

Desenvolvimento de lactentes pré-termos – Série de casos**Development in pre-terms infants – Series of cases**

DOI:10.34119/bjhrv3n3-191

Recebimento dos originais: 15/04/2020

Aceitação para publicação: 15/05/2020

Mariana Jorqueira Gliorsi

Fisioterapeuta graduada pela Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Instituição: Universidade Presbiteriana Mackenzie

Endereço: Rua da Consolação, 930; São Paulo-SP

E-mail: marianajgliorsi@gmail.com

Gisela Rosa Franco Salerno

Doutora em Ginecologia pela Universidade Federal de Sao Paulo (EPM-UNIFESP)

Instituição: Universidade Presbiteriana Mackenzie

Endereço: Rua da Consolação, 930; São Paulo-SP

E-mail: gisela.franco@mackenzie.br

Marilia Rezende Callegari

Mestre em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Sao Paulo (EPM-UNIFESP)

Instituição: Universidade Presbiteriana Mackenzie

Endereço: Rua da Consolação, 930; São Paulo-SP

E-mail: marilia.callegari@mackenzie.br

Marcelo Fernandes

Doutor em Cardiologia pelo Programa de Cardiologia, Faculdade de Medicina da USP

Instituição: Universidade Presbiteriana Mackenzie

Endereço: Rua da Consolação, 930; São Paulo-SP

Email: marcelo.fernandes@mackenzie.br

Ligia Maria da Costa Canellas Tropiano

Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento pela Universidade Presbiteriana Mackenzie

Instituição: Universidade Presbiteriana Mackenzie

Endereço: Rua da Consolação, 930; São Paulo-SP

E-mail: ligia.tropiano@mackenzie.br

Silvana Maria Blascovi de Assis

Doutora em Educação Física pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)

Instituição: Universidade Presbiteriana Mackenzie

Endereço: Rua da Consolação, 930; São Paulo-SP

E-mail: silvanam.assis@mackenzie.br

RESUMO

Introdução: A prematuridade é considerada uma das principais causas da morbimortalidade neonatal, sendo prematuro todo bebê nascido antes de completar 37 semanas gestacionais. Sabe-se que a prematuridade, o tempo de internação e as comorbidades neonatais refletem no desenvolvimento motor e psicossocial infantil. Objetivo: Descrever aspectos do desenvolvimento motor e socioemocional de lactentes que tiveram nascimento prematuro, entre 27 e 35 semanas. Método: Estudo série de casos, realizado com quatro lactentes (dois meninos e duas meninas) entre 06 e 20 meses de idade cronológica. O protocolo foi dividido em duas fases: Fase 1- entrevista inicial e avaliação dos lactentes por meio da *Escala Motora Infantil de Alberta* e o questionário ASQ-SE (*Social-Emotional*); Fase 2- Cálculo da idade corrigida e análise dos dados realizada de modo descritivo. Resultados: Não foram encontrados escores que indiquem alterações no desenvolvimento motor e no comportamento que justifiquem o encaminhamento para profissionais especializados dos lactentes avaliados. As escalas foram utilizadas em sua versão original, em inglês, seguindo os manuais normativos. Conclusão: Apesar de não encontrado resultados com grandes diferenças entre o desenvolvimento de lactentes pré-termos e termos, o acompanhamento multiprofissional tanto dos lactentes quanto das mães, é de extrema importância para rastreio de possíveis adversidades durante a vida. Além disso, estudos ainda precisam ser realizados para complementação das avaliações e melhor compreensão dos questionários, para que seja possível o rastreio precoce de possíveis atrasos no desenvolvimento infantil.

Palavras-chave: Lactente, Prematuro, Crescimento e Desenvolvimento, Comportamento.

ABSTRACT

Introduction: Prematurity is considered one of the main causes of neonatal morbidity and mortality, being premature any baby born before completing 37 gestational weeks. Prematurity, length of stay, and neonatal comorbidities are known to reflect on children's motor and psychosocial development. Objective: To describe aspects of motor and socio-emotional development of infants who had a premature birth, between 27 and 35 weeks. Method: Case series study, conducted with four infants (two boys and two girls) between 06 and 20 months of chronological age. The protocol was divided into two stages: Stage 1- initial interview and assessment of infants through the Alberta Infant Motor Scale and the ASQ-SE (Social-Emotional) questionnaire; Stage 2- Corrected age calculation and data analysis performed descriptively. Results: No scores were found to indicate changes in motor development and behavior that warrant referral to specialized professionals of the evaluated infants. The scales were used in their original version, in English, following the normative manuals. Conclusion: Although no results with large differences between the development of preterm and term infants were found, multiprofessional follow-up of both infants and mothers is extremely important for screening for possible life-long adversity. In addition, studies still need to be performed to complement the assessments and better understand the questionnaires so that early screening for possible delays in child development is possible.

Keywords: Premature, Infant, Growth and Development, Behavior.

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a incidência de nascimentos prematuros cresceu consideravelmente. A melhora no suporte assistencial oferecido às gestantes e a grande evolução tecnológica nos suportes utilizados nas unidades de terapia intensiva neonatais (UTIn) aumentaram as possibilidades de sobrevivência desses bebês. A prematuridade é considerada uma das principais causas da morbimortalidade neonatal, e representa cerca de 60% a 70% da mortalidade infantil.¹

Estima-se que 15 milhões de prematuros nascem por ano. No Brasil, a estimativa de parto prematuro, infelizmente, está entre as maiores do mundo. Os recém-nascidos prematuros são aqueles nascidos antes de completarem 36 semanas de gestação e 6/7, os prematuros extremos são os nascidos com menos de 28 semanas, muito prematuro com 28 a 32 semanas e prematuro moderado a tardio apresentando gestação de 32 a 36 e 6/7 semanas.² Além dessa característica, a classificação do peso ao nascimento é um fator diretamente ligado a prematuridade.

Apesar do grande enfoque dentro das unidades de terapia intensivas neonatais, a preocupação com repercussões tardias mostra que a mortalidade pode não ser evitada, mesmo com muitas tecnologias dentro dessas unidades. As causas que levam a internação são multifatoriais, sendo malformações congênitas, problemas no sistema respiratório, além de intercorrências na maturação de órgãos.

Sendo assim, o acompanhamento dos recém-nascidos pré-terms durante um período, ou seja, um acompanhamento do tipo *follow-up* ajuda a proporcionar aos profissionais e pais a avaliação e percepção de como será realizada a terapia, alcançando assim alcançar boa qualidade de vida e independência funcional deste bebê.

Crianças prematuras são mais susceptíveis a prejuízos no desenvolvimento nas áreas motoras, de comportamento e desempenho escolar em longo prazo quando comparadas a crianças nascidas a termo. As repercussões diretas e indiretas ligadas à prematuridade podem deixar prejuízos que comprometem o futuro desenvolvimento da criança. Estudos afirmam que cerca de 30% das crianças prematuras desenvolvem-se com graves danos motores e são diagnosticadas com frequência como paralisados cerebrais.¹

Desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) da criança integra áreas neurológicas, mentais e motoras. Todavia, este desenvolvimento em crianças prematuras poderá ser visualizado tardiamente devido a diferença da idade gestacional que esses recém-nascidos apresentam; e é na reabilitação deste prematuro com a estimulação motora, mesmo que

precoce, que o fisioterapeuta atua, visando amenizar sequelas e/ou adaptar este bebê ao mundo.

A gravidade dos distúrbios motores necessita ser avaliada precocemente, pois assim a intervenção trará resultados reconhecidos como típico ou atípico do desenvolvimento neonatal. É por meio de uma avaliação motora confiável que teremos a quantificação de possíveis déficits do desenvolvimento. Para isso, a utilização de escalas motoras como PEDI (*Pediatric Evaluation of Disability Inventory*), TIMP (*Test Infant Motor Performance*), GMA (*General Movement Assessment*), AIMS (*Alberta Infant Motor Scale*) e BSID (*Bayley Scales of Infant Development*), são indicativas para um prognóstico confiável.³

Um questionário apropriado para observar o desenvolvimento dessa criança em quesito geral, não só motor, também expõe real importância para que sejam descartados diferentes distúrbios como o autismo. Para tal, a literatura traz o grupo de questionários, “*Ages & Stages Questionnaires (ASQ-SE)*”, que foi desenvolvido e validado como um instrumento de triagem do desenvolvimento e é um instrumento confiável e preciso para identificar crianças com atraso e que devem receber avaliação em maior profundidade.

O ASQ-SE realça quesitos em relação à comunicação, coordenação motora ampla, coordenação motora fina, resolução de problemas e pessoal/social, podendo ser usado de seis a 60 meses.⁴ O questionário é disponibilizado em sua versão brasileira no site RioEduca, vinculado à Prefeitura do Rio de Janeiro <<http://rioeducainfancia.blogspot.com/2011/10/questionarios-asq-3.html>>. A versão original, em inglês está disponibilizada no site ASQstudy <<https://pages.uoregon.edu/asqstudy/asqse/pdf/18.pdf>>.

Existem no Brasil poucos grupos multidisciplinares de acompanhamento de crianças prematuras chamados de Grupos de *follow-up* que se propõe a estimular e acompanhar os bebês e sua família. Pela escassez desses grupos de acompanhamento, pesquisas nessa área também são escassas. Sendo assim, o objetivo principal do presente estudo foi descrever aspectos do desenvolvimento motor e socioemocional de lactentes que tiveram nascimento prematuro.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo série de casos, o qual, de acordo com a literatura, é caracterizado por compreender entre 03 a 10 casos estudados. É um tipo de estudo

observacional que analisa os objetivos da pesquisa para posterior avaliação e estabilização de um desfecho similar, ou não, entre os participantes de pesquisa.⁵

Participaram quatro lactentes, de ambos os sexos, sendo dois meninos e duas meninas, entre 06 e 20 meses de idade cronológica, cujos pais autorizaram a participação no estudo mediante assinatura do TCLE.

Foram critérios de inclusão ter nascidos com idade gestacional abaixo de 37 semanas e ter acompanhamento de um serviço de fisioterapia posteriormente à alta hospitalar, sem estar, no momento do estudo, vinculado a um programa de *follow-up*. Os critérios de não inclusão foram bebês que apresentassem contraindicações médicas de qualquer natureza para avaliação pelo fisioterapeuta ou qualquer outra situação de risco para o lactente.

2.1 PROCEDIMENTOS E INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

A seleção dos participantes ocorreu por meio de convite por rede social formada por um grupo de mães de bebês prematuros. Esse grupo reúne familiares que trocam suas experiências em prol de informações sobre o desenvolvimento e acompanhamento de seus filhos. O grupo é composto por aproximadamente 20 mães.

Manifestaram interesse na participação quatro dessas mães que a partir de então, foram agendadas entrevistas domiciliares para esclarecimentos e avaliação das crianças. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Presbiteriana Mackenzie sob número CAAE: 98126718.3.0000.0084 e parecer: 3.356.689.

O estudo desenvolveu-se em duas fases: Fase 1: Entrevista inicial e avaliação dos lactentes e Fase 2: Cálculo de idade corrigida e análise de dados.

2.2 FASE 1

Foi aplicado um questionário de identificação para coleta de alguns dados, como idade materna, idade gestacional, peso ao nascimento, Apgar, internações e intercorrências neonatais, tipo de parto, aleitamento materno e outras informações consideradas relevantes pelas entrevistadas.

Em seguida, a criança foi submetida a dois instrumentos para a avaliação do desenvolvimento motor por meio da escala Alberta e avaliação de aspectos socioemocionais pelo *Ages & Stages Questionnaires-SE (ASQ-SE)*, para avaliação respectiva do desenvolvimento motor (pontuação pela Escala Alberta) e aspectos socioemocionais (pontuação pelo ASQ).

A *Escala Motora Infantil Alberta* é caracterizada por ser observacional, o que faz com que não seja necessário o manuseio desses prematuros. Ela é constituída de 58 níveis, sendo dividida em quatro posturas: prono (21 itens), supino (09 itens), sedestação (12 itens) e em ortostatismo (16 itens), nas quais avalia-se a criança levando em consideração os movimentos antigravitacionais, postura e superfícies do corpo que sustenta o peso. A escala é apresentada em formato horizontal e seu nível de dificuldade em ordem crescente.⁶

A escala possui pontuação para cada postura, equivalente a 1 ponto por item que a criança realiza com sucesso. Quando um item não é observado por conta da maturação da criança, ou seja, ela apresenta-se em níveis acima, todos os itens anteriores devem ser computados. Ao finalizar, realiza-se a soma da pontuação dos itens em cada uma das posturas, sendo que quanto maior a pontuação final, melhor o desenvolvimento motor desta criança.⁶ O escore bruto é obtido a partir da soma do escore em cada uma das subescalas (postura prona, supina, sentada e em pé) e é convertido em um percentil. Estes percentis são agrupados em categorias de desenvolvimento motor: Abaixo de 5%, considera-se que a criança tem desempenho motor anormal; entre 5% e 25%, desempenho motor suspeito; e acima de 25%, desempenho motor normal.⁷

O ASQ-SE (*Social-Emotional*) foi desenvolvido em 1995, com o intuito de despistar problemas de desenvolvimento e monitorização do mesmo em cinco áreas: pessoal-social, comunicação, motricidade grossa, motricidade fina e resolução de problemas. Indicado para crianças de até 5 anos, o ASQ-SE possui 8 versões, com intervalos entre 6, 12, 18, 24, 36, 30, 48 e 60 meses. Assim, avalia sete áreas de desenvolvimento social e emocional: autorregulação (capacidade de se acalmar ou ajustar a condições/estímulos ambientais ou fisiológicos), conformidades (capacidade de se conformar com as ordens dos outros e seguir regras), comunicação (capacidade de responder ou iniciar sinais verbais/não verbais para identificar sentimentos, afetos ou estado interno), funcionamento adaptado (capacidade de lidar com necessidades fisiológicas), autonomia (capacidade de tomar iniciativa ou reagir sem instruções), afeto (capacidade de mostrar seus próprios sentimentos e empatia pelos outros) e interação pelos outros (capacidade para responder ou iniciar respostas sociais aos pais, outros adultos); e ainda uma oitava parte que corresponde a perguntas abertas sobre preocupações apresentadas pelos cuidadores.⁸

2.3 FASE 2

A análise de dados foi feita a partir do cálculo da idade corrigida (IC), que é a idade pós-natal, menos o número de semanas que faltou entre o nascimento prematuro e o referencial de 40 semanas.⁹ Para o acompanhamento de crianças prematuras (<37semanas IG) por meio das curvas padrão a idade cronológica deve ser corrigida até que completem 2 anos de idade. Exemplo: recém-nascido com 32 semanas IG, a IC= 40-32=8 semanas (2 meses), assim os dados de avaliação aos 2 meses serão registrados na idade do nascimento = ponto zero da curva.¹⁰

A pontuação da Escala Alberta foi calculada a partir da soma dos itens atingidos pela criança avaliada como observado e não observado, todos valendo um ponto, e os dados foram colocados em gráfico considerando-se a idade corrigida.³

Já o ASQ-SE é feito com base nas respostas obtidas, sendo elas: quase sempre, às vezes e raramente/nunca. Ao responder alguma questão como preocupante, deve-se contabilizar cinco pontos ao final da pontuação total. Uma pontuação alta pode significar que existem problemas, enquanto uma pontuação mais baixa significa que o comportamento da criança é esperado para a idade.⁸

3 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados individualmente, com descrição pormenorizada dos casos avaliados. Cada participante recebeu um código de denominação como P1, P2, P3, P4 e P5. Inicialmente a caracterização da série de casos estudada pode ser observada no quadro 1.

Tabela 1: Caracterização dos participantes

	Sexo	Idade Gestacional ao nascimento	Idade cronológica na avaliação	Idade corrigida na avaliação	Apgar	Peso ao nascimento	Tipo de parto	Idade materna ao
P1	M	32 semanas e 3 dias	1 ano e 8 meses	1 ano e 6 meses	8 e 9	1260kg	cesárea	28 anos
P2	F	27 semanas	1 ano e 7 meses	1 ano e 4 meses	*	940g	cesárea	31 anos
P3	F	32 semanas	1 ano e 8 meses	1 ano e 6 meses	**	1550kg	cesárea	30 anos
P4	M	35 semanas	1 ano e 4 meses	1 ano e 3 meses	9	3.10kg	cesárea	38 anos

* criança necessitou de ventilação imediata após nascimento e dado não foi coletado

** dados não informados pela mãe

3.1 DESCRIÇÃO DOS CASOS

3.1.1 Caso P1 – M.A.C.

A mãe (P.C.A.C.), 28 anos, 1ª gestação, foi a pessoa entrevistada e realizou pré-natal em hospital particular no estado de São Paulo. Fez acompanhamento até 32 semanas de gestação, quando foi descoberto que precisaria realizar um parto de urgência.

“Tive uma gestação tranquila até a 30ª semana, quando completei 31 fiz um ultrassom a pedido do médico e então descobrimos que a minha placenta estava com um amadurecimento precoce e por isso o bebê estava com restrições de crescimento. Após dois dias do exame, meu médico me disse que eu tinha pressão alta e, assim, iniciaria o tratamento medicamentoso imediato com doses de corticoide.

Após 24 horas de uso do medicamento, me senti inchada, mas não tinha dores ou qualquer outro sintoma. Em dois dias, eu estava passando mal, com fortes dores e com desconfortos respiratórios (falta de ar), e decidi que iria retornar ao médico. Foi então que ele me disse do diagnóstico de pré-eclampsia e início de Síndrome de Hellp e minha placenta estava muito maturada, deixando o bebê com dificuldade de receber oxigênio.

Meu bebê nasceu em um parto cesárea, com 32 semanas e 3 dias, com um Apgar de 8 e 9, pesando 1260kg. Após o nascimento, ele ficou internado por 51 dias na UTI cumprindo o protocolo respiratório do hospital. Ele também nasceu com uma hérnia inguinal, que precisou ser removida. Antes da cirurgia meu bebê necessitou da realização de uma transfusão sanguínea, pois apresentava número de hemoglobina abaixo do esperado.

Consegui amamentar o M. até os 4 meses de idade exclusivamente em leite materno, o que me deixou muito mais próxima dele, e não precisei da introdução de fórmula complementar”.

A Síndrome de Hellp referida pela mãe é caracterizada por hemólise, enzimas hepáticas elevadas e baixa contagem de plaquetas (COELHO et al., 2009). Atualmente P1 encontra-se com 18 meses, não participa de nenhum programa de follow-up e é acompanhado apenas pelo pediatra a cada 4 meses. O acompanhamento terapêutico ocorreu até a saída do hospital, e após alta o bebê não precisou de acompanhamento com especialistas.

A avaliação pela escala Alberta trouxe dados referentes ao desenvolvimento motor. Observou-se a pontuação de 58 pontos no AIMS Score, sendo esta a pontuação máxima da escala, indicando que a criança atingiu todos os marcos motores avaliados pelo instrumento e, portanto, possui desempenho motor típico. Já no escore do questionário ASQ-SE (original), apresentou pontuação de 30. O Cutoff Score (nota de corte) para o intervalo de 18 meses é 50, sendo que escores mais baixos indicam aspectos positivos para o que se espera da criança na faixa etária avaliada e escores mais altos indicam que uma avaliação na área de saúde mental por profissional especializado pode ser necessária. Desta forma, P1 mostrou bom nível de desenvolvimento socioemocional.

3.1.2 Caso P2 – A.J.

A mãe (A.C.R.T.), 31 anos, 1ª gestação, foi a pessoa entrevistada e, realizou pré-natal em hospital particular no estado de São Paulo. Fez acompanhamento até sua 27 semana de gestação, quando precisou realizar um parto de urgência.

“Tive uma ruim comunicação do meu médico, ele não me avisou que eu estava com picos de pressão alta. Eu sentia dores de cabeça constantemente durante a gestação, mas achei que eram apenas crises de enxaquecas, coisa que eu sempre tive mesmo antes de ficar grávida. Até que um dia eu tive uma dor de cabeça muito forte seguida de hemorragia e foi então que eu corri até o hospital. Precisei

fazer um parto às pressas pois me diagnosticaram com pré-eclampsia e ainda apresentei deslocamento placentário, a bebê estava entrando em sofrimento fetal e os batimentos do coração estavam fraquinhos.

A A.J. nasceu de um parto cesárea, com 27 semanas, sem valor de Apgar pois ela nasceu e foi imposta a respiração artificial imediatamente, pesando 940 gramas. Após o nascimento, ela precisou ficar três meses internada, sendo que em dois estava intubada na ventilação mecânica. Durante este período, apresentou complicações como: hemorragia craniana grau 1, quatro transfusões sanguíneas e broncodisplasia.

Consegui amamentar minha filha com leite materno exclusivo até um ano de idade, mesmo estando na UTI, e depois a pediatra pediu para incluir a suplementação com a fórmula.

Após saída de UTI, até completar um ano de idade, ela realizou consultas periódicas com cardiopata para acompanhar o fechamento de um forame e fez exames do crânio, por ter apresentado hemorragia craniana.

Hoje, com 1 ano e 7 meses de idade cronológica, ainda realizamos acompanhamento médico, com neonatologista, pois, pelo longo tempo de internação, ainda tenho algumas preocupações em relação ao desenvolvimento da A.J. A bebê também realiza acompanhamento com especialista em hemangioma uma vez ao ano, oftalmologista a cada 6 meses, odontopediatra uma vez ao ano e teve alta da fisioterapia após completar um ano”.

A avaliação pela escala Alberta trouxe dados referentes ao desenvolvimento motor. Observou-se a pontuação de 56 pontos no AIMS Score, levando a um percentil abaixo da curva apresentada pela escala. Já no escore do questionário ASQ-SE, cuja nota de corte para o intervalo de 18 meses é 50, P2 apresentou escore de 30 pontos. Desta forma, P2 foi bem avaliado nos aspectos socioemocionais.

3.1.3 Caso P3 – O. N. Q.

A mãe (L.Q.), 30 anos, 1ª gestação, foi a pessoa entrevistada e, realizou pré-natal em hospital particular no estado de São Paulo. Fez acompanhamento até sua 32 semana de gestação, quando foi precisou realizar um parto de urgência.

“Fiz todos os exames e tive uma gestação muito tranquila, sem incidência de possíveis complicações durante a gestação. Não apresentei problema algum e meu médico também descartava um parto prematuro por conta da minha boa saúde, fiz muita Yoga, não sentia dores.

Minha filha nasceu de 32 semanas, de parto cesárea e às pressas, pois minha bolsa amniótica se rompeu, provavelmente por conta da agitação do chá de bebê, não tivemos uma causa específica. Não me lembro do valor Apgar dela, mas nasceu pesando 1550kg. Após o nascimento, a bebê ficou internada por 59 dias tratando do protocolo respiratório, pois o pulmão demorou um pouco mais pra se desenvolver e também porque nasceu com uma hérnia inguinal e precisou fazer uma cirurgia para retirar.

Amamentei a O. até o sétimo mês de vida dela, e depois tive que começar a introduzir a fórmula para suplementação.

Em relação ao acompanhamento médico dela, realizava consultas com o pediatra mensalmente até completar um ano de idade. Hoje, com 1 ano e 8 meses de idade cronológica vamos ao pediatra apenas de seis em seis meses, a pedido do médico dela. Mas ela está super bem, quase nunca fica doente e é super agitada. Nem parece que nasceu tão prematura”.

A avaliação pela escala Alberta trouxe dados referentes ao desenvolvimento motor. Observou-se a pontuação de 58 pontos no AIMS Score, levando ao percentil de mais de 25%, indicando que a criança possui desempenho motor normal. Já no escore do questionário ASQ-SE, cuja nota de corte para o intervalo de 18 meses é 50, P3 pontuou total de 35 pontos. Desta forma, P3 mostrou bons resultados nos aspectos socioemocionais.

3.1.4 Caso 4 – P.I.G.R.

A mãe (C.G.R.), 38 anos, 2ª gestação, sendo um parto normal e um prematuro, foi a pessoa entrevistada, realizou pré-natal em consultas particulares no estado de São Paulo. Seguiu a gestação desde o início com muita cautela até a 35ª semana.

“Eu decidi fazer uma fertilização in vitro após não conseguir engravidar, durante dois anos, depois da minha primeira filha e por sorte, deu certo. Minha gestação desde o início foi de alto risco, meu médico me avisou que eu poderia ter um parto prematuro pois eu tive Síndrome de Hiperestimulação Ovariana (SHO), resposta excessiva de medicamentos que são usados para crescimento de óvulos, e com 11 sangramentos durante o período que estive grávida. E por todos esses motivos tive que fazer bastante repouso, aconselhada pelo médico. Na minha primeira gestação também tive sangramento, mas apenas no primeiro mês. Fazia questão de acompanhar a gestação certinho nos pré-natais, e no final ainda ia semanalmente ou até de quinze em quinze dias até meu médico.

Meu bebê nasceu de um parto cesariano, com 35 semanas de gestação, com Apgar de 9, pesando 3.100kg. Após o nascimento, ele ficou internado só por 4 dias, e teve alta do hospital junto comigo, e não precisou ficar na UTI.

Consegui amamentar desde a maternidade até um ano e seis meses, mas no início precisei dar a fórmula para complementação por que não tinha muita produtividade de leite.”

Na avaliação para esse projeto o bebê estava com 1 ano e 2 meses de idade corrigida. Observou-se a pontuação de 58 pontos no AIMS Score, levando ao percentil de mais de 25%, indicando que a criança possui desempenho motor normal. Já no escore do questionário ASQ-SE, cuja nota de corte para o intervalo de 18 meses é 50, P4 apresentou escore de 45 pontos. Embora P4 tenha apresentado pontuação mais alta entre os quatro lactentes avaliados, encontra-se abaixo da nota de corte indicando bom desempenho no campo socioemocional.

As Figuras representando os resultados obtidos na Escala Motora Infantil Alberta (Figura 1) e no questionário ASQ-SE (Figura 2) encontram-se a seguir:

Figura 1 – Escala Motora Infantil Alberta

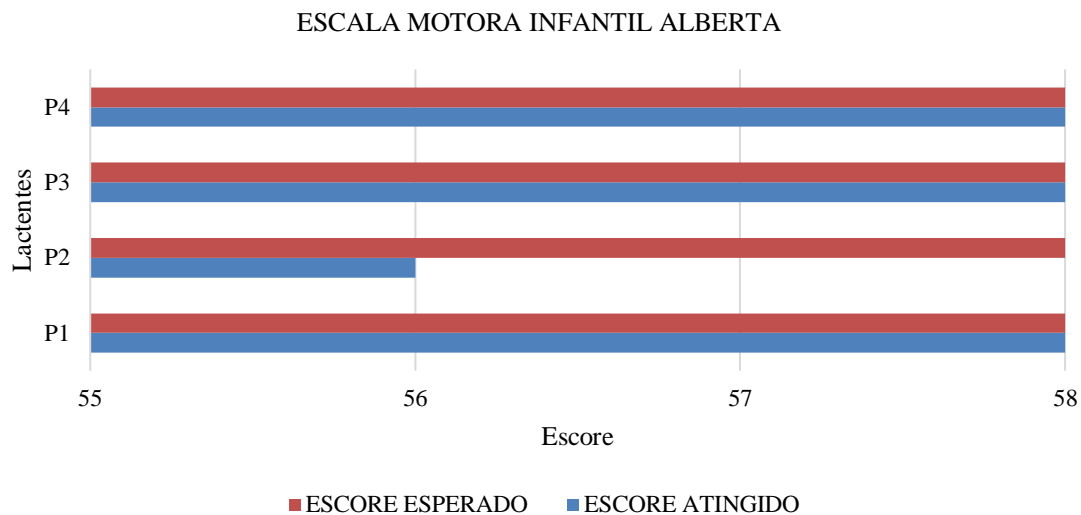
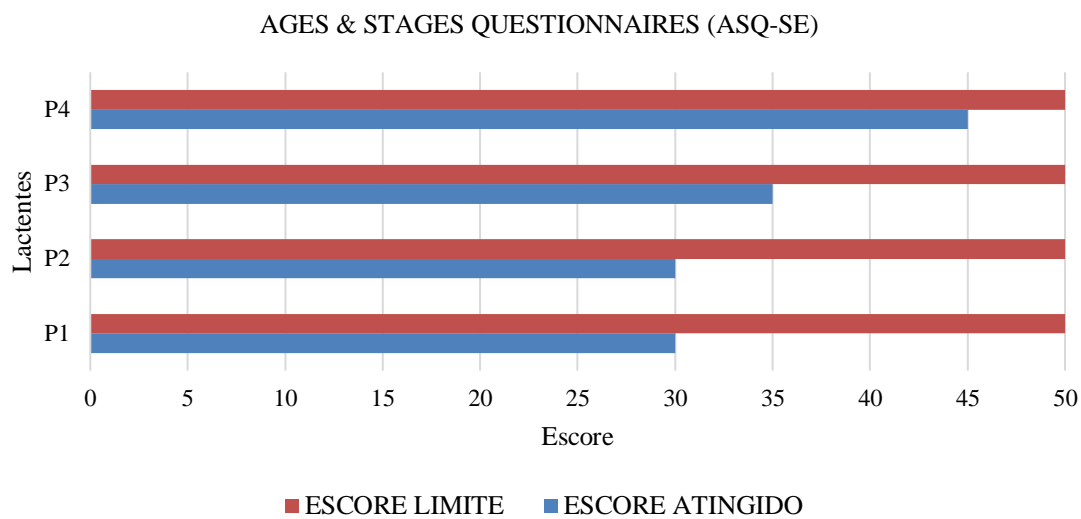


Figura 2 – Questionário ASQ-SE



4 DISCUSSÃO

A assistência pré-natal tem merecido atenção integral quanto à saúde materno-infantil, principalmente quando há a necessidade de rastreamento de gestação de alto risco. A gestação de alto risco é caracterizada por qualquer gravidez que implique num maior risco definido ou desfavorável à saúde da mãe e do feto, incluindo distúrbios obstétricos, como complicações no trabalho de parto, além de doenças clínicas maternas e alterações fetais.¹²

Neste estudo, podemos observar que todas as mães participantes apresentaram alguma complicação ou fator de risco como hipertensão, fertilização *in vitro* e maturação placentária precoce, pontos esses que podem ser indícios para a presença da prematuridade. E apesar de não apresentarem idade muito avançada (28, 30, 31 e 38), a idade materna também seria um risco para a gestação prematura, pois, é nessa idade (a partir de 32 anos), que as mulheres passam por modificações fisiológicas que podem estar associadas a alterações patológicas, favorecendo a diminuição da fertilidade, dificuldades no trabalho de parto e durante o mesmo, aumentando o risco para abortos, hemorragias e o desenvolvimento de doenças genéticas e crônicas, como a síndrome hipertensiva específica da gravidez e a eclampsia, tais características foram apresentadas pelas mães citadas acima.¹³

A ideia da prematuridade gera nas mães a constante preocupação no desenvolvimento geral do bebê, preocupação está com o tempo que o bebê vai engatinhar, se irá andar, comer ou falar no mesmo tempo que crianças consideradas termo. E apesar de grandiosos, esses são fatores que podem se passar despercebidos quando a criança é bem estimulada e tem devida atenção. Para isso, a utilização de escalas para acompanhamento do desenvolvimento

é de extrema importância para quantificar e qualificar o mesmo. Os resultados obtidos nestas escalas podem indicar comportamentos e possíveis indícios que, porventura, precisam de intervenção ou não.⁹

Os lactentes avaliados apresentaram escores dentro dos padrões esperados em quase todas as avaliações realizadas.

A avaliação motora pela escala Alberta deve ser analisada considerando-se o contexto de desenvolvimento da criança, devendo haver bom senso do avaliador para diagnosticar, do ponto de vista motor, atraso no desenvolvimento. Apenas P2 apresentou escore de 56 pontos, o que, nesta etapa de vida (18 meses) a coloca abaixo do percentil 5, indicando que a pontuação não foi a esperada para a idade. Todavia, a criança, de modo geral, encontrava-se bem no seu contexto de desenvolvimento, sem nenhuma outra queixa da mãe sobre percepções de atraso nas aquisições motoras. Por não ter ainda adquirido a marcha, P2 pontuou abaixo do esperado, porém este dado isolado não deve ser passado à família como alerta de atraso. Orientações podem ser sugeridas para que a criança adquira a marcha em pouco tempo. A visão ecológica do desenvolvimento preconiza que o contexto familiar, escolar, social da criança deve ser considerado para compreender seu desenvolvimento e sua relação com o mundo.¹⁴

No contexto de P2, deve-se considerar que a bebê teve um tempo gestacional menor, além do grande tempo de internação e de problemas respiratórios subsequentes ao nascimento.

Um estudo feito por Manacero, em 2005, mostrou que não há influência ou diferença significativa do peso ao nascimento ou da idade gestacional na aquisição dos padrões motores avaliados pela escala AIMS, deixando claro que a mesma é confiável para esta população.

A avaliação dos aspectos socioemocionais pelo instrumento ASQ-SE trouxe aos pesquisadores envolvidos no presente estudo um importante sinal de alerta. Inicialmente foi utilizada a versão brasileira do instrumento, disponibilizada no site RioEduca. Ao ser aplicada esta versão, observou-se, na primeira pontuação dos questionários, que todos os lactentes avaliados sinalizavam, por meio de escores elevados, necessidade de atenção e encaminhamento para avaliação em saúde mental. Todavia, após muita leitura e releitura dos dados, ficou evidenciado que algumas questões abordadas pelo instrumento pontuavam, aumentando os escores, quando representavam aspectos positivos. Por exemplo: No item 23: “A criança se machuca de propósito?” o código de identificação para “na maioria das

vezes” era “z”, o que pontuava zero, enquanto que a resposta “raramente ou nunca”, pontuava com o código “x”, aumentando em dez pontos o escore total. Vale ressaltar que todo o instrumento é pontuado de acordo com os códigos z=0; v=5 e x=10, sendo que, quanto maior a pontuação, maior a preocupação sobre o comportamento.

Diante deste achado, a versão em inglês foi consultada e observou-se que os códigos se encontravam dispostos de forma diferenciada nas questões. Este fato foi decisivo para que, no presente estudo, fosse feita a opção pelo uso do instrumento original, desconsiderando-se os escores obtidos por intermédio da versão em português, para o uso dos escores da versão em inglês do instrumento. Com o uso do original, obteve-se resultado coerente com as respostas esperadas para a idade e os quatro lactentes mostraram-se adequados para o intervalo de 18 meses na avaliação socioemocional.

Todavia, para certificação e compreensão da versão disponibilizada, será realizado contato com os responsáveis pela veiculação do instrumento para que o cálculo dos escores sejam revisados e que a versão brasileira possa ser melhor utilizada e compreendida.

É de fundamental importância que sejam considerados os riscos de desenvolvimento psicomotor nos bebês pré-termos, logo que na permanência na Unidade de Terapia e pós alta hospitalar, para que os pais e/ou responsáveis identifiquem e sejam orientados a uma rede de apoio institucional. Espera-se que assim, as famílias tenham suporte integral ao bebê para que possam promover seu desenvolvimento e protegê-lo dos riscos da prematuridade.¹⁵

Diversos são os fatores que implicam no desenvolvimento dos prematuros, e eles se apresentam de maneira lenta e progressiva na maioria das vezes, levando tempo para identificação de déficits e conseqüentemente demora a resolução dos mesmos. Mesmo assim, a primeira percepção de alteração está ligada ao neurodesenvolvimento.¹⁶

O acompanhamento fisioterapêutico passa a ser de extrema importância para a constante evolução e aprendizado desses bebês, desde as pequenas tarefas até tarefas mais importantes. Mesmo durante a permanência no hospital, como na primeira infância, a fisioterapia age na prevenção de maiores riscos que o tempo de internação pode causar, influenciando na evolução de ganho motor e na interação socioemocional. Em relação ao tempo de acompanhamento, a fisioterapia irá priorizar o tempo do bebê. Cada um tem sua necessidade e especificidade e é dever do profissional respeitar e definir objetivos a curto, médio e a longo prazo para que o bebê se empodere e se desenvolva da melhor maneira.

5 CONCLUSÃO

Os bebês prematuros são seres frágeis que precisam de constantes cuidados, sendo eles individualizados e com finalidades certas. É considerável e indispensável o acompanhamento destes durante a infância para melhor desenvolvimento durante toda sua vida.

No presente estudo observamos que alguns aspectos apresentados pelas mães influenciam no nascimento prematuro, como as doenças citadas. Tal evidência mostra a necessidade de acompanhamentos pré-natais mais específicos e direcionados a cada mãe, em atendimentos individualizados e também durante promoção de saúde pelos órgãos governamentais.

Ademais, observamos que dentre as crianças investigadas, todas se apresentaram adequadas aos marcos de desenvolvimento motor para a idade, mesmo sendo consideradas prematuras. Além disso, não ocorreu grandes alterações nas avaliações, mostrando que quando são estimuladas precocemente, os bebês pré-termos apresentam resultados semelhantes aos resultados de crianças nascidas termo.

Entretanto, estudos ainda precisam ser realizados para complementação dos questionários e melhor compreensão das avaliações, para que seja possível o rastreio precoce de possíveis atrasos de desenvolvimento infantil.

Tais resultados reforçam a necessidade de acompanhamento multidisciplinar tanto para a mãe quanto para o bebê no período gestacional e durante a primeira infância, onde profissionais buscarão melhores evidências para acompanhamento e estimulação dos lactentes, visando os riscos e também o desenvolvimento dos mesmos.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a todos os participantes e colaboradores que dedicaram seu tempo em responder nossa pesquisa.

REFERÊNCIAS

Moreira, Rafaela S., Lívia C. Magalhães and Claudia RL Alves. "Effect of Preterm Birth on Motor Development, Behavior, And School Performance of School-Age Children: A Systematic Review." *Jornal De Pediatria*. 2014; 90(2):119-134.

2.WHO. World Health Organization. PRETERM Birth. Disponível Em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>>. Acesso Em: 13 Mar. 2018.

Santos, Letícia Rocha, Et Al. "Avaliação Do Desenvolvimento Neuropsicomotor Por Meio Da Escala Motora Infantil Alberta E A Sua Importância Na Intervenção Precoce." *Revista Pesquisa E Ação*. 2017; 3(2):36-45.

Tavares, Luis Filipe FA, Daniel C. Mograbi, And Jesus Landeira-Fernandez. "Análise De Itens Da Versão Brasileira Do Ages And Stages Questionnaires Para Creches Públicas Da Cidade Do Rio De Janeiro." *Revista Psicopedagogia*. 2015; 32(99):314-325.

De Sousa Oliveira, Caroline, et al. "Perfil De Recém-Nascidos Pré-Termo Internados Na Unidade De Terapia Intensiva De Hospital De Alta Complexidade." *ABCS Health Sciences*, 2015; 40(1).

Manacero, Sônia. "Desempenho Motor De Prematuros Durante O Primeiro Ano De Vida Na Escala Motora Infantil De Alberta (AIMS)." 2005.

Saccani, Raquel and Nadia Cristina Valentini. "Reference Curves for The Brazilian Alberta Infant Motor Scale: Percentiles for Clinical Description and Follow-Up Over Time." *Jornal De Pediatria: Rio De Janeiro*. 2012; 88(1):40-47.

Squires, Jane, Et Al. "Identification of Social-Emotional Problems in Young Children Using A Parent-Completed Screening Measure." *Early Childhood Research Quarterly*. 2001; 16(4):405-419.

Rodrigues, Olga Maria Piazzentin Rolim. "Escalas De Desenvolvimento Infantil E O Uso Com Bebês." *Educar Em Revista*. 2012; 43: 81-100.

BRASIL. Caderno De Atenção À Saúde Da Criança: Primeiro Ano De Vida. Disponível Em: <[Http://Www.Saude.Pr.Gov.Br/Arquivos/File/Pdf4.Pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Pdf4.Pdf)> Acesso Em 02/12/2019.

Coelho, Bernardo Cardoso Pinto, Et Al. "Síndrome HELLP: Uma Breve Revisão." *Rev Med Minas Gerais*. 2009; 19(2):107-111.

Dalla Costa, Lediane, Et Al. "Perfil Epidemiológico De Gestantes De Alto Risco." *Cogitare Enfermagem*. 2016; 21(2).

Aldrighi, J. D., M. L. Wall, And S. R. R. K. Souza. "Experience of Pregnant Women at An Advanced Age." *Rev. Gaúcha Enferm* 2018; 39.

Bronfenbrenner, Urie. *Bioecologia Do Desenvolvimento Humano: Tornando Os Seres Humanos Mais Humanos*. Artmed Editora. 2011.

Custódio, Zaira Aparecida De Oliveira, Maria Aparecida Crepaldi, And Maria Beatriz Martins Linhares. "Redes Sociais De Apoio No Contexto Da Prematuridade: Perspectiva Do Modelo Bioecológico Do Desenvolvimento Humano." *Estudos De Psicologia (Campinas)* 31.2 (2014): 247-255.

GRAÇA, A. M. Definição Do Prognóstico Neurológico Da Prematuridade – Estado Da Arte. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 2014; 45(3): 211-226.