

Perfil dos pacientes aos dois anos de idade atendidos no Ambulatório de Egressos do Método Canguru do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira.

Profile of two years old patients seen at the Ambulatory of Kangaroo Care from the Intitute of Integral Medicine Prof. Fernando Figueira.

Carmen Lúcia Neves Guimarães¹

Nahami Cruz de Lucena²

Semiramis Silva Albuquerque³

¹⁻² Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP. Rua dos Coelhos, 300. Recife, PE, Brasil. CEP: 50.070-550. E-mail: Calunegui@hotmail.com/nacluc@hotmail.com

³ Graduanda em fisioterapia pela Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS

Resumo

A prematuridade e o baixo peso são considerados fatores de risco para a mortalidade, morbidades e um atraso no desenvolvimento infantil. O Método Mãe Canguru (MMC) foi idealizado na Colômbia e teve como objetivo, dentre outros, minimizar os efeitos do nascimento prematuro. O Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira- IMIP foi um dos pioneiros no Brasil a adotar esse método, denominado Método Canguru (MC), pois considera que, além da mãe, outros membros da família devem participar do programa. O objetivo deste estudo foi traçar o perfil das crianças de dois anos de idade atendidas no Ambulatório de Egressos do Método Canguru, do IMIP. Foi feito um estudo retrospectivo do tipo descritivo, sendo realizado através de uma coleta de dados em prontuários de 50 pacientes, onde usou-se uma ficha de avaliação elaborada pela pesquisadora, contemplando questões sociodemográficas, clínicas, físicas e funcionais, no período de abril de 2014. O estudo demonstrou que a maioria desses pacientes eram do sexo feminino (55,1%), com idade cronológica de 2 anos e 5 meses (24,5%), idade corrigida de 2 anos e 2 meses (27,1%) e com idade gestacional de 31 semanas (20,4%). Dentre as doenças encontradas prevaleceu a Icterícia Neonatal (89,2%). A média de peso e do comprimento ao nascer foi, respectivamente de 1.323g e 38,0cm e através da AIMS (Escala Motora Infantil de Alberta). Podemos concluir pelo perfil traçado destas crianças, que elas possuem o seu desenvolvimento motor normal (61,2%), o que sugere que o MC pode contribuir para um melhor desenvolvimento dos lactentes nascidos pré-terms.

Palavras-chave Método Mãe Canguru, recém-nascido de baixo peso, recém-nascido prematuro, desenvolvimento infantil.

Abstract

Prematurity and low birth weight are risk factors of mortality, morbidity and poor child development. The kangaroo mother method was devised in Colombia which aim others is minimize the effects of premature birth. The Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP was one of the first institute to adopt this method which is called Kangaroo Care (Método Canguru in Portuguese- MC) because it considers that besides the mother other family members should participate in the program. The aim of this study is to profile two years old children seen at the ambulatory of Kangaroo Care from IMIP . A retrospective descriptive study was done being conducted through a collection of data from medical records of 50 patients , which was used an evaluation form developed by the researcher, making clear sociodemographic, clinical , physical and functional issues in April of 2014. The study showed that the majority of these patients were female (55.1 %), and chronological age of 2 years and 5 months (24.5 %), corrected age of 2 years and 2 months (27.1 %) and gestational age between 31 to 34 weeks (20.4 %). Among the diseases encountered prevailed Neonatal Jaundice (89.2 %). The average weight and length at birth was 1,323 grams respectively and 38.0 centimeters and through AIMS (Alberta Infant Motor Scale). To summarise, they have normal motor (61.2 %) , what can make kangaroo care contribute to a better development of preterm infants.

Keywords Kangaroo mother care method, newborn, low birth weight, premature, child development.

Introdução

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, todo neonato com idade gestacional (IG) entre 37 e 42 semanas é considerado a termo. Já bebês com IG menor que 37 semanas são considerados pré-termos¹. Em relação ao peso no momento do parto, é definido pela Organização das Nações Unidas (ONU) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) como baixo peso ao nascer quando abaixo de 2.500 gramas, sendo subdividido em dois grupos, são estes: os *recém-nascidos de muito baixo peso* (<1.500 gramas) e *recém-nascidos de extremamente baixo peso* (<1.000 gramas)^{2,3}.

Os avanços na tecnologia da assistência à saúde tanto da gestante de risco como do neonato, têm possibilitado a sobrevivência de bebês com idade gestacional e peso cada vez menores, porém estes lactentes são mais propensos a apresentarem alguns fatores de risco relacionados, que estão associados a morbidades neonatais. Esses fatores de risco são: Icterícia, Enterocolite Necrosante, Hemorragia Intracraniana, Meningoencefalite, Doença Pulmonar Crônica e Infecção Congênita, eles também podem levar a desfechos neurológicos desfavoráveis¹.

Quanto menor o peso do neonato, maior a probabilidade de um mau desenvolvimento, podendo este ser nas áreas de comprometimento físico e cognitivo. Além de problemas no desenvolvimento, estas crianças constituem um grupo de risco para a mortalidade, como também, para algumas morbidades, tais como: deficiência mental, surdez e paralisia cerebral^{2,3}.

Bebês de baixo peso e pré-termos sujeitos a intervenções no período de internação, às vezes prolongada, são submetidos a excessivo manuseio, a ruído constante e a separação prolongada da sua mãe⁴. Para minimizar os efeitos deletérios destes fatores foi implementado e elaborado pelo Ministério da saúde (MS), no Brasil, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (MC)^{4,5}.

A nomenclatura Método Canguru (MC) é característica da metodologia brasileira, pois sugere tanto o envolvimento materno com o recém-nascido, como também o envolvimento ativo do pai, e de outros membros da família se diferenciando assim do tradicional Método Mãe Canguru (MMC)⁶.

O MMC originou-se na Colômbia, na década de 70, pelo médico Edgar Rey Sanabria. No Brasil, o método foi introduzido pela primeira vez na década de 90, pelo Hospital Guilherme Álvaro, em Santos e também pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)^{5, 7}, que inspirou a normatização do método pelo MS no Brasil.

Caracterizado pela redução de tempo do bebê longe do colo materno, o MC preconiza uma abordagem humanística com base em alguns fundamentos, tais como: acolhimento do bebê e sua família; respeito aos cuidados individualizados; contato pele a pele o mais precocemente possível; e envolvimento da mãe nos cuidados com o bebê.⁴

A aplicação deste método é, ainda, proposta pelo MS em três etapas⁸. A primeira etapa, iniciada na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e na Unidade de Cuidados Intermediários Convencional (UCINco), a família receberá informações sobre a saúde do neonato, tendo livre acesso de entrar nas unidades. Neste período os parentes serão estimulados a participar do cuidado com o recém-nascido, facilitando desta forma um contato mais afetivo^{6,8}.

A segunda etapa é realizada na Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINca), onde o recém-nascido é colocado em decúbito prono ou lateral, na posição vertical contra o peito do adulto e ali permanece o maior tempo possível. Denomina-se a este procedimento como “posição canguru”^{8,9}.

A terceira etapa é o período ambulatorial, onde se dá continuidade a assistência ao bebê até que ele atinja 2.500 gramas ou mais¹⁰. Esta fase inclui a identificação precoce de situações de risco e também avalia a relação família-bebê, o crescimento e o desenvolvimento infantil, levando-se em conta a idade corrigida da criança¹¹.

No IMIP, após alta do programa, os recém-nascidos são acompanhados até sete anos de idade, no Ambulatório de Egressos do Método Canguru, por uma equipe interdisciplinar, que conta com: pediatra, neuropediatra, psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo e fisioterapeuta.

Na fisioterapia os lactentes são acompanhados até obterem a marcha independente (entre 12 e 18 meses), objetivando assim, a intervenção de desvio do

crescimento e desenvolvimento desses bebês. O desenvolvimento motor dessas crianças é avaliado sempre no dia da consulta com a pediatra¹².

São utilizadas duas escalas de avaliações, onde se considera a idade corrigida do recém-nascido prematuro. Uma delas é o *Test of Infant Motor Performance* (TIMP), que tem como objetivo observar o déficit motor de recém-nascidos com até quatro meses de idade, avaliando habilidades funcionais, coordenação, equilíbrio, controle e alinhamento postural. A outra é a Escala Motora Infantil de Alberta (*Alberta Infant Motor Scale – AIMS*), que avalia a sequência do desenvolvimento motor e o controle da musculatura antigravitacional em posição supino, prono, sentado e em pé de bebês a termos e pré-termos, desde o nascimento até a idade da marcha independente, sendo fidedigna e de fácil aplicação¹³⁻¹⁶.

Outra escala de avaliação do desenvolvimento é aplicada pela psicóloga. Denomina-se Escala de Denver II e objetiva identificar um desenvolvimento infantil atrasado na faixa etária de 0 a 6 anos de idade. Esta possui itens para avaliar motricidade fina, pessoal-social, linguagem e motricidade ampla.¹⁷

Ainda não foi feito um levantamento sobre o perfil dos lactentes acompanhados pelo Ambulatório de Egressos do Método Canguru, no IMIP, por isso se faz importante esta pesquisa, na qual observamos algumas informações das características das crianças submetidas ao método. Essas informações são de extrema importância para a equipe multidisciplinar do método, uma vez que através delas podemos identificar a eficácia das etapas anteriores do MMC.

Material e método

Este é um estudo retrospectivo do tipo descritivo que envolve coleta de dados em prontuários de lactentes nascidos pré-termos e com baixo peso, atendidos no Ambulatório de Egressos do método Canguru no IMIP, no período de abril de 2014.

O projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos (CEP), sendo aprovado. Posteriormente foi feito um levantamento de dados, na qual, nos limitamos apenas às crianças com idade corrigida entre dois anos a dois anos e seis meses, por ser uma faixa etária em que a maioria já passou por todas as avaliações necessárias do seu desenvolvimento. Para o levantamento usamos o Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME), onde foi feita a seleção dos prontuários. Foi utilizado como critério de exclusão da pesquisa os números não identificados dos prontuários das crianças com a faixa etária descrita acima.

A coleta de dados foi feita numa ficha de avaliação previamente desenvolvida, a qual contemplava questões sociodemográficas, biológicas, clínicas e funcionais. Dentre as questões sociodemográficas, foram coletados os dados referentes ao sexo, idade cronológica, idade corrigida e idade gestacional. Nas questões clínicas, verificou-se o APGAR baixo nos primeiros 5 minutos, uso da fototerapia, morbidades associadas à prematuridade e o baixo peso, como icterícia, hemorragia intracraniana, doença pulmonar crônica, enterocolite necrosante, meningoencefalite e infecção congênita. Quanto aos aspectos biológicos verificou-se o peso e a estatura do bebê. Os aspectos funcionais englobaram questões de avaliações como TIMP (O Test of Infant Motor Performance), AIMS (Escala Motora Infantil de Alberta) e DENVER II, onde cada uma delas se dividia em grupos de pacientes que tinha o desenvolvimento normal, abaixo do normal ou que não foi identificado a sua avaliação.

Neste estudo houve dificuldade quanto à coleta de dados, devido a letras ilegíveis, ausência da descrição da idade cronológica e/ou idade gestacional e, também a ausência de uma das três avaliações.

A análise estatística foi realizada de forma descritiva simples por meio de frequências relativas (percentuais) e as variáveis quantitativas por meio de médias e de desvios-padrão.

Resultados

O levantamento de dados identificou 50 prontuários dos lactentes que atendiam aos critérios da pesquisa. Foram descritos quatro aspectos que envolveram questões sociodemográficas, questões clínicas, aspectos biológicos e aspectos funcionais.

Em relação aos aspectos sociodemográficos, a população estudada abrangeu 28 (55,1%) lactentes do sexo feminino e 22 (44,9%) lactentes do sexo masculino, tendo como percentagem maior na idade cronológica de 2 anos e 5 meses (24,5%) . Já na idade corrigida tivemos um percentual mais alto em 2 anos e 2 meses (14,3%) e na idade gestacional houve uma predominância em 31 semanas (Tabela 1).

Tabela1 Características sociodemográficas da população estudada (n=50)		
	Máx, n=(%)	Min, n=(%)
Idade Gestacional	31 semanas (20,4%)	27 semanas (4,1%)
Idade cronológica	2 anos e 5 meses (24,5%)	2 anos e 1 mês (2%)
Idade corrigida	2 anos e 2 meses (27,1%)	2 anos e 5 meses (4,2%)

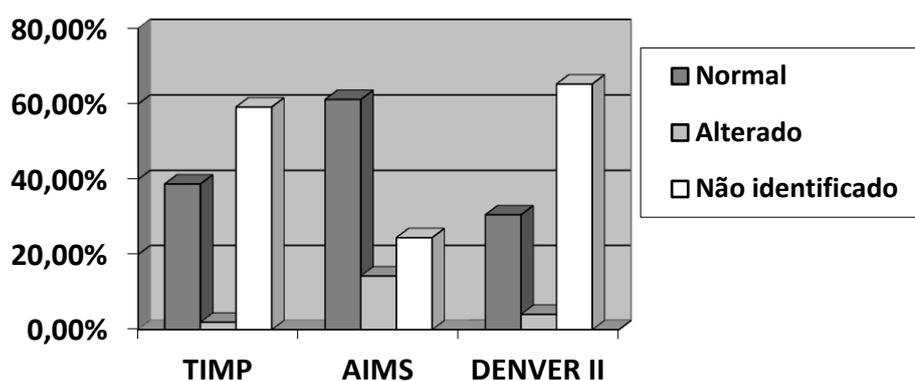
TABELA 1 – Características sociodemográficas da população estudada (n= 50); máx: (respostas de maior percentagem), min: (resposta de menor percentagem).

Nas questões clínicas, foi observado que apenas 12,2% dos pacientes tiveram o APGAR baixo nos primeiros 5 minutos, porém observamos nas morbidades que 89,2% dos lactentes tiveram Icterícia Neonatal, onde 77,6% fizeram o uso da fototerapia. Nas outras morbidades, tivemos 4,1% dos pacientes com Enterocolite Necrosante; 6,1% com Hemorragia Intracraniana; 4,1% com Doença Pulmonar Crônica; 4,1% com Meningoencefalite e nenhuma destas crianças apresentaram Infecção Congênita

Nos aspectos físicos tivemos uma média no peso ao nascimento de 1.323g (\pm 240,9). No comprimento ao nascimento foi obtido uma média de 38,0cm (\pm 2,9).

Dentre os indivíduos avaliados através do TIMP, foi identificado que apenas 2% deles tinham o seu desenvolvimento abaixo do normal, onde 38,8% possuíam o desenvolvimento normal e 59,2% não foi identificado o teste. Já na AIMS tivemos valores diferentes, na qual 61,2% dos pacientes possuíam o seu desenvolvimento normal, 14,3% tiveram o seu desenvolvimento abaixo do normal e apenas 24,5% dos pacientes não tiveram suas avaliações identificadas. Na Escala de Denver II a maioria das crianças não tinham avaliações identificadas (65,3%), nas que identificamos 30,6% dos bebês tinham seu desenvolvimento normal e 4,1% tinham seu desenvolvimento abaixo do normal. (Figura 1).

Figura 1 Desenvolvimento de acordo com TIMP, AIMS, DENVERII



Discussão

Lactentes nascidos pré-termos e de baixo peso tem sido uma grande preocupação na comunidade científica, estudos nesta área podem levar ao entendimento quanto ao desenvolvimento futuro destes bebês. Sabe-se que fatores que caracterizem estes lactentes são relevantes para futuras intervenções.¹⁸ O peso ao nascer é um exemplo de um destes fatores. Linhares et al.(2000, 2003) afirma que o baixo peso está ligado diretamente com um mau desenvolvimento infantil. Na presente pesquisa, observamos que o grupo de lactentes nascidos pré-termo, obteve uma média de comprimento de 38,0cm e peso de 1.323,73g. Alguns estudos mostraram pesos ainda mais baixos, o que sugere que a população estudada no presente estudo, não mostrou peso ao nascer muito baixo.^{19,20,21}

Não houve diferença significativa entre os sexos no presente estudo, na qual prevaleceu o sexo feminino (55,1%), o que se assemelha à pesquisa de OLHWEILER et al. (2004)¹⁸, onde 60% eram do sexo feminino e 40% do sexo masculino, enquanto outros estudos (EGEWARTH et al., 2002; SOUZA et al. (20010), SEGURA et al., 2010)^{26,25,27}, mostraram predominância do sexo masculino.

Não identificamos na literatura muitos estudos que acompanhem o desenvolvimento do neonato pré-termo e com baixo peso, na faixa etária dos dois anos de idade cronológica e corrigida, a nível ambulatorial. Entretanto, algumas pesquisas tem analisado o desenvolvimento destas crianças dos primeiros meses até menos de 24 meses de idade corrigida.^{20,21,22}.

Avanços na tecnologia de assistência à saúde materna e do neonato, têm permitido a sobrevivência de recém-nascidos com idades gestacionais (IG) cada vez menores. No Brasil, podemos encontrar valores mínimos como de 24 semanas da IG.^{32,36} LORENZ (2000)²⁸ afirma que não é um fato raro neonatos com IG de 23-24 semanas. Já Hack & Fanaroff (2000)²⁹, fizeram uma análise, na qual relatam que a sobrevivência de crianças com 23 semanas gestacional varia entre 2% e 35%; com 24 semanas entre 17% e 62% e com 25 semanas entre 35% e 72%. No nosso estudo a IG mínima foi de 26 semanas (6,1%), prevalecendo idades de 34 semanas gestacionais (20,4%).

Segundo RUGOLO (2005)³⁰ os neonatos pré-termos e com baixo peso apresentam elevada morbidade neonatal, concordando com o resultado deste estudo, onde observamos que 91,8% possuíam algum tipo de morbidade associada ao baixo peso e prematuridade e apenas 8,2% não tiveram nenhuma morbidade. ALMEIDA (2004)³¹ afirma que a Icterícia Neonatal é encontrada em praticamente todos os recém-nascidos prematuros. Na presente pesquisa observamos que 89,2% de crianças tiveram Icterícia, e destas, 77,6% fizeram o uso de fototerapia. No estudo de BARBOSA (2007)³⁷ verificamos uma quantidade menor de Icterícia Neonatal (47%) e não havia associação ao uso de fototerapia.

Guimarães et al. (2011) ao comparar crianças pré-termos com crianças a termos, observou pelo TIMP (Test of Infant Motor Performance) que a prematuridade está associada a uma alteração motora.³⁵ O estudo de NICOLAU et al. (2007) se assemelhou ao nosso quanto ao resultado do TIMP²². Com relação ao DENVER II, também há semelhanças com um outro estudo, onde houve um percentual maior de lactentes com desenvolvimento normal comparado àqueles com desenvolvimento alterado.²³ No presente estudo, a AIMS (Escala Motora Infantil de Alberta) deu uma resposta mais confiável em relação aos outros testes, por haver um número maior de lactentes que tiveram esta avaliação identificada. CUSTÓDIO et al.(2012)²⁴ afirma que a AIMS é um instrumento válido entre crianças prematuras e de baixo peso. GIACHETTA et al. (2010)³³, fez pesquisa comparando dois grupos de acordo com o tempo de hospitalização, e identificou através da AIMS que os dois grupos possuíam atraso no desenvolvimento. Segundo FORMIGA et al. (2004) a influência dos pais é de suma importância para um feedback quanto ao seu desenvolvimento, podendo desta forma, ser identificado diferenças de resultados de acordo com o local³⁴.

Conclusão

Este estudo mostra através da AIMS (Escala Motora Infantil de Alberta) que no perfil traçado das crianças pré-termos e de baixo peso atendidas no Ambulatório de Egressos do Método Canguru do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira - IMIP, temos um número significativo na quantidade de bebês com seu desenvolvimento motor normal, o que nos traduz uma menor dependência quanto à funcionalidade deste tipo paciente, de acordo com a sua idade. Contudo, não conseguimos observar valores tão significativos no TIMP (Test of Infant Motor Performance) e na Denver II, podendo ter sido seus valores influenciados por não ter um número grande identificado de avaliações. De acordo com estas informações sugerimos mais estudos que demonstrem o desenvolvimento do bebê pré-termo e de baixo peso egresso do Método Canguru (MC) através de avaliações como a TIMP e a Denver II.

Referências bibliográficas

1. Formiga, CKMR; Linhares, MBM. Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo jun. 2009, vol. 43, no. 2.
2. Lima, MCBM; Oliveira,GS; Lyra, CO; Roncalli AG; Ferreira, MAF. A desigualdade espacial do Baixo Peso ao Nascer no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro Aug. 2013, vol. 18, no. 8.
3. Linhares, MBM; Carvalho, AEV; Bordin, MBM; Chimello, JT; Martinez, FE; Jorge, SM. Prematuridade e muito baixo peso como fator de risco ao desenvolvimento da criança. Paidéia (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto jan./ july 2000, vol. 10, no. 18.
4. Hennig, MAS; Gomes, MASM; Gianini, NOM. Conhecimentos e práticas dos profissionais de saúde sobre a “atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – método canguru”. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife 2006, vol. 6, no. 4.
5. Araújo, CL; Rios, CTF; Santos, MH; Gonçalves, APF. Método Mãe Canguru: uma investigação da prática domiciliar. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro jan. 2010, vol. 15, no. 1.
6. Lamy, ZC; Gomes, MASM; Gianini, NOM; Henning, MAS. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Canguru: a proposta brasileira. Ciência e saúde coletiva, Rio de Janeiro July/Sept. 2005, vol. 10, no. 3.

7. Cardoso, ACA; Romiti, R; Ramos, JLA; Issler, H; Grassiotto, C; Sanches, MTC. Método Mãe-Canguru: aspectos atuais. Revisões e ensaios. *Pediatria*. São Paulo, 2006; 28(2): 128-34.
8. Silva, JR; Thomé, CR; Abreu, RM. Método mãe canguru nos hospitais / maternidades públicos de Salvador e atuação dos profissionais da saúde na segunda etapa do método. *Rev. CEFAC*, São Paulo May/June 2011, vol.13, no. 3.
9. Moura, SMSR; Araújo, MF. Produção de sentidos sobre a maternidade: uma experiência no Programa Mãe Canguru. *Psicologia em Estudo*, Maringá Jan./Apr. 2005, vol. 10, no. 1.
10. Gontijo, TL; Meireles, AL; Malta, DC; Proietti, FA; Xavier, CC. Avaliação da implantação do cuidado humanizado aos recém-nascidos com baixo peso – método canguru. *Jornal de Pediatria(Rio J.)*, Porto Alegre Jan./Feb. 2010, vol.86, no.1.
11. Borck, M; Santos, EKA. Método canguru: práticas investigativas e de cuidado de enfermagem no modelo de adaptação de Roy. *Escola Anna Nery*, Rio de Janeiro Apr./June 2012, Vol. 16, no. 2.
12. Willrich, A; Azevedo, CCF; Fernandes, JO. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. *Revista neurociências* 2009; 17(1): 51-56.
13. Vieira, MB; Ribeiro, FV; Formiga, CKMR. Principais instrumentos de avaliação do desenvolvimento da criança de zero a dois anos de idade. *Revista Movimenta*, 2009, Vol 2, N 1.

14. 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).
15. Valentini, NC; Saccani, R. Escala Infantil de Alberta: validação para uma população gaúcha. Revista Paulista de Pediatria, São Paulo, june 2011, vol. 29, no. 2.
16. Manacero, S; Nunes, ML. Avaliação do desempenho motor de prematuros nos primeiros meses de vida na Escala Motora Infantil de Alberta (AIMS). Jornal de Pediatria (Rio J.), Porto Alegre Jan./Feb. 2008, vol. 84, no. 1.
17. Custódio, ZAO; Crepaldi, Ma; Cruz, RM. Desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo avaliado pelo teste de Denver-II: revisão da produção científica brasileira. Psicologia: Reflexão e Crítica. Porto Alegre 2012, vol. 25, no. 2.
18. Olhweiler, L; Silva, AR; Rotta, NT. Estudos dos reflexos primitivos em pacientes recém-nascidos pré-termo normais no primeiro ano de vida. Arq. Neuro-Psiquiatr, São Paulo, june 2005, vol. 63, no.2a.
19. Linhares, MBM; Carvalho, AEV; Machado, C; Martinez, FE. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo no primeiro ano de vida. Paidéia, 2003,13(25), 59-72.
20. Mancini, MC; Teixeira, S; Araújo, LG; Paixão, ML; Magalhães, LC; Coelho, ZAC; Gontijo, APB; Furtado, SRC; Sampaio, RF; Fonseca, ST. Estudo do desenvolvimento da função motora aos 8 e 12 meses de idade em crianças pré-termo e a termo. Arq. Neuro-Psiquiatr, São Paulo, Dec. 2002, vol.60, no.4.

21. Magalhães, LC; Barbosa, VM; Araújo, AR; Paixão, ML; Figueiredo, EM; Gontijo, APB. Análise do desempenho de crianças pré-termo no teste de desenvolvimento de Denver nas idades de 12, 18 e 24 meses. *Pediatria (São Paulo)*, 21(4) : 330-339, 1999.
22. Nicolau, CM; Costa, APBM; Hazime, HO; Krebs, VLJ. Desempenho motor em recém-nascidos pré-termo de alto risco. *Rev. bras. crescimento desenvolv. humano*, 2011, vol.11, n.2.
23. Kreling, KCA; 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.
24. Custódio, ZAO; Crepaldi, MA; Cruz, RM. Desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo avaliado pelo teste de Denver-II: Revisão da produção científica brasileira. *Psicol. Reflex. Crit. Porto Alegre*, 2012, vol.25, no.2.
25. Souza, NCM; Lima, ACVM; Gagliardo, HGRG; Albuquerque, RC; Cardoso, TC; Cavalcanti, FRR; Coêlho, REA. Comportamento Visual e perfil socioeconômico e demográfico de recém-nascidos prematuros da Maternidade do Hospital das Clínicas de Pernambuco – UFPE. *Arq Bras Oftalmol.* 2011;74(1):33-6
26. Egewarth, C; Pires, FDA; Guardiola, A. Avaliação da idade gestacional de recém-nascidos pré-termo através do exame neurológico e das escalas neonatais e obstétrica. 2002; 60(3-B):755-759
27. Segura, DCA; Nascimento, FC; Calabresi, MCB; Céron, LB. Indicação da fisioterapia ambulatorial para neonatos pré-termo. *Revista Saúde e Pesquisa*, v.3, n. 3, p. 321-327, set./dez. 2010.

28. Lorenz, JM. Survival of the extremely preterm infant in North America in the 1990s. *Clin Perinatol* 2000;27:225-62.
29. Hack M, Fanaroff AA. Outcomes of children of extremely low birthweight and gestational age in the 1990s. *Semin Neonatol* 2000;5:89-106.
30. Rugolo, LMSS. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *J Pediatr (Rio J)*. 2005;81(1Supl):S101-S110.
31. Almeida, MFB. Quando devemos iniciar a fototerapia em recém-nascidos pré-termo? *J. Pediatr. (Rio J)*. Vol.80, no.4, Porto Alegre July/Aug. 2004.
32. Scochi, CGS; Ferreira, FY; Góes, FSN; Fujinaga, CI; Ferecini, GM; Leite, AM. Alimentamento 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.
33. Giachietta, L; Nicolau, CM; Costa, APBM; Zuana, AD. Influência do tempo de hospitalização sobre o desenvolvimento neuromotor de recém-nascidos pré-termo. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, v.17, n.1, p.24-9, jan/mar. 2010.
34. Formiga, CKMR; Pedrazzani, ES; Tudella, E. Desenvolvimento motor de lactentes pré-termo participantes de um programa de intervenção fisioterapêutica precoce. *Rev. bras. fisioter.* Vol. 8, No. 3 (2004).

35. Guimarães, CLN; Reinaux, CM; Botelho, ACG. Lima, GMS; Filho, JEC. Desenvolvimento motor avaliado pelo *Test Of Infant Motor Performance*: comparação entre lactentes pré-termo e a termo. Rev. Bras. Fisioter.. vol.15, no.5, São Carlos, Sept./Oct. 2011, Epub Oct 14, 2011.
36. Almeida, MF; Jorge, MHPM. Pequenos para idade gestacional: Fator de risco para mortalidade neonatal. Rev. Saúde Pública, 32 (3): 217-24, 1998
37. Barbosa, VC; Formiga, CKMR; Linhares, MBM. Avaliação das variáveis clínicas e neurocomportamentais de recém-nascidos pré-termo. Rev. bras. fisioter., São Carlos, v. 11, n. 4, p. 275-281, jul./ago. 2007