185-97.
16. Sasaluxnanon C, Kaewpornasawan T. Risk Factor of Birth Weight Below 2,500 Grams and Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Thai Children. *J Med Assoc Thai.* 2005; 88(11):1514-8.
17. Hille ET, den Ouden AL, Saigal S, Wolke D, Lambert M, Whitaker A, *et al.* Behavioural problems in children Who weigh 1000g or less at birth in four countries. *Lancet.* 2001; 357:1641-3.
18. Carvalho AEV, Linhares MBM, Martinez FE. História de Desenvolvimento e Comportamento de Crianças Nascidas Pré-termo e Baixo Peso (<1.500g). *Psicologia: Refl Crít.* 2001; 14(1): 1-33.
19. Rugolo LMSS. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *J Pediatr.* 2005; 81(1 supl): S101-S110.
20. Espirito Santo JL, Portuguese MW, Nunes ML. Cognitive and behavioral status of low birth weight preterm children raised in a developing country at preschool age. *J Pediatr.* 2009; 85(1): 35-41.
21. Graminha SSV. Recursos metodológicos para pesquisas sobre riscos e problemas emocionais e comportamentais na infância. In: Romanelli G, Biasoli-Alves ZMM, organizadores. *Diálogos metodológicos sobre práticas de pesquisa.* Ribeirão Preto: Legis Summa; 1998. p. 71-86.
22. Regra JAG. Formas de trabalho na psicoterapia infantil: mudanças ocorridas e novas direções. *Rev Bras Ter Comport Cogn.* 2000; 2(1):79-101.
23. Sajaniemi N, Hakamies-Blomqvist L, Katainen S, von Wendt L. Early cognitive and behavioral predictors of later performance: a follow-up study of ELBW children from ages 2 to 4. *Eary Child Res Quart.* 2001; 16:343-61.
24. Zagury T. *Limites sem trauma: construindo cidadãos.* 53ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2003. 174p.