

HABILIDADES DO DESENVOLVIMENTO DE PREMATUROS

Development abilities in preterm

Dionísia Aparecida Cusin Lamônica ⁽¹⁾, Mirela Machado Picolini ⁽²⁾

RESUMO

Objetivo: verificar o desempenho de habilidades do desenvolvimento linguístico, cognitivo, motor, de autocuidados e socialização em crianças prematuras. **Métodos:** participaram 30 crianças nascidas prematuras, de ambos os sexos de seis a 24 meses. Os procedimentos de avaliação constaram de uma entrevista de anamnese e da aplicação do Inventário Portage Operacionalizado (IPO) (Williams & Aiello, 2001). As crianças foram divididas em dois grupos, conforme a faixa etária, para análise estatística dos dados, considerando as idades de seis a 11 meses e de 12 a 24 meses. A análise dos dados foi realizada por meio da aplicação do teste Manny-Whitney comparando os valores obtidos no grupo de crianças prematuras com escores previstos para crianças típicas. **Resultados:** os resultados indicam que a área mais defasada do grupo na faixa etária de seis a 12 meses foi à linguística e autocuidados e na faixa etária de 12 a 24 meses as áreas mais defasadas foram linguística, cognitiva e de autocuidados. **Conclusão:** ressalta-se a necessidade de um acompanhamento rigoroso de recém-nascidos prematuros, por meio do desenvolvimento de programas de acompanhamento e por uma equipe multidisciplinar para promover a detecção e intervenção precoce, minimizando assim o impacto de problemas no desenvolvimento global destas crianças.

DESCRITORES: Prematuro; Desenvolvimento da Linguagem; Cognição; Socialização; Desenvolvimento Infantil

■ INTRODUÇÃO

A World Health Organization ¹ define como recém-nascido pré-termo, ou prematuro aquele nascido com idade gestacional abaixo de 37 semanas e, como criança de baixo peso, toda aquela nascida viva com peso menor de 2.500 gramas no momento do nascimento. Os bebês prematuros estão sob maior risco para déficit de desenvolvimento e condições de incapacidade que os bebês nascidos a termo ²⁻⁷.

Embora grande parte dos recém-nascidos prematuros não desenvolva alterações neurológicas graves, estes estão mais propensos a apresentarem alterações e/ou desvios em suas aquisições e desenvolvimento nas áreas motora, linguística, cognitiva, podendo apresentar no futuro, distúrbios de

aprendizagem, déficits de atenção, problemas de comportamento, déficits na coordenação motora, percepção viso-espacial e dificuldades de linguagem ^{4,8,9}.

O prognóstico de desenvolvimento das crianças nascidas prematuras depende da complexa interação de fatores biológicos e ambientais atuantes no cérebro imaturo vulnerável destas crianças ¹⁰.

Nas crianças nascidas pré-termo, o atraso na aquisição da linguagem é uma das desordens descritas na literatura ¹¹⁻¹⁶. O distúrbio motor quando presente irá interferir na maturidade global da criança, em função da qualidade da exploração ambiental e das possibilidades interativas que norteiam o desenvolvimento dos processos de socialização, autocuidados, cognição e linguagem ^{9,17-19}.

Permeando a hipótese de que, a exposição a intercorrência da prematuridade possa levar a alterações do desenvolvimento, condição esta significativa nas fases iniciais do desenvolvimento, quando o cérebro está imaturo, tornando a criança vulnerável a eventos interferentes nos processos de aquisição de habilidades, este estudo foi delineado, com o objetivo de verificar o desempenho de

⁽¹⁾ Fonoaudióloga; Professora Associada Livre Docente do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, FOB-USP, Bauru, SP.

⁽²⁾ Fonoaudióloga; Aprimoranda do Programa de Fonoaudiologia Hospitalar pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, FUNDAP, FAMERP, São José do Rio Preto, SP.

Conflito de interesse: inexistente

habilidades do desenvolvimento linguístico, cognitivo, motor, de autocuidados e socialização em crianças prematuras.

■ MÉTODOS

Os critérios para a elegibilidade dos participantes foram: estar na faixa etária entre seis a 24 meses incompletos e apresentar idade gestacional inferior a 37 semanas, comprovado com documentação da maternidade.

Os procedimentos de avaliação constaram de:

Uma entrevista de anamnese respondido por um dos pais (representantes legais). O inventário de anamnese utilizado foi composto das seguintes categorias de informações: dados pessoais, informações sobre gravidez e nascimento, informações sobre a primeira infância, estágios de desenvolvimento e informações médicas.

Aplicação do Inventário Portage Operacionalizado (IPO) nas áreas de Linguagem, Cognição, Motora, Autocuidados e Socialização²⁰.

As avaliações iniciaram-se pela observação de itens relativos à faixa etária de cada criança, por exemplo, se a criança apresentava 1 ano e 4 meses, aplicava-se o protocolo referente à faixa de um a dois anos, para as cinco áreas avaliadas (linguagem, motora, autocuidados, socialização e cognição). À medida que se constatasse que o desempenho da criança estava insuficiente, retrocedia-se a faixa etária. O critério para o retrocesso à idade anterior era a apresentação de 15 erros consecutivos. À medida que se constatasse que o desempenho da criança estava suficiente, prosseguia-se na faixa etária superior, até quinze erros consecutivos. Desta forma, cada criança, de acordo com a expectativa do seu desenvolvimento, pode apresentar desempenho abaixo do esperado para sua idade cronológica, na média ou acima. Além do protocolo utilizaram-se materiais específicos para a avaliação compostos no IPO, materiais lúdicos e pedagógicos, organizados de acordo com a exigência do inventário²⁰. O inventário é organizado em atividades divididas por área e faixa etária, descrevendo como proceder para a observação dos comportamentos. Desta forma, como exemplo, o item 17 da área de linguagem na faixa etária de 12 a 24 meses: item 17. Aponta para três a cinco figuras de um livro quando nomeadas. Objeto: livros infantis, revistas ou "álbum" de recortes contendo ilustrações nítidas de objetos conhecidos pela criança (por exemplo,

gato, pássaro, cavalo, cachorro, homem, carro, casa, bola). Resposta: frente à pergunta "Cadê o (objeto)?" ou "Me mostre o", apontar adequadamente para três a cinco figuras nomeadas de um livro.

Ressalta-se que esta não é uma escala com objetivo de diagnóstico, mas sua importância está no acompanhamento dos indivíduos longitudinalmente.

Cada participante teve em média três sessões de avaliação, com aproximadamente sessenta minutos de duração. A avaliação contou sempre com a presença dos familiares (geralmente a mãe). Os resultados foram anotados em folhas de registro de cada área específica.

Participaram deste estudo 30 crianças nascidas prematuras, 66% do sexo masculino e 34% do feminino, com idade cronológica variando de seis a 24 meses incompletos. Destas, 34% (N= 10) na faixa etária de seis a 11 meses e 66% (N= 20) entre 12 a 23 meses. A idade gestacional dos participantes variou de 24 a 36 semanas (média de 32,6 semanas), o peso variou de 930 a 3.345 gramas (média de 1.980 gramas) e a estatura dos participantes ao nascimento variou de 22 a 50 centímetros (média de 42,2 centímetros).

Na Tabela 1 é apresentada a caracterização dos participantes (P) quanto ao sex (S), idade cronológica (IC), idade gestacional (IG) peso (Pe) e estatura (E) ao nascimento.

Quanto à audição, todos os participantes deste estudo, realizaram a triagem auditiva neonatal e, considerando a prematuridade como fator de risco, foram encaminhados para acompanhamento na Clínica de Fonoaudiologia da instituição que este estudo foi realizado.

Anteriormente à execução deste estudo o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – protocolo número nº. 15/2005. Ressalta-se que foram respeitados todos os princípios éticos conforme versa a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Serão apresentados os gráficos da pontuação individual para cada uma das áreas avaliadas (linguagem, cognição, motora, autocuidados e socialização). Para a análise estatística dos resultados, aplicou-se testes de Mann-Whitney, para as cinco áreas de domínio buscando comparar valores obtidos pelos participantes e os valores de referência para crianças consideradas com desenvolvimento típico. Foi adotado o nível de significância $p < 0,05$.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes

Participantes	S	IC	IG	Pe	E
P1	F	11m	36s	2.455g	46cm
P2	M	7m	29s	1.385g	40cm
P3	M	11m	32s	1.745g	44cm
P4	F	8m	35s	2.030g	44cm
P5	M	10m	35s	2.575g	46cm
P6	M	10m	35s	2.920g	46cm
P7	M	10m	32s	1.355g	40cm
P8	F	11m	32s	1.400g	38cm
P9	M	11m	32s	1.750g	40cm
P10	F	6m	27s	2.400g	47cm
P11	M	13m	35s	2.160g	44cm
P12	M	16m	34s	1.605g	42cm
P13	M	17m	28s	1.125g	35cm
P14	F	12m	34s	2.125g	43cm
P15	M	21m	29s	1.590g	42cm
P16	F	12m	34s	2.460g	46cm
P17	M	16m	24s	930g	22cm
P18	M	14m	36s	3.345g	50cm
P19	M	12m	33s	2.650g	45cm
P20	M	17m	36s	1.565g	40cm
P21	M	12m	29s	1.115g	30cm
P22	F	16m	35s	2.074g	47cm
P23	F	23m	35s	2.560g	45cm
P24	M	13m	32s	2.305g	48cm
P25	M	12m	35s	1.110g	44cm
P26	M	14m	32s	2.070g	42cm
P27	F	14m	36s	2.330g	44cm
P28	M	22m	31s	1.555g	40cm
P29	M	21m	33s	2.115g	42cm
P30	F	22m	32s	2.590g	45cm

■ RESULTADOS

A Figura 1 apresenta os valores individuais obtidos no IPO pelos participantes para a área de linguagem. A Tabela 2 apresenta a aplicação do Teste de Mann-Whitney na comparação entre os valores obtidos pelos participantes e valores de referência para crianças típicas em cada faixa etária avaliada.

A Figura 2 apresenta os valores individuais obtidos no IPO, pelos participantes para a área de cognição. A Tabela 3 apresenta a aplicação do Teste de Mann-Whitney na comparação entre os valores obtidos pelos participantes e valores de referência para crianças típicas em cada faixa etária avaliada.

A Figura 3 apresenta os valores individuais obtidos no IPO pelos participantes para a área motora.

A Tabela 4 apresenta a aplicação do teste estatístico de Mann-Whitney na comparação entre os valores obtidos pelos participantes e valores de referência para crianças típicas em cada faixa etária avaliada.

A Figura 4 apresenta os valores individuais obtidos no IPO, pelos participantes para a área autocuidados. A Tabela 5 apresenta a aplicação do Teste de Mann-Whitney na comparação entre os valores obtidos pelos participantes e valores de referência para crianças típicas em cada faixa etária avaliada.

A Figura 5 apresenta os valores individuais obtidos no IPO pelos participantes para a área de socialização. A Tabela 6 apresenta a aplicação do Teste de Mann-Whitney na comparação entre os valores obtidos pelos participantes e valores de referência para crianças típicas em cada faixa etária avaliada.

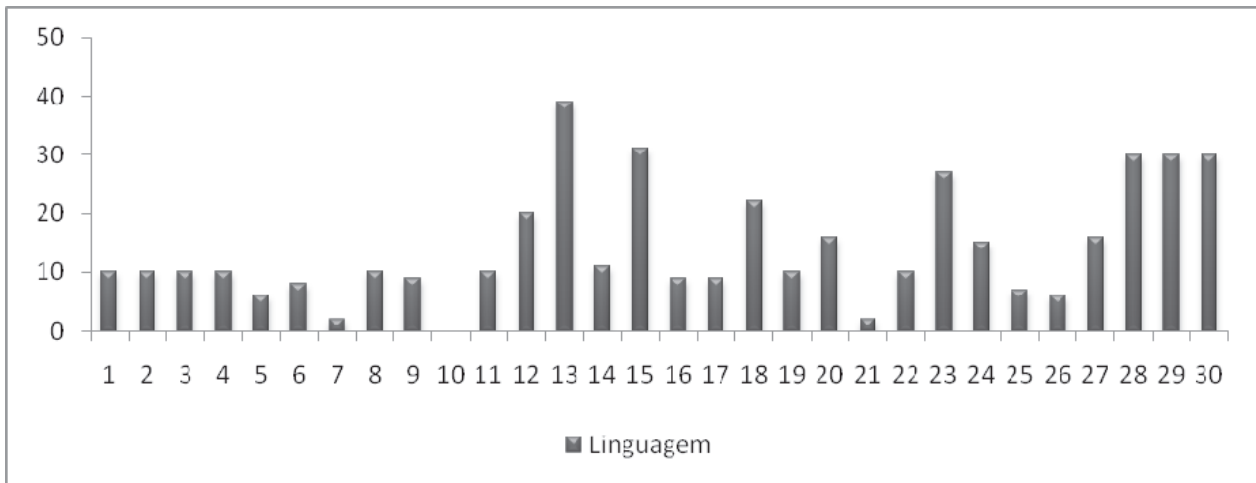


Figura 1 – Valores individuais obtidos na área de linguagem

Tabela 2 – Aplicação do Teste de Mann-Whitney, área de linguagem

rea	Faixa Etária	p	Resultado
Linguagem	6 a 12 m	0,0000411	Significante*
Linguagem	12 a 24 m	0,0000001	Significante*

*Nível de significância p<0,05

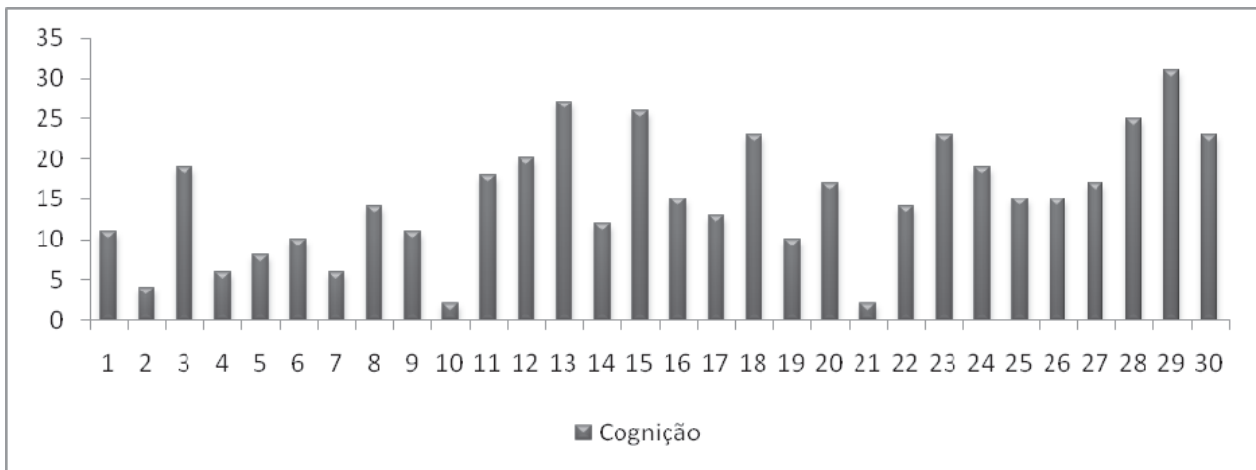


Figura 2 – Valores individuais obtidos na área de cognição

Tabela 3 – Aplicação do Teste de Mann-Whitney, área de cognição

rea	Faixa Etária	p	Resultado
Cognição	6 a 12 m	0,4362814	Não significante
Cognição	12 a 24 m	0,0000001	Significante*

*Nível de significância p<0,05

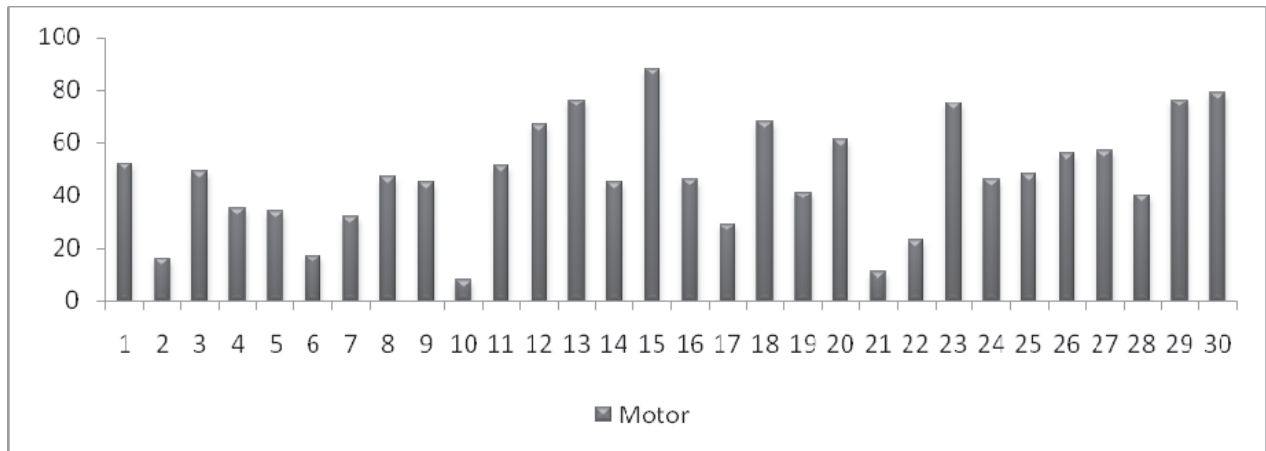


Figura 3 – Valores individuais obtidos na área motora

Tabela 4 – Aplicação do Teste de Mann-Whitney, área motora

Área	Faixa Etária	P	Resultado
Motora	6 a 12 m	0,7304401	Não significante
Motora	12 a 24 m	0,0659201	Não significante

*Nível de significância $p < 0,05$

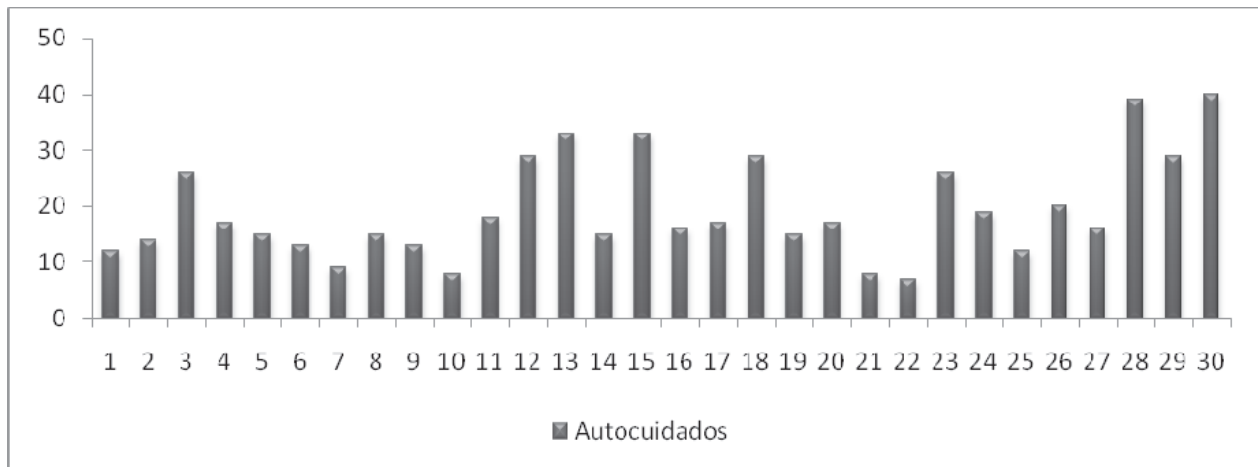


Figura 4 – Valores individuais obtidos na área de autocuidados

Tabela 5 – Aplicação do Teste de Mann-Whitney, área de autocuidados

Área	Faixa Etária	P	Resultado
Autocuidados	6 a 12 m	0,0039901	Significante *
Autocuidados	12 a 24 m	0,0003849	Significante*

*Nível de significância $p < 0,05$

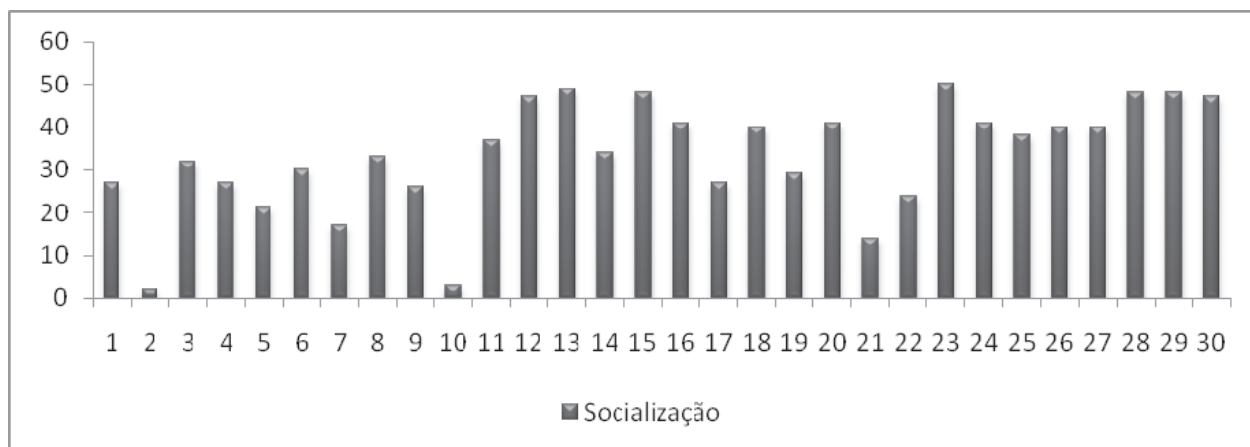


Figura 5 – Valores individuais obtidos na área de socialização

Tabela 6 – Aplicação do Teste de Mann-Whitney, área de socialização

rea	Faixa Etária	P	Resultado
Socialização	6 a 12 m	0,1134924	Não significativa
Socialização	12 a 24 m	0,2940628	Não significativa

* Nível de significância $p < 0,05$

DISCUSSÃO

Na Figura 1 e Tabela 2 são apresentados os escores obtidos pelos participantes na Área de Linguagem. Todos os participantes (100%) pertencentes à faixa etária de entre 6 a 11 meses obtiveram escores abaixo do escore esperado. Dos participantes pertencentes à faixa etária de 12 a 24 meses, 95% (N= 19) obtiveram escores abaixo do escore esperado, 5% obteve escore na média.

De acordo com os valores encontrados na Tabela 2, houve diferença estatisticamente significativa para os participantes pertencentes à faixa etária de 6 a 12 meses e de 12 a 24 meses, quanto à expectativa esperada para o desempenho da linguagem e os valores obtidos, indicando necessidade de acompanhamento do desenvolvimento da linguagem destas crianças.

A literatura apresenta que crianças prematuras são mais propensas a apresentarem defasagem no desempenho da linguagem em relação às crianças nascidas a termo, tanto no processamento da linguagem como no processamento da fala^{9,11-16}.

A prematuridade e o baixo peso ao nascimento influenciam o desenvolvimento linguístico inicial, provavelmente em função da imaturidade biológica^{11,12}. É importante ressaltar que há variações individuais no processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem, destas crianças. É necessário

compreender que essas crianças apresentam fatores de risco para desenvolver desordens de desenvolvimento globais e também na área da linguagem^{14,15}. Estudo¹¹ chama atenção para o fato de que garantir o desenvolvimento saudável da linguagem é propiciar condições de comunicação efetiva e inserção social da criança ao meio, além de proporcionar maiores chances de sucesso acadêmico e profissional futuro.

Na Figura 2 e Tabela 3 são apresentados os escores obtidos pelos participantes na Área de Cognição. Dos participantes pertencentes à faixa etária de 6 a 11 meses, 30% (N= 3) obtiveram escores abaixo do escore esperado, 70% (N= 7) obteve escore na média. Dos participantes pertencentes à faixa etária de 12 a 24 meses, 90% (N= 18) obtiveram escores abaixo do esperado, 10% (N= 2) obtiveram escore na média esperada para a idade cronológica.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre o escore obtido pelos participantes pertencentes à faixa etária de 6 a 11 meses. Para os participantes pertencentes à faixa etária de 12 a 24 meses, houve diferença estatisticamente significativa.

Estudos demonstraram que crianças prematuras de muito baixo peso ao nascer, apresentam piores resultados nos testes de cognição, apresentando quociente de inteligência abaixo da faixa

de normalidade²⁻⁴ ou ainda apresentam escore na faixa de normalidade, mas significativamente inferior, comparado com crianças nascidas a termo, com mesma idade, sexo e classe social¹⁹. Ressalta-se, conforme apresenta a literatura^{7,18} que o pobre desempenho nos grupos de prematuros pode estar relacionado não somente aos fatores de risco biológico, mas também a fatores de risco social, como pobre estimulação, superproteção e desajustes familiares.

Na Figura 3 e Tabela 4 são apresentados os escores obtidos pelos participantes na Área Motora. Dos participantes pertencentes à faixa etária de seis a 11 meses, 10% obtiveram escore abaixo do esperado e 90% obtiveram escores esperados para a idade cronológica. Dos participantes pertencentes à faixa etária de 12 a 24 meses, 5% obtiveram escores abaixo do esperado, 90% na média e 5% obtiveram escore acima do esperado.

De acordo com os valores encontrados, não houve diferença estatisticamente significativa para os participantes pertencentes à faixa etária de seis a 12 meses e de 12 a 24 meses. Verifica-se que nesta casuística a área motora mostrou-se menos alterada. Pesquisadores¹⁷ compararam a função motora de crianças nascidas pré-termo com crianças nascidas a termo, aos oito e 12 meses de idade e não encontraram diferença significativa do desenvolvimento da função motora de ambos os grupos, tal resultado está condizente com o encontrado neste estudo. Cabe ressaltar que crianças prematuras e de baixo peso, apresentam maiores riscos para alterações motoras^{1,6}, pois esta condição pode constituir um fator etiológico para o diagnóstico de paralisia cerebral. Nesta casuística, crianças com diagnóstico de paralisia cerebral não foram incluídas. Entretanto, a literatura apresenta que crianças prematuras tendem a apresentar imaturidade motora⁵. Quando a criança tem oportunidade de atuar com liberdade em seu ambiente, gradativamente vai assimilando, organizando suas experiências motoras e estruturando suas potencialidades. A presença de alterações motoras limita, por si mesma, a criança, fazendo com que seu ritmo de aquisição sofra influências significativas, refletindo nas habilidades linguísticas e cognitivas²¹.

Na Figura 4 e Tabela 5 são apresentados os escores obtidos pelos participantes na Área de Autocuidados. Dos participantes pertencentes à faixa etária de 6 a 12 meses, 90% obteve escore abaixo do esperado e 10% dos participantes obtiveram escores esperados. Dos participantes pertencentes à faixa etária de 12 a 24 meses, 90% obtiveram escores abaixo do esperado e 10% obtiveram escores esperados para a idade. Houve diferença estatística significativa para ambas as faixas

etárias avaliadas. A cultura brasileira tende ao protecionismo com relação às crianças na realização de tarefas da rotina diária, embora estas possam ser capazes de desempenhar tais atividades¹⁷. Quando se trata do nascimento de uma criança prematura, este protecionismo tende a ocorrer, pois como a criança corre riscos, podem existir, por parte dos familiares, sentimentos de que a criança necessita de maiores cuidados e proteção. O mesmo ocorre quando a criança apresenta algum outro problema de saúde ou doença crônica²². Assim, há uma tendência de auxiliar a criança mais que o necessário, não permitindo que a criança atue com mais autonomia no seu ambiente, trazendo interferências para seu desenvolvimento. Na ocorrência de partos de prematuros, tanto as mães quanto as crianças, necessitam de acompanhamento, a fim de proporcionar-lhes ambiente estável, contribuindo para a harmonia das relações, do ambiente e do desenvolvimento da criança^{18,22}.

Na Figura 5 e Tabela 6 são apresentados os escores obtidos pelos participantes na Área de Socialização. Dos participantes pertencentes à faixa etária de seis a 11 meses, 10% obtiveram escores abaixo do esperado, 90% obteve escore na média. Dos participantes pertencentes à faixa etária de 12 a 24 meses, 15% obtiveram escores abaixo do esperado, 80% obtiveram escores na média e 5% obtiveram escores acima do esperado. De acordo com os resultados, não houve diferença estatística significativa entre o escore obtido pelos participantes pertencentes à faixa etária de seis a 12 meses e de 12 a 24 meses. Um estudo com prematuros, realizado por meio do instrumento Denver II¹², apresentou resultados diferentes dos obtidos na área pessoal-social. Afirmaram que crianças prematuras apresentam, com frequência, distúrbios afetivos e comportamentais. Isto pode estar relacionado aos critérios de inclusão dos participantes do referido estudo, ou seja, crianças de muito baixo peso que permaneceram por longos períodos de internação em unidades de terapia intensiva e seus efeitos adversos como estresse, ruídos, exposição à luz frequentes, manipulação intensiva e perda do contato materno inicial.

É possível inferir que o fato de não ter sido encontrado diferenças estatisticamente significante nesta área, nesta casuística, é um indício de que o ambiente está de certa forma, proporcionando possibilidades de desenvolvimento desta habilidade, de acordo com os critérios sociais que as crianças estão inseridas.

Este estudo favoreceu, além do conhecimento das habilidades nas áreas avaliadas, individualmente, o encaminhamento precoce para processo diagnóstico, terapêutico interdisciplinar e as

orientações às famílias para atenção com o desenvolvimento global de seus filhos, principalmente daqueles que apresentaram médias abaixo do esperado para sua idade cronológica. Ressalta-se a necessidade de um acompanhamento rigoroso de recém-nascidos prematuros, por meio do desenvolvimento de programas de seguimento e por equipe multidisciplinar para promover prevenção, detecção e intervenção precoce, minimizando assim o impacto de problemas no desenvolvimento global destas crianças.

■ CONCLUSÃO

Diante o exposto, na comparação do desempenho nas cinco áreas de desenvolvimento das crianças que apresentaram sinal de risco para atraso do desenvolvimento, por prematuridade, observou-se que na faixa etária de seis a 12 meses as áreas mais defasadas foram as áreas da linguagem e autocuidados. Da faixa etária de 12 a 24 meses as áreas mais defasadas foram linguagem, cognição e autocuidados.

ABSTRACT

Purpose: to check the performance of the linguistic, cognitive, motor, self-care and socialization development abilities in premature children. **Methods:** 30 premature children participated, of both genders, from 6 to 24 months. The evaluation procedures consisted of an anamnesis interview and Operating Portage Inventory (OPI) (Williams & Aiello, 2001) application. The children were divided in two groups, according to age group, for statistical data analysis, considering the age groups from 6 to 11 months and from 12 to 24 months. Data analysis was accomplished through Manny-Whitney test application, comparing the values obtained in the premature children's group with scores foreseen for typical children. **Results:** the results indicate that the more altered areas of the group in the age group from 6 to 12 months were linguistics and self-care and in the age group from 12 to 24 months the more altered areas were linguistic, cognitive and self-care. **Conclusion:** the need for a newly born premature rigorous attendance, through the development of continuation programs and a multidisciplinary team is emphasized in order to promote precocious detection and intervention, minimizing the impact of problems in these children's global development.

KEYWORDS: Infant, Premature; Language Development; Cognition; Socialization; Child Development

■ REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. International classification of impairments, disabilities and handicaps. Geneva: World Health Organization; 1980.
2. Méio MDBB, Lopes CS, Morsch DS. Fatores prognósticos para o desenvolvimento cognitivo de prematuros de muito baixo peso. *Rev Saúde Públ.* 2003; 37(3):311-8.
3. Rose SA, Feldman JF, Jankowski JJ, Van Rossem R. Pathways from prematurity and infant abilities to later cognition. *Child Develop.* 2005; 76(6):1172-84.
4. Rugolo LMSS. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. *J Pediatria.* 2005; 81(1):S101-S10.
5. Reijneveld SA, Kleine MJ, van Baar AL, Kollée LA, Verhaak CM, Verhulst FC, Verloove-Vanhorick SP. Behavioural and emotional problems in very preterm and very low birthweight infants at age 5 years. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2006; 91(6):F423-8.
6. Rosa Neto F, Caon G, Bissani C, Silva CA, Souza M, Silva E. Características neuropsicomotoras de crianças de alto risco neurológico atendidas em um programa de follow-up. *Rev Pediatr Moderna.* 2006; 42(2):52-8.
7. Evans N, Hutchinson J, Simpson JM, Donoghue D, Darlow B, Henderson-Smart D. Prenatal predictors of mortality in very preterm infants cared for in the Australian and New Zealand Neonatal Network. *Arch Dis Child.* 2007; 92(1):F34-F40.
8. Magalhães LC, Catarina PW, Barbosa VM, Mancini MC, Paixão ML. Estudo comparativo sobre o desempenho perceptual e motor na idade escolar em crianças nascidas pré-termo e a termo. *Arq Neuropsiquiatr.* 2003; 61(2A):250-5.
9. Sullivan MC, Msall ME. Functional performance of preterm children at age 4. *J Pediatr Nurs.* 2007; 22(4):297-309.

10. Silveira RC, Procianny RS. Lesões isquêmicas cerebrais no recém nascido pré-termo de muito baixo peso. *J Pediatr*. 2005; 81(Supl1):S23-S32.
11. Perissinoto J, Isotani, SM. Desenvolvimento da linguagem: programa de acompanhamento de recém nascidos de risco. In: Hernandez AM. *Conhecimentos essenciais para atender bem o neonato*. São José dos Campos (SP): Pulso; 2003. p. 113-21.
12. Chermont AG, Cunha MS, Sales LMM, Moraes AN, Malveira SS. Avaliação do desenvolvimento pela escala de Denver II, de recém-nascidos prematuros de baixo peso. *Rev Paranaense Med*. 2005; 19(2):59-66.
13. Ishii C, Miranda CS, Isotani SM, Perissinoto J. Caracterização de comportamentos linguísticos de crianças nascidas prematuras, aos quatro anos de idade. *Rev CEFAC*. 2006; 8(2):147-54.
14. Stolt S, Klippi A, Launonen K, Munck P, Lentonen L, Lapinleimu H, et al. Size and composition of the lexicon in prematurely born very-low-weight and full-term Finnish children at two years of age. *J Child Lang*. 2007; 34(2): 283-310.
15. Saavalainen P, Luoma L, Bowler D, Timonen T, Määttä A, Laukkanen E, Herrgard E. Naming skills of children born preterm in comparison with their term peers at the ages of 9 and 16 years. *Develop Med Child Neurol*. 2006; 48(1):28-32.
16. Sansavini A, Guarini A, Alessandrini R, Faldella G, Giovanelli G, Salvioli G. Are early grammatical and phonological working memory abilities affected by preterm birth? *J Commun Disord*. 2007; 40(3):239-56.
17. Mancini MC, Teixeira S, Araújo LG, Paixão ML, Magalhães LC, Coelho ZAC, et al. Estudo do desenvolvimento da função motora aos 8 e 12 meses de idade em crianças nascidas pré-termo e a termo. *Arq Neuropsiquiatr*. 2002; 60(4):974-80.
18. Kendall DL. Social, economic and environmental influences on disorders of hearing, language and speech. *J Commun Disord*. 2005; 38(4):261-2.
19. Caravale B, Tozzi C, Albino G, Vicari S. Cognitive development in low risk preterm infants at 3-4 years of life. *Arch Dis Child Fetal Neonatal*. 2005; 90(6): F474-9.
20. Williams LCA, Aiello ALR. *O inventário Portage Operacionalizado: intervenção com famílias*. São Paulo (SP): Memmon; 2001. 299p.
21. Lamônica DAC, Ferraz PMDP. Leucomalácia periventricular e diplegia espástica: implicações nas habilidades psicolinguísticas. *Pró-Fono*. 2007; 19(4):357-62.
22. Baldini SM, Krebs VLJ. Reações psicológicas nos pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva. *Pediatr Modern*. 2000; 36:242-6.

DOI: 10.1590 / S1516-18462009005000019

RECEBIDO EM: 04/04/2008

ACEITO EM: 22/09/2008

Endereço para correspondência:
Dionísia Aparecida Cusin Lamônica
Via Puccini, 116 Residencial Tivoli I
Bauru – SP
CEP: 17053-095
E-mail: dionelam@uol.com.br