

CARACTERÍSTICAS DO DESENVOLVIMENTO MOTOR EM LACTENTES PREMATUROS – SÉRIE DE CASOS

Mariana Jorqueira Gliorsi (IC) e Lígia Maria da Costa C. Tropiano (Orientador)

RESUMO

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. O presente estudo teve como objetivo descrever aspectos do desenvolvimento motor de lactentes que tiveram nascimento prematuro, entre 27 e 35 semanas. Descrito como um estudo série de casos, foi 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*; Fase 2- Cálculo da idade corrigida e análise dos dados realizada de modo descritivo. Após a aplicação da escala observamos que não foram encontrados escores que indiquem alterações no desenvolvimento motor que justifiquem o encaminhamento para profissionais especializados dos lactentes avaliados. Apesar de não encontrado resultados com grandes diferenças entre o desenvolvimento de lactentes pré-terms e termos, o acompanhamento multiprofissional tanto dos lactentes quanto das mães, é de extrema importância para rastreio de possíveis adversidades durante a vida.

Palavras-chave: Lactente, Prematuro, Crescimento e Desenvolvimento

ABSTRACT

Prematurity is considered one of the main causes of neonatal morbidity and mortality, being premature every 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. The present study aimed to describe aspects of motor development of infants who had a premature birth, between 27 and 35 weeks. Described as a case series study, it was conducted with four infants (two boys and two girls) between 06 and 20 months of chronological age. The protocol was divided into two phases: Phase 1- initial interview and evaluation of infants through the Alberta Infant Motor Scale; Phase 2- Corrected age calculation and data analysis performed descriptively. After applying the scale, we observed that no scores were found to indicate changes in motor development that warrant referral to specialized professionals of the

evaluated infants. 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 to screen for possible life-long adversity.

Keywords: Premature, Infant, Growth and Development

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 (UTI) neonatais aumentaram as possibilidades de sobrevivência desses bebês (MOREIRA *et al.*, 2014). A prematuridade é considerada uma das principais causas da morbi-mortalidade neonatal, e está representada com cerca de 60% a 70% da mortalidade infantil.

Os recém-nascidos prematuros são bebês nascidos antes de completarem 36 semanas de gestação e 6/7, sendo considerado prematuro extremo bebês 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 (OMS). 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 ajudando atualmente dentro dessas áreas. As causas que levam a internação são de causas multifatoriais, como malformações congênitas, problemas no sistema respiratório, além de intercorrências na maturação de órgãos.

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

Desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) é o desenvolvimento da criança que integra áreas neurológicas, mentais e motoras. Este desenvolvimento em crianças prematuras pode ser visto tardiamente devido a diferença da idade gestacional que esses recém-nascidos apresentam. É na reabilitação deste prematuro e 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 através de uma avaliação motora confiável que teremos a quantificação de possíveis déficits do desenvolvimento (BARBOSA, 2017). 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.

Contudo, o presente estudo tem como objetivo identificar e descrever as principais alterações no desenvolvimento motor de lactentes prematuros sob o ponto de vista de uma avaliação motora validada.

REFERENCIAL TEÓRICO

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 (UTI) neonatais aumentaram as possibilidades de sobrevivência desses bebês (MOREIRA *et al.*, 2014). A prematuridade é considerada uma das principais causas da morbimortalidade neonatal, e está representada com cerca de 60% a 70% da mortalidade infantil. De acordo com dados atualizados do IBGE, no Brasil o número de nascidos vivos está em 3.007.668 (Fonte: MS/SVS/DASIS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC).

Estima-se que 15 milhões de prematuros nascem por ano. No Brasil, a estimativa de parto prematuro, infelizmente, está entre maiores do mundo com 279.300 (duzentos e setenta e nove mil e trezentos) de casos, e mesmo o país apresentando tecnologia para melhorar o atendimento a esses bebês, a taxa de mortalidade ainda é elevada. Atualmente a prematuridade é uma das primeiras causas de morte de recém-nascidos no mundo (BLENCOWE, 2012).

De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), é considerado um recém-nascido prematuro, bebês nascidos antes de completarem 37 semanas e 6/7 semanas de gestação, sendo considerado prematuro extremo bebês nascidos com menos de 28 semanas, muito prematuro com 28 a 32 semanas e prematuro moderado a tardio apresentando gestação de 32 a 37 semanas, em relação a idade gestacional. Fator diretamente relacionado com a prematuridade é o peso ao nascimento, que são classificados em extremo baixo peso, com peso menor que 1.000g; muito baixo peso, 1.000 a 1.499g e baixo peso, apresentando de 1.500 a 2.490g. Assim, a literatura descreve que quanto mais prematuro (idade gestacional) e mais baixo peso, o risco de haver complicações a esse bebê é maior. O parto prematuro pode ocorrer de duas maneiras: parto espontâneo e parto eletivo. O primeiro caracteriza-se pela ruptura da membrana amniótica e o segundo ocorre quando a mãe ou o feto possuem contraindicações para dar continuidade a gravidez.

A fragilidade extrema desses bebês repercute na utilização de altas tecnologias dentro da área hospitalar, porém a mortalidade é inevitável. Há preocupação com repercussões tardias dos problemas perinatais, entretanto, mostram diferentes perspectivas de promoção de saúde. Sendo assim, os cuidados têm mudado dentro da UTIN, enfocando

mais a família com: permanência dos pais junto ao filho enquanto estiver internado, implementação de grupos de apoio aos familiares, incentivo da participação da mãe nos cuidados ao bebê, como no Método Canguru. Além de tais propostas familiares, o cuidado individual de apoio desenvolvimental aparece como forma de facilitação aos cuidados, visando melhor desenvolvimento do recém-nascido de acordo com sua necessidade e rotina (GAIVA *et al.*, 2006).

São amplas as causas que levam a necessidade da internação na UTI, além da idade gestacional e do peso ao nascimento, a icterícia (cor amarelada da pele) e também quando apresentam malformações congênitas, crescimento intrauterino, que podem ocasionar problemas de glicose no feto e as infecções, que podem ser adquiridas antes do parto ou durante a passagem do bebê pelo canal de parto. Gestação múltipla também é causadora da possível internação do recém-nascido, a qual da origem a bebês gemelares (MOREIRA, 2014). As intercorrências que os prematuros enfrentam mesmo fora do útero são: doenças respiratórias, apneias, persistência do canal arterial, anemia, displasia broncopulmonar, retinoplasia da prematuridade, hemorragia intraventricular, asfixia, aspiração, pressão sanguínea baixa, pneumotórax, pneumomediastino, enfisema intersticial pulmonar e a taquipneia transitória (MOREIRA, 2014).

De acordo com a literatura, os bebês apresentam diferentes características habilitadas a cada mês durante sua maturação. Durante a evolução desses bebês nascidos prematuros, o uso constante de aparelhos e sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) por um longo período, sobrecarrega o processo de desenvolvimento do recém-nascido. Com isso, Méio *et al.* (2004); Rugolo (2005), dissertam sobre o acompanhamento precoce da evolução desses bebês para que possa ser detectado alterações no desenvolvimento global e sensório motor assim que destacados. É na Unidade de Terapia Intensiva que os bebês receberão os primeiros estímulos nociceptivos, como a luz, som (ruídos de equipamentos), dor, estresse pelo manuseio e procedimentos invasivos. Segundo Torati (2011), o estresse provocado por todos esses fatores elevam os níveis de cortisol do prematuro e faz com que afete cérebro, metabolismo e sistema imunológico. Ao atingir o cérebro, o desenvolvimento cognitivo e motor são afetados e sofre um significativo atraso.

Dentre os fatores de risco para estes lactentes observamos fatores biológicos (asfixia perinatal, sepse, hemorragia peri-intraventricular (HPIV), displasia broncopulmonar (DBP), doença da membrana hialina (DMH), icterícia, meningite e pneumonia), e fatores ambientais (aspectos culturais, sociais, econômicos, etc). Mesmo com recursos para que a sobrevivência seja de boas condições, há sequelas consequentes da prematuridade que estão além do intrauterino; o tempo de hospitalização, com uso de medicamentos

e ventilação mecânica está entre os fatores que impedem um bom desenvolvimento do pré-termo (LEMOS *et al.*, 2010).

A maioria dos bebês prematuros nascem com imaturidade de sistemas e órgãos (metabólicos e respiratório) e estes estão sujeitos a complicações cerebrais, como a paralisia cerebral, convulsões, hidrocefalia, e também à lesões isquêmicas causada por fluxo sanguíneo diminuído ou aumentado decorrente da asfixia neonatal, o qual pode levar a alterações neuromotoras (ARRUDA e MARCON, 2010).

Uma das características dos recém-nascidos prematuros é a deficiência do surfactante, fator importante para a formação intrauterina e para a sobrevivência fora do útero. A falta desta substância faz com que o RN tenha uma dificuldade de complacência alveolar e assim, influenciando em uma má respiração. Além deste fator, as complicações se estendem à imaturidade do sistema gastrointestinal (impedindo a alimentação adequada), retinopatia da prematuridade (doença ocular vasoproliferativa da retina), a persistência do canal arterial e hemorragia intraventricular, que estão entre as graves alterações do RN prematuro (TABILE, 2016).

A aplicação de acompanhamento *follow-up* investiga e caracteriza a importância de intervenções precoces nas Unidades de Terapia Intensiva, tendo em vista os efeitos de vulnerabilidade dos recém-nascidos pré-termos. Programas do tipo *follow-up*, ou seja, que necessitam de um acompanhamento constante tende a proporcionar ao profissional maior confiabilidade durante a investigação.

No Brasil não há a possibilidade, ao menos em nível público, de um *follow-up* exclusivo, em paralelo com as supervisões de saúde da criança realizadas pelo pediatra. Sendo assim, no setor público as consultas de *follow-up* devem ser tão frequentes quanto os momentos de avaliação na puericultura (SILVEIRA, 2012).

À medida que as crianças crescem, a vigilância aumenta por conta dos fatores que podem alterar o desenvolvimento neuropsicomotor, ou seja, estes em constante transição por conta da alteração de idade. Assim, a avaliação de pais e profissionais ajuda na percepção de mudanças da vida cotidiana e contempla na decisão de intervenções no recém-nascido prematuro. Contudo, a fim de alcançar uma boa qualidade de vida e independência funcional, o acompanhamento adequado deve ser mantido até a idade escolar (MOREIRA, 2014).

Do ponto de vista motor, o desenvolvimento é entendido como aquisição de habilidades motoras, que progridem de movimentos simples e desorganizados para movimentos complexos e organizados, em um processo sequencial e contínuo, considerando a sua idade cronológica (SÁ, 2016). Nos nascidos pré-termos, a variedade de problemas

decorrentes apenas por essa condição (prematuridade) é ampla e os deixa vulneráveis a qualquer risco, entre eles o desenvolvimento neuropsicomotor da criança.

O desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) é o desenvolvimento da criança integrando áreas neurológicas, mental e motora. As aquisições do desenvolvimento, principalmente motor, ocorrem nos dois primeiros anos de vida, onde o bebê vai adquirir competências para buscar o que deseja reconhecimento dos pais e vocalização a resposta com sorrisos e assim seguindo o ciclo da vida. Tratando-se dos prematuros, estes irão realizar as mesmas atividades que os a termos, porém com uma diferença mais tardia, ou seja, se nascerem com 32 semanas de idade gestacional, vão ter uma defasagem de dois meses em relação ao desenvolvimento esperado, por exemplo (MOREIRA *et al.*, 2014).

A estimulação postural ou quanto a amamentação e sucção são importantes para o desenvolvimento desta criança. O posicionamento adequado da criança melhora sua respiração, deglutição e organização corporal, o que irá ajudá-la mais adiante em seu desenvolvimento. O trabalho do fisioterapeuta vai estimular o RN e promover habilidades dentro das suas possibilidades. Assim, o trabalho interdisciplinar deve ser realizado juntamente com a família e respeitando todos os limites do bebê (MOREIRA *et al.*, 2014).

É na fase dos dois primeiros meses que a criança melhor responde aos estímulos e as terapias, devido ao seu tecido ser de alta plasticidade. Mesmo os recém-nascidos pré-termos (RNTP) tendo uma atenção especial dentro da ala hospitalar, a grande maioria desenvolve distúrbios leves como alterações motoras globais, atraso no desenvolvimento e alterações comportamentais. Nesta fase dos primeiros meses de vida que os fisioterapeutas atuam preventivamente para identificação precoce de desvios motores.

Distúrbios consequentes do tardio desenvolvimento motor são reconhecidos por instrumentos que determinam, em uma faixa etária, o que pode ser típico ou atípico no desenvolvimento infantil. O uso de escalas confiáveis para tal avaliação é de extrema importância para os profissionais da saúde que tem a responsabilidade de identificar os RN que apresentam alto risco de atraso no desenvolvimento motor (SÁ, 2016).

A Escala Motora Infantil de Alberta (AIMS), foi validada em 1994 na Universidade Alberta, no Canada e consiste numa escala de avaliação por observação, construída para mensurar a maturidade motora ampla em crianças desde o nascimento até o ponto em que conseguem andar de forma independente. É constituída de 58 itens, os quais avaliam os padrões motores e posturas usando-se os critérios: alinhamento postural,

movimentos antigravitacionais e sustentação de peso. as pelas posturas prona, supina, sentada e em pé. Os 58 itens possuem uma divisão em quatro etapas: 21 posições em prono, 9 em supino, 12 em sedestação e 16 em ortostatismo. A aplicação da escala depende da observação do terapeuta, para que a pontuação da escala seja de alta confiabilidade e os resultados não alterem ao final do teste (MACEDO, 2005).

Sendo assim, o presente estudo se ocupou em observar e descrever o desenvolvimento motor dos recém-nascidos pré-termos mediante a aplicação da escala ALBERTA e a relação das possíveis alterações no desempenho e as complicações e comorbidades apresentadas.

2. METODOLOGIA

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. (DE SOUSA *et al.*, 2015)

Participaram do estudo 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.

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.

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 ao instrumento de avaliação do desenvolvimento motor por meio da Escala Motora Infantil Alberta.

A *Escala Motora Infantil Alberta* é caracterizada por ser observacional, o que faz com que não seja necessário o manuseio desses prematuros. A mesma 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 (MANACERO, 2005).

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 (MANACERO, 2005). 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 (SACCANI E VALENTINI, 2012).

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 (RODRIGUES, 2012). 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 (BRASIL, 2019).

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 (1) ponto, e os dados foram colocados em gráfico considerando-se a idade corrigida (SANTOS *et al.*, 2017).

3. RESULTADO E DISCUSSÃO

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.

	Sexo	Idade Gestacional ao nascimento	Idade cronológica na avaliação	Idade corrigida na avaliação	Apgar	Peso ao nascimento	Tipo de parto	Idade materna ao nascimento
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

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 (MELO et al., 2017). 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.

Nos resultados obtidos para o bebê P1, observou-se a pontuação de 58 pontos no AIMS Score, sendo está a pontuação máxima da escala, indicando que a criança atingiu todos os marcos motores avaliados pelo instrumento e, portanto, possui desempenho motor típico.

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”.

Já para o lactente P2, observou-se a pontuação de 56 pontos no AIMS Score, levando a um percentil abaixo da curva apresentada pela escala.

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 preciso 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”.

Para o lactente P3 observamos uma pontuação de 58 pontos no AIMS Score, levando ao percentil de mais de 25%, indicando que a criança possui desempenho motor normal.

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.

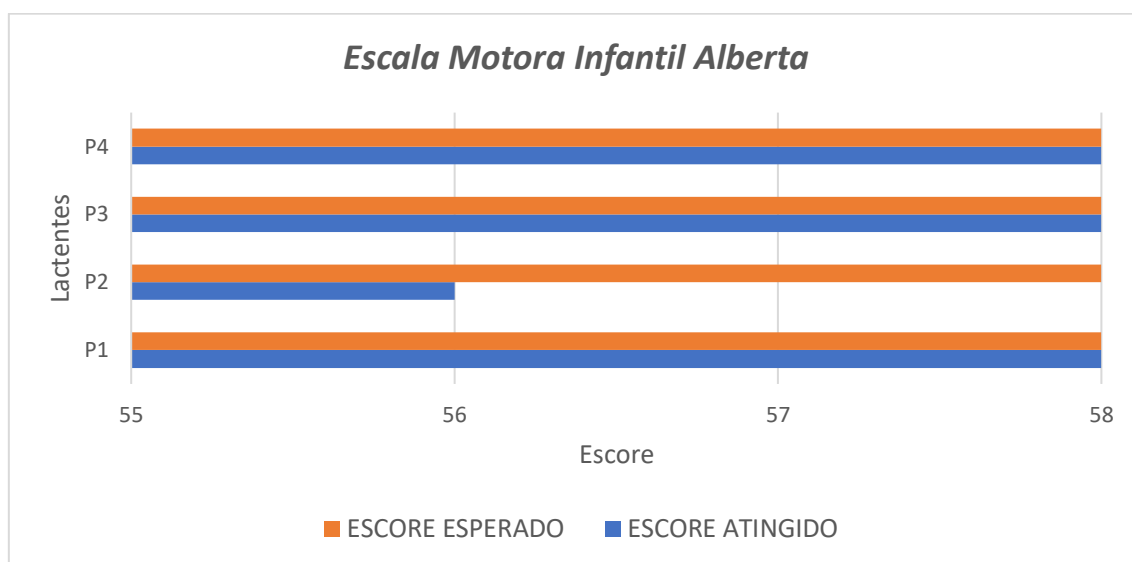
Meu bebê nasceu de um parto cesariano, com 35 semanas de gestação, com Apgar de 9, pesando 3.100kg. Após o nascimento, ele ficou internado só por 4 dias, e teve alta do hospital junto comigo, e não precisou ficar na UTI.

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.”

Em P4 observamos pontuação de 58 pontos no AIMS Score, levando ao percentil de mais de 25%, indicando que a criança possui desempenho motor normal.

O gráfico representa os resultados obtidos pelos lactentes na Escala Motora Infantil Alberta (gráfico 1).

Gráfico 1 – resultados da escala



A assistência pré-natal tem merecido atenção integral quanto à saúde materno-infantil, principalmente quando há a necessidade de rastreio 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 (DALLA COSTA et al., 2016).

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 (ALDRIGHI, WALL, SOUZA, 2018),

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 (RODRIGUES, 2012).

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 (BRONFENBRENNER, 2011).

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 (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.

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 (CUSTÓDIO *et al.*, 2014).

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 consequentemente demora para resolução dos mesmos.

Mesmo assim, a primeira percepção de alteração está ligada ao neurodesenvolvimento (GRAÇA, 2014).

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. 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.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

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 houve grandes diferenças na avaliação, mostrando que quando são estimuladas precocemente, os bebês pré-terms apresentam resultados semelhantes aos resultados de crianças nascidas termo.

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.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALDRIGHI, Juliane Dias; WALL, Marilene Loewen; SOUZA, Silvana Regina Rossi Kissula. Experience Of Pregnant Women At An Advanced Age. **Revista Gaucha De Enfermagem**, V. 39, 2018.

ARRUDA, D. C.; MARCON, S. S. Experiência da família ao conviver com sequelas decorrentes da prematuridade do filho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 63(4), 595-602., 2010

BRASIL. Caderno de Atenção à Saúde da Criança: primeiro ano de vida. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/pdf4.pdf>> Acesso em 02/12/2019.

BRONFENBRENNER, U. **Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humano**. A. Carvalho-Barreto (Trad.). Porto Alegre: Artmed, 2011.

CUSTÓDIO, Zaira Aparecida de Oliveira; CREPALDI, Maria Aparecida; LINHARES, Maria Beatriz Martins. **Redes sociais de apoio no contexto da prematuridade: perspectiva do modelo bioecológico do desenvolvimento humano**. *Estud. psicol. (Campinas)*, Campinas, v. 31, n. 2, p. 247-255, June 2014.

DALLA COSTA, Lediane et al. Perfil epidemiológico de gestantes de alto risco. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 2, 2016.

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**, v. 40, n. 1, 2015.

GAIVA, M.A.M. **O Cuidar em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais: Em Busca de um Cuidado Ético e Humanizado**. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, 11, 1, 2006. Disponível em: <<http://ddd.redalyc.org/articulo.oa?id=483648986010>>. Acesso em: (7, mar 2018).

GRAÇA, A. M. Definição do prognóstico neurológico da prematuridade – estado da arte. **Acta Pediátrica Portuguesa**, v. 45, n. 3, p. 211–226, 5 set. 2014.

LEMONS, R.A. **Estudo da Prevalência de Morbidades e Complicações Neonatais Segundo o Peso ao Nascimento e a Idade Gestacional em Lactentes de um Serviço de Follow-Up**. *Rev. APS*, Juiz de Fora, v. 13, n. 3, p. 277-290, jul./set. 2010.

MANACERO, Sônia et al. **Desempenho motor de prematuros durante o primeiro ano de vida na Escala Motora Infantil de Alberta (AIMS)**. 2005.

MOREIRA, Rafaela S.; MAGALHÃES, Livia C.; ALVES, Claudia RL. Effect of preterm birth on motor development, behavior, and school performance of school-age children: a systematic review. **Jornal de pediatria**, v. 90, n. 2, p. 119-134, 2014.

RODRIGUES, Olga Maria Piazzentin Rolim. Escalas de desenvolvimento infantil e o uso com bebês. **Educar em Revista**, n. 43, p. 81-100, 2012.

SÁ, F.E. et al. **Intervenção parental melhora o desenvolvimento motor de lactentes de risco: série de casos**. *Fisioterapia e Pesquisa*, São Paulo, vol.24, n.1, pp.15-21,

2017. Disponível em: < <http://www.revistas.usp.br/fpusp/article/view/132807/128836>>. Acesso em 06 mar 2018.

SACCANI, Raquel; VALENTINI, Nadia Cristina. Reference curves for the Brazilian Alberta Infant Motor Scale: percentiles for clinical description and follow-up over time. **Jornal de Pediatria: Rio de Janeiro. Vol. 88, n. 1 (Jan/Fev. 2012), p. 40-47, 2012.**

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**, V. 3, N. 2, P. 36-45, 2017.

SILVEIRA, M.F. et al. **Prevalência de nascimentos pré-termo por peso ao nascer: revisão sistemática.** Rev Saúde Pública, São Paulo, v.47, n.5, pp.992-1000, 2013.

TABILE, P.M. et al. **Características dos partos pré-termo em hospital de ensino do interior do Sul do Brasil: análise de 6 anos.** Revista da AMRIGS, Porto Alegre, v.60, n.3, pp. 168-172, jul.-set. 2016.

TORATI, C.V.; **Política de Atenção ao Recém-Nascido Prematuro: Morbidades respiratórias e neurológicas**, 2011.

Contatos: marianajgliorsi@gmail.com e ligiacanellas@yahoo.com.br