

PERFIL DO RECÉM-NASCIDO NO SERVIÇO TERAPÊUTICO DE ACOMPANHAMENTO PRECOCE

PRETERM PROFILE IN THERAPY EARLY ACCOMPANIMENT

Abrahão CAF¹, Silva KR², Guimarães², Castro GG²

1 Disciplina de Biologia Celular e Departamento de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Patologia Básica e Experimental), da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

2. Centro Universitário do Cerrado Patrocínio – Unicerp.

RESUMO - Prematuros são neonatos com idade gestacional inferior a 37 semanas e pode implicar alterações no desenvolvimento neuro-psicomotor sendo necessário o acompanhamento terapêutico. **Objetivos:** Traçar o perfil dos prematuros submetidos a atendimento fisioterapêutico, analisar tipo de parto, classificação do prematuro, peso, necessidade de permanência em unidades de tratamento intensivos neonatais (UTIN), tempo de permanência e detectar quando estes são encaminhados a acompanhamento terapêutico. **Métodos:** análise quantitativa, descritiva transversal e retrospectiva a partir dos arquivos escritos e eletrônicos do Sistema de Informação de Nascidos Vivos e formulários individuais do Centro Viva Vida (CVV) no período de 2011 a 2013. **Resultados:** Nasceram 3391 crianças, sendo 228 prematuros e 24 destes foram submetidos a atendimento no CVV; foram inclusos 18 casos nesse estudo. Houve predominância no sexo masculino e no parto cesáreo. Em relação à idade materna, mais de um quarto das mães eram adolescentes ou tardias, com maior incidência em prematuros extremos. A maioria dos prematuros atendidos no CVV necessitaram de atendimento em UTIN. **Conclusão:** Atendimento terapêutico precoce favorecerá de forma ideológica uma melhor saúde mental e motora aos prematuros.

PALAVRAS CHAVE: Prematuro. Assistentes de Pediatria. Epidemiologia.

ABSTRACT - Preterm children are all newborns with gestational age before 37 weeks, it can imply on the neuro-psychomotor changes, so it's indispensable a physiotherapy accompaniment. **Objectives:** Identify preterm profile in therapy attendance intervention in 'Centro Viva Vida 'D. Lica' (CVV), analyzes the kind of accouchement, preterm sub-categories, the need and permanence in Neonatal Intensive Care Units (NICU) and to detect when the newborns need a physiotherapy intervention. **Methods:** a quantitative, descriptive, cross-sectional, and retrospective file on the Information System on Live Births and individuals records of CVV in the years 2011 at 2013. **Results:** 3391 newborns children, which were 228 preterm, 24 patients were on accompaniment at CVV and 18 participate of this study. There was prevalence on male gender and cesarean sections. Regarding maternal age, 23,2% of them were teenagers or elders and with higher recurrence in extreme preterm. Almost all of the preterm were admitted in CVV and needed attendance in NICU. **Conclusion:** Early therapy intervention will promote a better mental and motor health for the preterm.

KEY WORDS: Preterm. Pediatric Assistants. Epidemiology.

Autor para correspondência : Cesar Augusto França Abrahão (cesarabrahao@yahoo.com.br)
Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Av. Getúlio Guaritá, 130, 38025-440 Uberaba, MG, Tel: (0xx34) 3318-5626

INTRODUÇÃO

O recém-nascido é classificado de acordo com a idade gestacional sendo contabilizada em semanas e dias completos. Neonatos com idade gestacional inferior a 37 semanas são classificados como recém-nascidos prematuros (RNPTs)¹. Os RNPTs com idade gestacional igual ou inferior a 30 semanas são extremos, 31 e 34 semanas são moderados e aqueles entre 35 a 37 semanas limítrofes².

É enfatizada a necessidade do aumento de estudos³ na integração de abordagens terapêuticas em ambiente adequado, que envolvam o físico-psíquico-social e o acompanhamento do desenvolvimento do RNPT voltado para ênfase na qualidade de vida destes indivíduos, uma vez que de todos os nascimentos mundiais 11,1% eram RNPTs⁴.

Fatores que predispõem a prematuridade são mulheres primíparas,

idade materna, intercorrências gestacionais, doenças e infecções maternas, gestações múltiplas, aspectos socioeconômicos e cesareana sem justificativa médica^{1,5}. Estudo distinto ressalta que se o primeiro parto for prematuro a probabilidade de as gestações subsequentes ocorrerem de parto prematuro novamente são ampliadas, com proporções mais acentuadas em gestações múltiplas^{6,7}. Em todas as regiões do Brasil, a etiologia de óbito neonatal mais recorrente é a prematuridade⁸, enfatizando a importância da conscientização desse fato.

A prematuridade não indica que o neonato apresentará, necessariamente, sequelas neurológicas graves, entretanto implica que estes RNPTs estão mais expostos a alterações no desenvolvimento motor⁹ e que há maior probabilidade de óbito, com ênfase quando a mãe é adolescente^{10,11}.

A prematuridade pode acarretar ainda ao neonato distúrbios neurológicos como a paralisia cerebral, alterações visuais, auditivas, distúrbios de aprendizagem e hiperatividade. Outras alterações como hemorragia intraventricular e leucomalácia periventricular podem ocorrer, além de inúmeras complicações pulmonares oriundas de alterações fisiológicas e/ou estruturais presentes nestes indivíduos².

A qualidade de vida pode ser melhorada a partir da detecção precoce das alterações neurofuncionais, reduzindo a probabilidade de instalação ou redução de disfunções irreversíveis através do tratamento multidisciplinar¹². Portanto, a atuação fisioterapêutica tem como princípio avaliar a movimentação ativa, força, tônus, simetria e reflexos a fim de detectar a situação da criança com o propósito de apontar se há ou não atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (ADNPM).

Resultados relevantes são verificados quando há estimulação fisioterapêutica precoce^{18,13} e o tratamento deve ser voltado às necessidades da criança com o intuito de melhorar o desempenho motor e neurológico, além da redução dos padrões patológicos já encontrados¹⁴.

Diante do exposto, este estudo objetiva traçar o perfil dos prematuros submetidos a atendimento fisioterapêutico no Centro Viva Vida 'D. Lica' de Patrocínio; bem como analisar a classificação de prematuridade, o tipo de parto mais recorrente, o tempo de permanência em unidades de tratamento intensivos neonatais, o peso ao nascer e detectar o tempo decorrido desde o nascimento até a avaliação/tratamento fisioterapêutico com intuito de demonstrar como o tratamento precoce é benéfico para o neonato prematuro¹⁵.

MATERIAIS E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo de natureza quantitativa, descritiva transversal e retrospectiva. Foi realizado um levantamento de dados a partir dos arquivos (escritos e eletrônicos) e utilizou dados secundários do Sistema de Nascido Vivo (SINASC) e dos formulários individuais do Centro Viva Vida 'D. Lica' de Patrocínio. O trabalho seguiu a legislação de ética número 466.

Os critérios de inclusão adotados foram todos os recém-nascidos vivos em Patrocínio/MG de 2011 a 2013 notificados pelo SINASC em formulários próprios e formulários de pacientes submetidos ao atendimento fisioterapêutico no Centro Viva Vida 'D. Lica' e os critérios de exclusão foram prontuários não encontrados e/ou incompletos, recém-nascidos a termo, pós-termo e óbito.

A amostra constituiu da análise de 3391 prontuários de nascidos vivos do SINASC no período de 2011 a 2013 e 24 prontuários do Centro Viva Vida 'Dona Lica'. Foram excluídos 6 prontuários, pois não foram encontrados e 1 justificado pelo óbito, finalizando a presente amostra com 18 prontuários de RNPTs.

Para atingir o objetivo proposto, foi realizado um estudo a partir dos arquivos escritos e eletrônicos da vigilância epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Patrocínio, onde foram utilizados os dados secundários do SINASC nos anos de 2011 a 2013 e nos prontuários individuais do Centro Viva Vida 'D. Lica'(CVV) que receberam atendimentos no mesmo período acima descrito.

Foram analisados no CVV dados referentes às seguintes variáveis: idade materna, idade gestacional, tipo de parto, sexo, peso, presença de doenças associadas, além da duração de

internação em UTIN, com intuito de traçar o perfil dos neonatos pré-termos e detectar se houve acompanhamento/atendimento precoce dos RNPTs no Centro Viva Vida 'D. Lica', que é um centro de referência aos neonatos de risco em Patrocínio.

Os dados foram analisados através da estatística descritiva, apresentados em percentuais, média e desvio padrão.

RESULTADOS

Segundo os dados disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Patrocínio, através do SINASC no período de 2011 a 2013 nasceram 3391 crianças. Foram encontrados 228 casos de prematuros nos prontuários analisados, o que corresponde 7% dos

casos. Nesse período, foram acompanhados no CVV 25 RNPTs, dentre os quais 18 preencheram os critérios de inclusão adotados no presente estudo.

Quanto ao sexo, no CVV verificou-se 11 e 7 casos do sexo masculino e feminino, respectivamente (Gráfico 1). Em relação ao tipo de parto dos neonatos pré-termos submetidos a tratamento terapêutico, demonstrou-se que 10 foram partos cesáreos e 8 partos vaginais (Gráfico 2). Em relação a idade materna, 4 eram mães adolescentes com idade inferior a 17 anos, enquanto 3 eram tardias com idade igual ou superior a 35 anos (Gráfico 3).

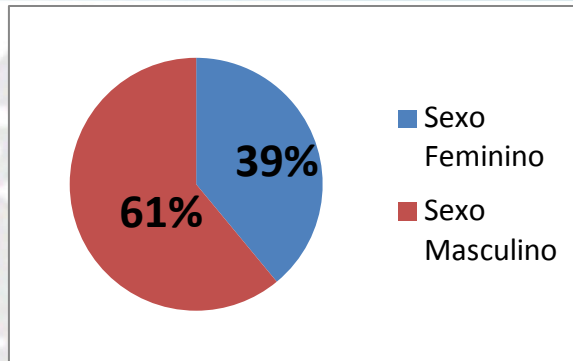


Gráfico 1: Quantidade de prematuros por sexo analisados no CVV.

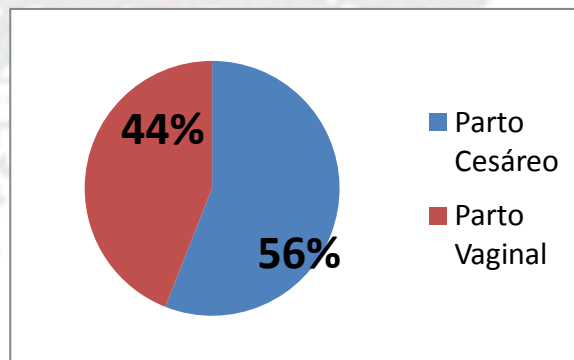


Gráfico 2: Tipo de parto nos prematuros analisados do CVV

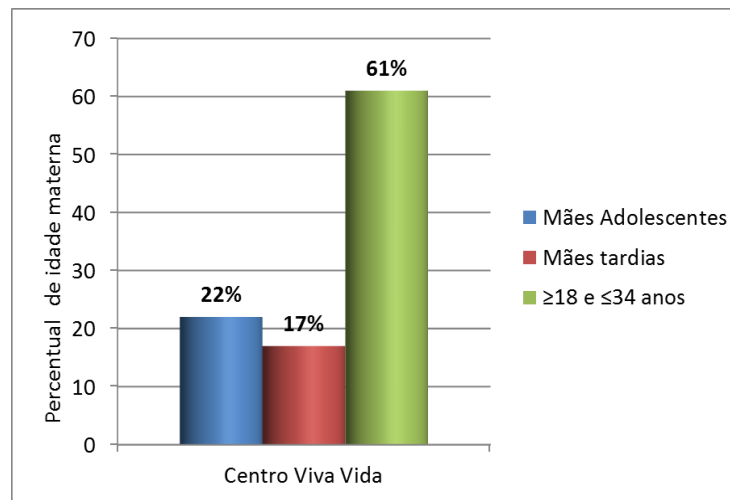


Gráfico 3: Percentual de caso vinculado à idade materna de mães classificadas como adolescentes (≤ 17 anos), tardias (≥ 35) e demais idades (> 18 e < 34 anos)

Os prematuros foram classificados de acordo a idade gestacional, sendo que a prematuridade extrema representou 8 casos; prematuridade moderada foi encontrada em 7 neonatos e limítrofe em 3 situações (Gráfico 4).

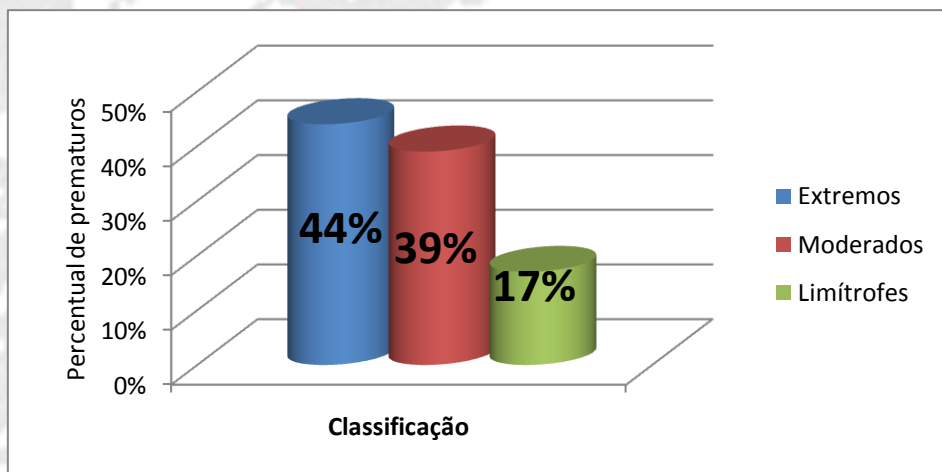


Gráfico 4: Subclassificação dos prematuros segundo a idade gestacional como extremos, moderados e limítrofes.

Em relação à hospitalização, dos prontuários analisados 16 neonatos necessitaram de atendimentos nas UTINs de, em média, 31 dias e apenas 02 não necessitaram de UTINs, mas deve-se ressaltar que ainda assim, foi necessário permanência por tempo

superior ao previsto em enfermarias. (Gráfico 5).

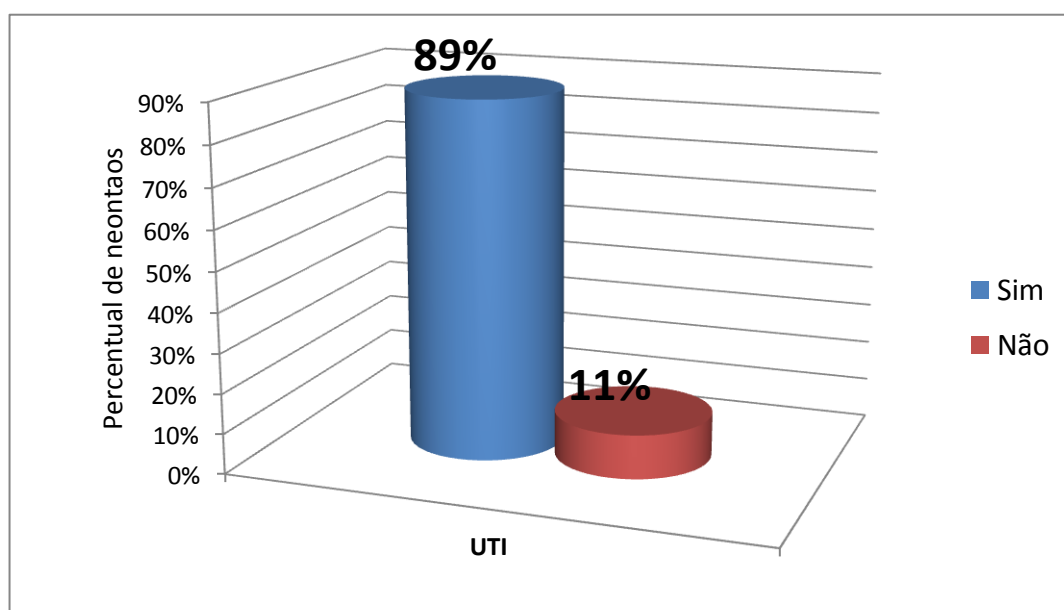


Gráfico 5: Permanência dos prematuros em UTIN atendidos n=18 sendo que 16 necessitaram de suporte nas UNTIN e apenas 2 não necessitaram.

Quanto ao peso, os neonatos submetidos a atendimento no CVV foram subdivididos em 3 grupos. Os do primeiro grupo obtiveram peso ao nascer igual/inferior a 1,500g, representando 8 casos com média de

1647±709g; enquanto no segundo grupo o peso era entre 1500g e 2,500g e foram encontrados 8 casos; enquanto no terceiro grupo, com peso superior a 2,500g, registrou-se 2 casos (Tabela 1).

Tabela 1 – Peso dos Prematuros Atendidos no CVV

≤ 1,500g	44%
1,500g e 2,500g	44%
> 2,501g	12%

Nos prematuros submetidos a atendimento terapêutico no CVV no período abordado, as doenças associadas foram: atraso no desenvolvimento neuro-psicomotor (ADNPM) em 12 casos, paralisia cerebral encontrada em 3 casos,

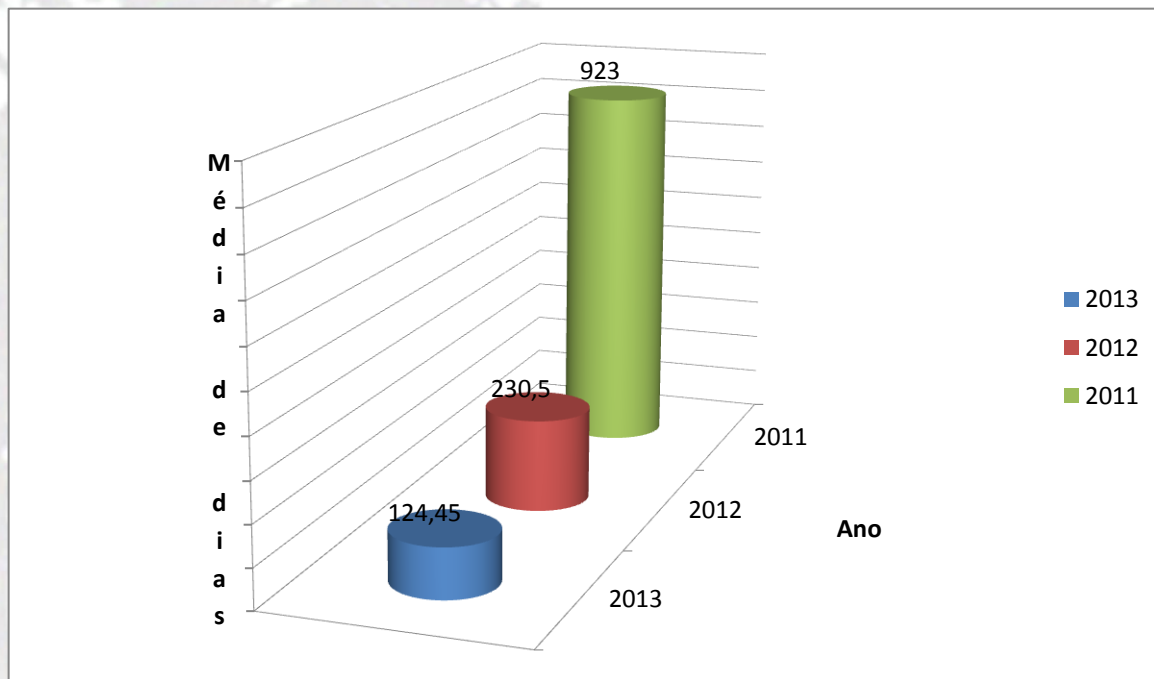
torcicolo congênito, cardiopatia e displasia broncopulmonar em 1 caso cada. Dentre as alterações encontradas, nos prontuários referidos, as complicações mais frequentes foram ADNPM e paralisia cerebral. (Tabela 2).

Tabela 2: Patologias associadas dos prematuros

ADNPM	66%
Paralisia Cerebral	17%
Outras patologias	17%

Quando avaliado o tempo entre nascimento, início da avaliação e tratamento foi demonstrado que em

2011 perdurou em média 923±136 dias, em 2012 230±210 dias, em 2013 210±124 dias. (Gráfico 5).



DISCUSSÃO

Diversos autores relatam sobre a recorrência diretamente proporcional com o gênero do prematuro, sendo influência nas possíveis complicações, expondo o sexo masculino com maior vulnerabilidade que o feminino¹². Justifica-se este fato devido ao gênero masculino desenvolver com maior lentidão em relação ao sexo feminino, desde o segundo mês gestacional com

atraso médio de duas semanas. No entanto, a maturação do organismo será inferior ao sexo feminino ampliando então, o risco de disfunções respiratórias e probabilidade de óbito¹⁶.

Estudos ressaltam o sexo feminino como fator protetor a alterações neurológicas em prematuros^{12,15,16}. Nos prontuários estudados foi encontrado maior incidência no sexo masculino. Descreve-se também, que os recém-nascidos do sexo masculino tem maior probabilidade de associação ao risco de

sofrimento fetal^{17,18}. O sexo masculino prevaleceu em distintos estudos, entretanto há resultados divergentes em estudo sobre RNPTs: foi relatado a prevalência do sexo feminino com 59% dos casos em um deles¹⁹ e em outro estudo que demonstra 50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino²⁰.

O parto cesáreo apresenta índice elevado nos casos de prematuridade²¹. Menciona-se que a taxa crescente de cesariana tem relação direta com a incidência da prematuridade, uma vez que grande quantidade dos partos com intervenções cirúrgicas são realizados sem justificativa médica, além disso, o parto induzido também pode ser predisponente a prematuridade²². Estudo afirma que houve aumento do número de cesarianas no Brasil e relata ainda que este fato pode aumentar a mortalidade materno-infantil²³. Realidade que corrobora com a encontrada nesse estudo em que 56%

dos casos foram partos cesáreos e 44% de partos vaginais.

Outro fator de influência, a idade materna adolescente ou tardia, predispõe à prematuridade²⁴. Em um estudo realizado na Zona Norte de São Paulo indica que entre Julho de 2001 a Novembro de 2002, 24,4% das pacientes do hospital eram mães adolescentes, ressaltando que este hospital pertence ao nível terciário e correlaciona a classes socioeconômicas com a recorrência de filhos pré-ternos, além de relatar também que eram neonatos com baixo peso²⁵.

Assim, referente à variável idade materna, o presente estudo corrobora com os autores mencionados anteriormente, ressaltando a recorrência de mães adolescentes ou tardias nos prematuros analisados no CVV sendo 22% mães adolescentes com idade ≤ 17 anos e 17% tardias com idade ≥ 35 anos, ou seja, mais de um quarto dos

casos descritos nos prontuários analisados.

A idade gestacional dos RNPTs é relevante uma vez que os movimentos intrauterinos são reduzidos nos estágios finais da gravidez, o que é justificado pela redução espacial. Entretanto, esses são imprescindíveis e se associam ao desenvolvimento motor pós-natal no desenvolvimento locomotor e manipulação de objetos, justificando então a probabilidade de alterações na funcionalidade, no desenvolvimento das estruturas cerebrais, na maturação motora e também no estado nutricional dos RNPTs^{12, 17, 26, 27} de acordo com a idade gestacional ao nascer. O crescimento e a maturação cerebral ocorrem durante aproximadamente 80% do período intrauterino, perdurando depois do nascimento e é fator primordial para que ocorra desenvolvimento neuromotor adequado²⁸, sendo alterados pelo

nascimento prematuro, o que ressalta a necessidade de acompanhamento precoce.

São diversas as classificações de prematuros presentes na literatura. Com intuito de relatar os riscos biopsicossociais dos prematuros e realizar avaliação neurológica em RNPT estabeleceu-se, para prematuros, a idade gestacional inferior a 37 semanas^{29,30}. Outro estudo²⁸ relata que os prematuros foram classificados em limítrofes, moderados e extremos assim como no presente estudo.

A necessidade de cuidados em UTINs relaciona-se ao intuito de manter os prematuros vivos³¹. Ressalta-se a importância desses centros apesar dos estresses acarretados aos neonatos e das privações sensório-motoras impostas a eles e da probabilidade de reinternações³². No presente estudo, a necessidade da permanência em UTIN foi representada por 89% dos casos nos prontuários analisados.

Os prematuros que necessitam de cuidados nas UTIN estão mais suscetíveis ao aparecimento de lesões neurológicas, sendo que estas podem ser desde uma alteração na aquisição do desenvolvimento motor, de forma transitória até mesmo o surgimento de alterações permanentes³³. Menciona-se também, que quanto maior o tempo de hospitalização, maior é a exposição do neonato prematuro ao excesso de manipulações, estimulações sonoras, visuais e procedimentos dolorosos, além de serem privados de estímulos sensoriais adequados, o que aumenta a probabilidade de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor³².

O prematuro está mais susceptível a diversas doenças e alterações no desenvolvimento do sistema nervoso e motor. A paralisia cerebral é uma das doenças neurológicas que pode ser adquirida através das alterações acarretadas pela prematuridade³⁴. Dentre outras doenças

que podem ser atribuídas à prematuridade estão a hemorragia intraventricular, leucomalácia periventricular, além de alterações do sistema respiratório, como pneumonia e síndrome do estresse respiratório³. Segundo dados contidos nos prontuários analisados, 83% dos neonatos pré termos apresentaram alterações neurológicas como ADNPM seguido por paralisia cerebral.

Abordando a questão de tratamento fisioterapêutico, diversos estudos relatam que a conduta precoce é benéfica, influenciando diretamente na redução das sequelas que podem ser advindas da prematuridade e deve ser iniciada dentro das UTINs e hospitais³⁵.

O neurodesenvolvimento do neonato prematuro pode estar comprometido quando comparado ao neonato a termo e assim que estas alterações forem detectadas deve-se

iniciar a estimulação²⁶. O recém-nascido prematuro possui maior susceptibilidade às lesões neurológicas, as quais em grande parte podem ocorrer no período perinatal e nos primeiros dias de vida²⁸, enfatizando, portanto, a importância do acompanhamento fisioterapêutico.

Dentre os vários impactos da atuação precoce da terapia é abordado o fato que a inclusão em tratamentos direcionados pode minimizar as chances de instalação de disfunções irreversíveis além de ampliar a qualidade de vida dos prematuros¹².

Detectar precocemente alterações advindas da prematuridade antes da conclusão do desenvolvimento neuropsicomotor facilita a prevenção de anormalidades, a probabilidade do risco de desenvolvê-las, além de direcionar de modo eficaz a abordagem do tratamento, tornando necessário o acompanhamento especializado pelos profissionais envolvidos³⁶.

A fisioterapia precoce é essencial, pois a intervenção precoce auxilia no desenvolvimento do RNPT ampliando a qualidade de vida destes^{37,38}.

Nos neonatos pré-termos encaminhados à intervenção precoce, a avaliação fisioterapêutica, detecta se há necessidade de tratamento terapêutico¹⁷ visando maior qualidade de vida dos RNPTs.

A assistência prestada a esses neonatos tem evoluído constantemente graças ao avanço no conhecimento científico associado às tecnologias hoje existentes, isto tem ampliado a qualidade de vida RNPTs reduzindo os déficits funcionais, aos quais os prematuros são mais expostos³⁹. A intervenção precoce já possui embasamento científico e evidência clínica comprovados. Estudos relatam a necessidade de acompanhamento ambulatorial principalmente para

neonatos que permaneceram por períodos prolongados em UTIN¹⁷.

Nota-se nesse estudo, a tendência ao atendimento precoce ser, pois a média de dias em que os prematuros foram avaliados ou encaminhados à instituição de tratamento após o nascimento tem reduzido, notoriamente, a cada ano, uma vez que em 2011 a demora era 923 ± 136 dias enquanto, em 2013 a média foi de 210 ± 124 dias.

Conclui-se que nos prematuros do CVV ocorreu prevalência no sexo masculino em relação ao feminino, assim como ênfase no parto cesáreo sobressaindo ao vaginal. Foi notificada a elevada incidência na prematuridade relacionada à idade materna obtida através dos prontuários relatando que mais de um quarto das mães dos prematuros eram classificadas como adolescentes ou tardias. Expõe-se também maior recorrência de prematuros extremos seguidos dos

prematuros moderados e limítrofes. A necessidade de recorrer a UTIN foi alta e o baixo peso foi notável na maioria dos RNPT. Houve predomínio nos neonatos com alterações nos sistemas neuromotores. Torna-se evidente também com este estudo que houve redução considerável no intervalo entre o nascimento e tratamento dos prematuros nos últimos anos, revelando então um atendimento precoce a cada ano realizado pelo CVV o qual é um centro de referência aos prematuros.

A importância do presente estudo é dirigida a detectar o perfil dos recém-nascidos prematuros com intuito de demonstrar a realidade desses indivíduos com idade gestacional reduzida, bem como a relevância do diagnóstico e terapêutica precoces na qualidade de vida e influência direta na saúde do indivíduo. Assim, em relação ao tratamento terapêutico, é importante uma abordagem coerente, eficiente e precoce, buscando a implementação de

medidas profiláticas à prematuridade, voltadas para a redução dos fatores de risco e ao acompanhamento precoce e, se necessário, a aplicação de tratamento direcionado a realidade do RNPT. Em suma, o presente estudo evidencia a importância do tratamento terapêutico precoce aos prematuros evitando e/ou reduzindo sequelas e anormalidades na saúde do indivíduo.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. 2015. Disponível em: < Who, 2015 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>>. Acessado em 01 mai 2015.
2. Almeida TSO, Lins RP, Camel AL, Mell DCCL. Investigação sobre os fatores de risco da prematuridade: uma revisão sistemática. *R bras ci Saúde* 2013, 17(3): 301-208.
3. Reis ABR, Melo RR, Morsch DS, Meio MDBB, Silva KS. Desempenho mental de bebês pré termo de muito baixo peso ao nascer: avaliação da estabilidade nos dois primeiros anos vida e fatores associados ao desempenho mental. *Rev Bras Epidemiol* 2012 Mar; 15(1): 13-24.
4. Blencowe H, Cousens S, Oestergaard MZ, Chou D, Moller AB, Narwal R, Adler A, Garcia CV, Rohde S, Say L, Lawn JE. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet* 2012 jun; 379(9832): 2162-72.
5. Lamônica DACL, Picolini MM. Habilidades do desenvolvimento

- de prematuros. *Rev CEFAC* 2009; 11(2): 145-153.
6. Chen, X.K.; Wen, S.W.; Fleming, N.; Yang, Q.; Walker, M.C. Increased risks of neonatal and postneonatal mortality associated with teenage pregnancy had different explanations. *J Clin Epidemiol* 2008 jul; 61(7): 688-94.
 7. Sharma V, Katz J, Mullany LC, Khatry SK, Leclercq SC, Shrestha Sr, Darmstadt GL, Tielsch JM. Young maternal age and the risk of neonatal mortality in rural Nepal. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2008 Set; 162(9): 828-35.
 8. Assunção PL, Novaes HMD, Alencar GP, Melo ASO, Almeida MF. Fatores Associados ao Nascimento Pré-Termo. *Cad. Saúde Pública* 2012 Jun; 28(6):1078-1090.
 9. França E, Lansky S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. In: Rede Interagencial de Informações para Saúde-Ripsa. Demografia e Saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília(DF): Ministério da Saúde; 2009. p. 83-112.
 10. Lykke JA, Paidas MJ, Langhoff-Roos J. Recurring complications in second pregnancy. *Obstet Gynecol.* 2009 Jun; 113 (6): 1217-24.
 11. Kazemier BM, Buijs PE, Mignini L, Limpens J, De Groot CJ, Mol BW, Ebm Connect. Impact of obstetric history on the risk of spontaneous preterm birth in singleton and multiple pregnancies: a systematic review. *BJOG* 2014 Jun; 121 (10): 1197-208.
 12. CAMPOS CMC, SOARES MMA, CATTUZZO MT. O efeito da prematuridade em habilidades

- locomotoras e de controle de objetos de crianças de primeira infância. Motriz, Rio Claro, 19, 1, 2013. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/motriz/v19n1/a03v19n1.pdf> >. Acesso em: 05 jun. 2013.
13. Lopes MMCO. Avaliação do desenvolvimento neuromotor da criança de risco aplicando Harris Infant Neuromotor test(HINT). 2011, 141f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. Disponível em: <http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/2128/1/2011_tese_mcolopes.pdf >. Acesso em: 11 fev. 2014.
14. Albanus A. Avaliação e análise do desenvolvimento neuromotor de lactentes pré-termo nascidos no Hospital Universitário do Oeste do Paraná no período de Setembro de 2002 a Julho de 2003. Cascavel, 2004. Disponível em<
<http://www.unioeste.br/projetos/elf/monografias/2004-1/tcc/pdf/adriana%20albanus.PDF>>. Acesso em 08 fev 2014.
15. Fernandes LV, Goulart AL, Santos AM, Barros MC, Guerra CC, Kopelman BI. Neurodevelopmental assessment of very low birth weight preterm infants at corrected age of 18-24 months by Bayley III scales. J Pediatr 2012 Nov-Dez; 88 (6): 471-478.
16. Nicolau CM, Costa APBM, Hazime HO, Krebs VLJ. Desempenho Motor Em Recém-Nascidos Pré-Termo De Alto Risco. Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum 2011; 21 (2): 327-334.
17. Gaetan EM, Moura-Ribeiro MVL. Developmental study of early posture control in preterm and

- fullterm infants. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2002 Dez; 60 (4).
18. Perin AE. Estimulação precoce: sinais de alerta e benefícios para o desenvolvimento. *Revista de Educação do IDEAU* 2010 Jul-Dez; 5(12).
19. Oberg GK, Campbell SK, Girolami GL, Ustad T, Jorgensen L, Kaaresen PI. Study protocol: an early intervention program to improve motor outcome in preterm infants: a randomized controlled trial and a qualitative study of physiotherapy performance and parental experiences. *BMC Pediatr.* 2012 Fev; 12:15.
20. Zomignani AP, Zambelli HJL, Antônio MARGM. Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. *Rev Paul Peditr* 2009; 27 (2): 198-203.
21. Formiga CKMR, Linhares MBM. Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. *Rev. esc. enferm. USP [online]* 2009; 43(2). Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a30v43n2.pdf>>. Acesso em 28 jun. 2013.
22. Nascimento RM, Leite AJM, Almeida NMGS, Almeida PC, Silva CF. Determinantes da mortalidade neonatal: estudo caso-controle em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2012 Mar; 28 (3): 559-572.
23. Maia PC, Silva LP, Oliveira MMC, Cardoso MVLML. Desenvolvimento motor de crianças prematuras e a termo – uso da Alberta Infant Motor Scal.. *Acta Paul Enferm* 2011; 24 (5): 670-5.

24. Volpi SCP, Rugolo LMSS, Peraçoli JC, Corrente JE. Aquisição de habilidades motoras até a marcha independente em prematuros de muito baixo peso. *J Pediatr* 2010 Mar-Abr; 86 (2): 143-48.

25. Scochi CGS, Ferreira FY, Góes FSN, Fujinaga CI, Ferecini GM, Leite AM. Alimentação Láctea e Prevalência do Aleitamento Materno em Prematuros Durante Internação em um Hospital Amigo da Criança de Ribeirão Preto-Sp, Brasil. *Cienc Cuid Saude* 2008 Abr./Jun.; 7 (2): 145-154.

26. Silva RP, Caires BR, Nogueira DA, Moreira DS, Gradim CVC, Leite EPRC. Prematuridade: características maternas e neonatais segundo dados do sistema de informações sobre nascidos vivos. *J Nurs UFPE on line* 2013 maio; 7 (5): 1349-55.

Disponível em <
http://www.revista.ufpe.br/revista/enfermagem/index.php/revista/article/viewFile/4363/pdf_2507>.
Acesso em 05 abr. 2015.

27. Pizzani L, Lopes JF, Manzini MG, Martinez CM. Análise bibliométrica de teses e dissertações sobre prematuridade no Banco de Teses da Capes. *J. Pediatr*, (Rio J.) [online] 2012 Nov./Dez.; 88 (6): 479-482. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/jped/v88n6/v88n06a06.pdf>>. Acesso em 09 abr. 2013.

28. Araújo DMR. Fatores associados ao estado nutricional gestacional e Desfechos perinatais em usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), em dois municípios do estado do Rio de Janeiro. 2012, 145f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Epidemiologia em Saúde Pública)

- Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.
29. Matijasevich A, Silveira MF, Matos ACG, Neto DR, Fernandes RM, Maranhão AG, Cortez-Escalante JJ, Barros FC, Victora CG. Estimativas corrigidas da prevalência de nascimentos pré-termo no Brasil, 2000 a 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde* 2013; 22 (4): 557-564.
30. Chalem E, Mitsuhiro SS, Ferri CP, Barros MM, Guinsburg R, Laranjeira R. Gravidez na adolescência: perfil sóciodemográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública* 2007 Jan; 23 (1): 177-186.
31. Silveira KA, Enumo SRF. Riscos biopsicossociais para o desenvolvimento de crianças prematuras e com baixo peso. *Paidéia* 2012 Set./Dez; 22 (53): 335-345.
32. Golin MO, Souza FIS, Sarn ROS. Avaliação neurológica pelo método Dubowitz em recém-nascidos prematuros com idade corrigida de termo comparada a de nascidos a termo. *Rev Paul Pediatr*. 2009 Dez; 27 (4): 402-9.
33. Manacero S, Nunes ML. Avaliação do desempenho motor de prematuros nos primeiros meses de vida na Escala Motora Infantil de Alberta (AIMS). *J Pediatr* 2008 Jan./Fev; 84 (1): 53-59.
34. Giachetta L, Nicolau CM, Costa APBM, Zuana AD. Influência do tempo de hospitalização sobre o desenvolvimento neuromotor de recém-nascidos pré-termo. *Fisioter Pesq* 2010 Jan./Mar; 17 (1): 24-9.
35. Maguire CM, Walther FJ, Sprij AJ, Le Cessie S, Wit JM, Veen S.

- Effects of individualized developmental care in a randomized trial of preterm infants <32 weeks. 2009 Oct; 124 (4): 1021-30.
36. Silva AMR. Fatores de risco para nascimento pré-termo no município de Londrina – Paraná. Dissertação de doutorando, Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, 2008.
37. Araújo AGS, Tavares AL, Pereira CR. Comparação do desenvolvimento motor em crianças pré-termo e termo avaliadas pelo WHO ANTRHO 2010. Grupo Editorial Moreira Júnior, 2010. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5145> Acesso em: 04 ago. 2014.
38. Moreira RS, Magalhães LC, Alves CRL. Efeito do nascimento prematuro no desenvolvimento motor, comportamento e desempenho de crianças em idade escolar: revisão sistemática. J Pediatr 2014 Mar; 90 (2): 119-34.
39. Medeiros JKB, Zanin RO, Alves KS. Perfil do Desenvolvimento Motor do Prematuro Atendido pela Fisioterapia. Rev Bras Clin Med 2009; 7: 367-372.