

Cuidado ao prematuro extremo: mínimo manuseio e humanização

Care to the extreme premature: minimum handling and humanization

Atención para prematuros: mínimo de manejo y humanización

Lucilia Feliciano Marques;¹ Renata Vitalino Ribeiro;² Cristiane Rodrigues da Rocha;³ Monica de Almeida Carreiro;⁴ Luiz Carlos Santiago⁵

Como citar este artigo:

Marques LF, Ribeiro RV, Rocha CR, Carreiro MA, Santiago LC. Cuidado ao prematuro extremo: mínimo manuseio e humanização. Rev Fun Care Online. 2017 out/dez; 9(4): 927-931. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.927-931>

RESUMO

Objetivos: Analisar as publicações sobre os riscos do manuseio excessivo em prematuros extremos, e sugerir formas de cuidados ao prematuro extremo que priorize o mínimo manuseio em detrimento de uma rotina estabelecida sem uma avaliação individualizada. **Método:** Pesquisa descritiva e exploratória, de abordagem qualitativa com revisão integrativa. Foram selecionados 15 artigos, que se subdividiram em duas categorias: assistência humanizada e o cuidado individualizado. **Resultados:** Os artigos estudados abordavam sobre a humanização e o vínculo mãe-bebê, na busca por um cuidado individualizado que minimize as consequências advindas do tempo de internação relacionado com a prematuridade, mas não versam especificamente sobre o mínimo manuseio na assistência. **Conclusão:** A ausência de pesquisa nesta área específica configura-se como uma lacuna na assistência que poderia reduzir inúmeros agravos ao prematuro extremo. As medidas simples mais essenciais, como um cuidado delicado com mínimo manuseio, respeitando o momento de cada recém-nascido, deveriam ser objeto de mais estudos científicos.

Descritores: Prematuros, Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, Humanização da assistência.

ABSTRACT

Objectives: To analyze the publications about the risks of excessive handling in premature infants, and suggest ways to care for extremely premature infants that prioritizes minimal handling instead of an established routine without an individualized assessment. **Method:** A descriptive and exploratory, qualitative approach to an integrative review. We selected 15 articles, which were subdivided into two categories, humanized and individualized care. **Results:** The study addressed articles about the humanization and mother-infant bond,

¹ Enfermeira. Pós-graduada em Enfermagem Neonatal. Mestra em Enfermagem. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Biociências da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio). *E-mail:* <marques_lucilia@yahoo.com.br>.

² Pós-graduanda em Enfermagem Neonatal. Enfermeira do Hospital Pasteur. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional – Unirio. *E-mail:* <renatavitalinor@gmail.com>.

³ Doutora em Enfermagem Obstétrica. Professora adjunta da Unirio. *E-mail:* <crica.rocha@hotmail.com.br>.

⁴ Doutora em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Docente do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar – Mestrado Profissional – Unirio. Orientadora. Enfermeira do Laboratório de Simulação da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Unirio. *E-mail:* <carreirosma59@gmail.com>.

⁵ Enfermeiro. Pós-doutor em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de São Paulo da Universidade de São Paulo (USP). Professor-associado nível 2 no Departamento de Enfermagem Fundamental (DEF) da Unirio. *E-mail:* <luisolitrio@gmail.com>.

in the quest for individualized care that minimize the consequences resulting from the time of hospitalization related to prematurity, but does not relate specifically to the minimum handling assistance. **Conclusion:** The lack of research in this specific area sets up a gap in care that could reduce preterm newborns to numerous injuries. The single most essential measures, as a gentle care with minimal handling, respecting the timing of each newborn, should be subject to more scientific studies.

Descriptors: Premature, Neonatal Intensive Care Units, Humanization of assistance.

RESUMEN

Objetivos: Analizar las publicaciones sobre los riesgos de manipulación excesiva en los bebés prematuros, y sugerir maneras de cuidar de los recién nacidos extremadamente prematuros que prioriza la manipulación mínima a costa de una rutina establecida sin una evaluación individualizada.

Método: Estudio descriptivo y exploratorio, con enfoque cualitativo revisión integradora. Se seleccionaron 15 artículos, los cuales fueron agrupados en dos categorías, la atención humanizada y personalizada.

Resultados: El estudio abordó artículos sobre el enlace humanización y la madre lactante, en la búsqueda de una atención individualizada que minimizar las consecuencias resultantes del tiempo de hospitalización relacionada con la prematuridad, pero no se refiere específicamente a la asistencia mínima manipulación. **Conclusión:** La falta de investigación en esta área específica establece una brecha en la atención que podría reducir los recién nacidos prematuros para numerosas lesiones. Las medidas individuales más esenciales, como un cuidado suave con una manipulación mínima, respetando el calendario de cada recién nacido debe ser objeto de más estudios científicos.

Descriptor: Prematuros, Unidades Neonatales de Cuidados Intensivos, Humanización de la atención.

INTRODUÇÃO

O interesse pelo estudo surgiu durante minha vivência como enfermeira em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN), ao observar que as rotinas estabelecidas para cuidar dos prematuros extremos sobrepõem a avaliação individualizada do cuidado com vistas a priorizar o mínimo manuseio, e, assim, prevenir as sequelas advindas da manipulação excessiva. Essa preocupação transcende ao período de internação, pois muitas sequelas alteram a qualidade de vida após a alta da UTIN.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), dados de pesquisa do número de nascidos vivos ocorridos no ano por local do nascimento, no período de 2003 a 2010, pelo dado absoluto de abrangência geográfica no Brasil, mostram que, em 2003, houve 2.822.462 nascidos vivos, e, em 2010, 2.760.961, com pequeno declínio nas taxas de nascimento no Brasil. Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS) revela que 15 milhões de bebês nascem prematuros no mundo. No Brasil, nascem 279,3 mil de partos prematuros por ano.

Segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc) do Ministério da Saúde (MS), o percentual de nascidos vivos prematuros em 2010 foi de 7,1%, o que corresponde a 204.299 nascidos vivos de mães com menos de 37 semanas de gestação.

Mediante os quadros graves de prematuridade, muitos recém-nascidos necessitam de acompanhamento

especializado de uma equipe multiprofissional no pós-alta nos primeiros anos de vida, para que se obtenha a detecção precoce de alterações no desenvolvimento, orientação dos pais e necessidades das famílias, com o serviço de *follow-up*, porém, devido à inexistência deste programa em diversos centros de tratamento, torna-se deficiente a identificação e o cuidado de diversas alterações nestes recém-nascidos prematuros.¹

Sendo assim, os recém-nascidos prematuros são diferentes dos recém-nascidos a termo, por apresentarem características anátomo-fisiológicas diferenciadas,² de acordo com o peso de nascimento menor que 2000 g e conforme a idade gestacional, menor que 30 semanas,³ demonstrando, assim, maior sensibilidade e necessitando de cuidados especializados.

Essas diferenças entre o recém-nascido a termo e o prematuro leva-nos a crer que, no cotidiano da UTIN, expomos estes prematuros a vários estímulos, inclusive dolorosos, que denominamos de estressantes, em que o significado do termo ocorre quando há um desequilíbrio pessoal diante de fatores ambientais que causam tensão mental e/ou física.⁴ No dia a dia, o recém-nascido prematuro pode apresentar desequilíbrio se exposto a estímulos dolorosos e/ou desagradáveis, como em procedimentos invasivos, barulhos, dor, interrupção dos estados de sono, mudanças de temperatura e fome,⁵ o que altera consideravelmente o padrão fisiológico do recém-nascido.

Assim, o objeto de estudo é o manuseio excessivo na UTIN e suas consequências ao prematuro extremo. Na UTIN, os recém-nascidos são manipulados em média a cada três horas ou mais. Neste cenário levantamos as seguintes questões norteadoras: quais as consequências do manuseio excessivo do prematuro extremo? É possível realizar um mínimo manuseio e oferecer a ele uma forma de cuidado individualizado?

OBJETIVOS

Desta forma, os objetivos do estudo são: analisar as publicações que referenciem os riscos do manuseio excessivo em prematuros extremos. Sugerir formas de cuidados ao prematuro extremo que priorize o mínimo manuseio em detrimento de uma rotina estabelecida sem uma avaliação individualizada.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa, na qual, por meio de um levantamento das produções científicas de forma concisa aos dados relevantes acerca da temática estudada, em diferentes lugares e momentos, possibilita-se o conhecimento atual e facilita-se a mudança na prática clínica, a implementação de intervenções e redução de custos.⁶

Para realização desta revisão, foram adotadas as seguintes etapas: 1) identificação da questão norteadora; 2) estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; 3) categorização dos estudos; 4) avaliação dos estudos incluídos; 5) interpretação dos resultados; e 6) apresentação da revisão.⁶

A coleta de dados ocorreu nos meses de dezembro de 2012 a fevereiro de 2013 e foi realizada por meio de busca *on-line* de artigos que respondessem à seguinte questão de pesquisa: quais as consequências do manuseio excessivo ao prematuro extremo? É possível realizar um mínimo manuseio e oferecer a ele uma forma de cuidado individualizado?

O levantamento de dados foi realizado na biblioteca virtual Scientific Electronic Library Online (SciELO). Os descritores utilizados nesta pesquisa, indexados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), foram: prematuros, pré-termo, cuidado intensivo neonatal, humanização e prematuro extremo, bem como suas respectivas traduções em inglês e espanhol.

Utilizaram-se como critérios de inclusão publicações no período de 2002 a 2012, experiências brasileiras que respondessem ao problema/objetivo e que abordassem o manuseio e os cuidados em prematuros extremos. Foram excluídos os trabalhos sem os resumos disponíveis para análise e os estudos que não abordassem o tema pesquisado.

Com o descritor prematuros, foram encontrados 26 estudos e selecionados seis; com pré-termo foi encontrado e utilizado um artigo; com cuidado intensivo neonatal, foram encontrados 12 e utilizados três; com os descritores humanização e prematuro associados, encontramos e utilizamos os dois; e com as palavras prematuro e extremo, foram encontrados oito estudos e selecionados três, totalizando 15 estudos selecionados para a pesquisa, que respondessem às questões norteadoras.

Para coleta de dados, foi utilizado um formulário, já validado,⁷ com as informações sobre categoria profissional dos autores, local e ano da pesquisa, tipo de revista, título, tipo de estudo e nível de evidência científica. As informações foram extraídas mediante exaustiva leitura e releitura das publicações, que foram organizadas para análise de dados. Foram analisadas as características metodológicas dos estudos com a classificação dos níveis de evidência, em seis níveis: I. metanálise de múltiplos estudos controlados; II. estudo individual com delineamento experimental; III. estudo com delineamento quase experimental; IV. estudo com delineamento não experimental como pesquisa descritiva correlacional e qualitativa ou estudo de caso; V. relatório de casos ou dado obtido de forma sistemática, de qualidade verificável ou dados de avaliação de programas; VI. opinião de autoridades respeitáveis baseada na competência clínica ou opinião de comitês de especialistas.⁸

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram selecionados 15 estudos que referiam um tipo de cuidado assistencial especializado e humanizado com os recém-nascidos prematuros, sendo as pesquisas agrupadas de acordo com autor, título e ano de publicação, encontrados na base de dados SciELO, como mostra o quadro 1. Quanto à força de evidência, 12 artigos tiveram nível de evidência VI; em apenas três artigos o nível de evidência foi V. Em relação à categoria profissional, as pesquisas foram realizadas por enfermeiras doutoras e mestras que atuavam na área

acadêmica como professoras e pesquisadoras, não havendo produção científica por parte de acadêmicos.

Quadro 1 - Artigos selecionados no período de 2002 a 2012

Autor	Título	Ano de publicação
Berezovsky A	Maturação funcional da retina em bebês prematuros.	2004
Khan RL, Raya JP, Nunes ML	Avaliação do estado comportamental durante o sono em recém-nascidos.	2009
Mendes I, Carvalho M, Almeida RT, Moreira ME	Uso da tecnologia como ferramenta de avaliação no cuidado clínico de recém-nascidos prematuros.	2006
Meio MDBB, Lopes CS, Morsch DS, Monteiro APG, Rocha SB, Borges RA, Reis AB	Desenvolvimento cognitivo de crianças prematuras de muito baixo peso na idade pré-escolar.	2004
Vasconcelos GAR, Almeida RCA, Bezerra AL	Repercussões da fisioterapia na UTIN.	2011
Gorgulho FR, Pacheco STA	Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna.	2008
Fraga DA, Linhares MBM, Carvalho AEV, Martinez FE	Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas.	2008
Schmidt KT, Higarashi IH, Sassá AH, Marcon SS, Veronez M	A primeira visita ao filho internado na UTIN: percepção dos pais.	2012
Costa R, Monticelli M	Método mãe-canguru	2005
Neves FAM, Orlandi MHF, Sekine CY, Skalinski LM	Assistência humanizada ao neonato prematuro e/ou de baixo peso: implantação do método mãe-canguru em hospital universitário.	2006
Neves PN, Ravelli APX, Lemos JRD	Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso (método mãe-canguru): percepções de puérperas.	2010
Maia FA, Azevedo VMGO, Gontijo FO	Os efeitos da posição canguru em resposta a procedimentos dolorosos em recém-nascidos pré-termo: uma revisão de literatura.	2011
Rugolo RMSS, Bentlin MR, Junior AR, Dalben I, Trindade CEP	Crescimento de prematuros de extremo baixo peso nos primeiros 2 anos de vida.	2007
Graziano RM, Leone CR	Problemas oftalmológicos mais frequentes e desenvolvimento individual do pré-termo.	2005
Suguihara C, Lessa AC	Como minimizar a lesão pulmonar no prematuro extremo: propostas.	2005

Fonte: Base de dados SciELO.

Após a seleção, os artigos foram analisados individualmente e caracterizados em duas categorias de agrupamento: 1) assistência humanizada; 2) cuidado individualizado.

Assistência humanizada

Esta categoria foi construída mediante a análise de seis dos 15 artigos selecionados. Após o estudo criterioso, observou-se que, devido à internação de diversos recém-nascidos prematuros, deparamo-nos com a questão da idealização de um bebê saudável e “gordinho”, em que os pais deparam-se com outra realidade: um recém-nascido de aspecto frágil e com necessidades de cuidados especiais. Busca-se compreender os sentimentos e as necessidades dos pais na primeira visita ao filho na UTIN, aprimorando nossas condutas no acolhimento neste momento particular de suas vidas.⁹

Deste modo, para uma assistência humanizada, podemos contribuir para a criação de um vínculo, com contato pele a pele, entre mãe e bebê de baixo peso, utilizando o método mãe-canguru, o que favorece os laços afetivos e incentiva o aleitamento materno. Mães que utilizam o método canguru demonstram satisfação e sentem-se inseridas na recuperação de seu bebê. Até mesmo a presença da mãe para acalmar seu filho exposto a procedimentos dolorosos mostra sinais de diminuição do nível de estresse e de desconforto comportamental, e está associado com a diminuição do choro em resposta à dor. O método mãe-canguru é considerado uma estratégia de baixo custo e pode ser usado como método não farmacológico para diminuir os níveis de dor nos recém-nascidos prematuros,¹⁰⁻³ podendo ser utilizado por outros membros da família, assim que possível, como pai e avós.

Para a aproximação mãe-bebê ser completa, faz-se necessária a amamentação, sendo, sem dúvida, um desafio. Podemos contribuir para estimular essa mãe, que mesmo sem o bebê sugar de fato, realizar a técnica da ordenha, e que ele possa se beneficiar com este leite, mesmo que haja dificuldades e desconforto, pois é por meio da ordenha que se pode garantir uma boa produção de leite.¹⁴

Cuidado individualizado

Ao realizar uma análise dos artigos nesta categoria, foram utilizados sete artigos dos 15 selecionados, que abordam o cuidado individualizado ao prematuro extremo para que minimize problemas advindos da internação e que não prolongue mais o seu período de internação. Com o passar do tempo, ganhamos em aspectos tecnológicos; no entanto, pacientes com quadros clínicos semelhantes podem ser tratados com diferentes intensidades de utilização tecnológicas, pois suas individualidades de resposta ao tratamento levam a uma avaliação contínua e determinam a necessidade ou não de seu uso. A tecnologia tem grande impacto em morbidades e em custos assistenciais,¹⁵ o que contribui para a sobrevivência

de muitos prematuros, porém não afasta a preocupação quanto ao prognóstico de crescimento e desenvolvimento dessas crianças,¹⁶ demonstrando grande preocupação com as consequências advindas do tempo de exposição ao tratamento prolongado, devido à prematuridade.

Entre os cuidados individualizados, torna-se essencial o cuidado especializado, para o diagnóstico rápido e preciso, e até para acompanhamentos ambulatoriais de determinadas doenças. O acompanhamento oftalmológico vem sendo realizado entre a quarta e a sexta semanas de vida do recém-nascido.¹⁷⁻¹⁸ Este cuidado é importante devido à imaturidade retiniana existente nos prematuros extremos, que pode causar a retinopatia da prematuridade. Assim, podemos minimizar este processo, que pode ser natural, ou agravado de acordo com a ausência de cuidados, como ter uma atenção especial aos níveis de oxigenioterapia e luminosidade durante a internação.

Mediante determinados estudos, foram realizadas avaliações do estado comportamental do sono em recém-nascidos, o que permite identificar o grau de maturação e comprometimento neurológico.¹⁹ O sono para o recém-nascido prematuro é de suma importância, pois é em repouso que ele pode amadurecer e crescer de forma saudável. Com um cuidado individualizado, devemos respeitar o sono destes prematuros, unindo os manuseios, com os demais profissionais, na hora de manipular este prematuro e respeitar a individualidade de cada um.

O desenvolvimento neurológico dos prematuros recém-nascidos em idade escolar apresenta desenvolvimento intelectual limítrofe. Sendo assim, faz-se necessário uma avaliação criteriosa sobre o nascimento prematuro como um dos fatores de risco, mas não o único.²⁰ O desenvolvimento dos recém-nascidos prematuros está relacionado a estímulos verbais, motores, visuais e auditivos, entre outros. Diversos desses estímulos podem ser oferecidos pelas próprias mães. Em estudo observou-se que o pior desempenho nos itens motores, como o de ganhar posição vertical e caminhar, teve relação com menor peso de nascimento e menor índice de Apgar, podendo ser associado ao alto nível de ansiedade materna e ao medo de expô-lo ao chão, restringindo a estimulação motora.²¹ A adesão no segmento ambulatorial é satisfatória no primeiro ano de vida, minimizando as expectativas ao final do segundo ano, por fatores que começam a interferir, como não residir no município e a condição socioeconômica familiar.¹⁶

Desta forma, um profissional que ganhou grande influência na UTIN foi o fisioterapeuta, que, com o passar dos tempos, teve grande reconhecimento. Um cuidado especializado pode estar relacionado a menores índices de complicações respiratórias, proveniente da própria prematuridade e até os primeiros estímulos dentro da UTIN,²² atentando-se para o cuidado e a monitorização dos altos níveis de O₂ para oferecer um suporte adequado e uma ventilação mais gentil.²³

CONCLUSÃO

Em suma, o recém-nascido prematuro extremo, após o nascimento, precisa assumir funções vitais realizadas pela placenta intraútero e é exposto a um ambiente desconhecido e agressivo, tornando-se mais crítico em suas primeiras 24 horas de vida.

Diversos estudos demonstram que a taxa de sobrevivência desses prematuros vem aumentando com o passar do tempo, mediante os avanços tecnológicos. Porém, a busca pelo aprimoramento da qualidade de vida destes recém-nascidos no pós-alta ainda é ineficiente.

Torna-se possível reduzir inúmeros agravos com medidas simples, como minimizar o manuseio, prestar um cuidado delicado, agrupar os cuidados com os demais profissionais e respeitar o momento de repouso de cada recém-nascido.

A ausência de pesquisa nesta área específica configura-se uma lacuna na assistência que poderia reduzir inúmeros agravos ao prematuro extremo. As medidas simples mais essenciais, como um cuidado delicado, com mínimo manuseio, respeitando o momento de cada recém-nascido, deveriam ser objeto de mais estudos científicos.

REFERÊNCIAS

1. Ferraz ST, Frônio JS, Neves LAT, Demarchi RS, Vargas ALA, Ghetti FF, et al. Programa de follow-up de recém-nascidos de alto risco: relato da experiência de uma equipe interdisciplinar. *Rev. APS* 2010;13(1):133-139.
2. Deutsch ADA, Melo AMAGP, Yoshimoto CE, Fiorenzano DM, Abllan DM, Diniz EMA. *Neonatologia*. 1. ed. São Paulo: Manole; 2011.
3. Goulart AL. Assistência ao recém-nascido pré-termo. In: Kopelman BI, Santos AMN, Goulart AL, organizadores. *Diagnóstico e tratamento em neonatologia*. 4. ed. São Paulo: Atheneu; 2004.
4. Ferreira ABH. *Novo Aurélio. Século XXI: o dicionário da Língua Portuguesa*. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1999.
5. Nader SS. *Humanização no Atendimento Neonatal*. 2. ed. Rio de Janeiro: Artmed; 2004.
6. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enferm* 2008;17(4):758-64.
7. Souza JC, Mallmann DG, Galindo Neto NM, Freitas NO, Vasconcelos EMR, Araújo EC. Promoção da saúde da mulher lésbica: cuidados de enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm* 2014;35(4):95-99.
8. Stetler CB, Morsi D, Rucki S, Broughton S, Corrigan B, Fitzgerald J, et al. Utilization focused integrative reviews in a nursing service. *Appl Nurs Res* 1998;11(40):195-206.
9. Schmidt KT, Higarashi IH, Sassá AH, Marcon SS, Veronez M. A primeira visita ao filho internado na unidade de terapia intensiva neonatal: percepção dos pais. *Esc. Anna Nery* 2012;16(1):221-27.
10. Costa R, Monticelli M. Método mãe-canguru. *Acta Paul Enferm* 2005;18(4):427-433.
11. Neves FAM, Orlandi MHF, Sekine CY, Skalinski LM. Assistência humanizada ao neonato prematuro e/ou baixo peso: implantação do método mãe-canguru em hospital universitário. *Acta Paul Enferm* 2006;19(3):17-27.
12. Neves PN, Ravelli APX, Lemos JRD. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso (método mãe-canguru): percepções de puérperas. *Rev. Gaúcha Enferm* 2010;31(1):48-54.
13. Maia FA, Azevedo VMGO, Gontijo FO. Os efeitos da posição canguru em resposta a procedimentos dolorosos em recém-nascidos pré-termo: uma revisão de literatura. *Rev. Bras Ter Intensiva* 2011;23(3):370-373.
14. Gorgulho FR, Pacheco STA. Amamentação de prematuros em uma unidade neonatal: a vivência materna. *Esc. Anna Nery* 2008;12(1):234-38.

15. Mendes I, Carvalho M, Almeida RT, Moreira ME. Uso da tecnologia como ferramenta de avaliação no cuidado clínico de recém-nascidos prematuros. *J Pediatr* 2006;82(5):371-376.
16. Rugolo RMSS, Bentlin MR, Junior AR, Dalben I, Trindade CEP. Crescimento de prematuros de extremo baixo peso nos primeiros 2 anos de vida. *Rev. Paul. Pediatr* 2007;25(2):21-32.
17. Berezovsky A. Maturação funcional da retina em bebês prematuros. *Psicol. USP* 2007;18(2):35-45.
18. Graziano RM, Leone CR. Problemas oftalmológicos mais frequentes e desenvolvimento individual do pré-termo. *J Pediatr* 2005;81(1):595-600.
19. Khan RL, Raya JP, Nunes ML. Avaliação do estado comportamental durante o sono em recém-nascidos. *J Epilepsy Clin. Neurophysiol* 2009;15(1):209-214.
20. Meio MDDBB, Lopes CS, Morsch DS, Monteiro APG, Rocha SB, Borges RA, Reis AB. Desenvolvimento cognitivo de crianças prematuras de muito baixo peso na idade pré-escolar. *J Pediatr* 2004;80(6):495-502.
21. Fraga DA, Linhares MBM, Carvalho AEV, Martinez FE. Desenvolvimento de bebês prematuros relacionados a variáveis neonatais e maternas. *Psicologia em Estudo* 2008;13(2):335-344.
22. Vasconcelos GAR, Almeida RCA, Bezerra AL. Repercussões da fisioterapia na unidade de terapia intensiva neonatal. *Fisioter. Mov* 2011;24(1):65-73.
23. Suguihara C, Lessa AC. Como minimizar a lesão pulmonar no prematuro extremo: propostas. *J Pediatr* 2005;81(1):25-29.

Recebido em: 15/03/2015

Revisões requeridas: 17/09/2015

Aprovado em: 31/08/2016

Publicado em: 25/10/2017

Autora responsável pela correspondência:

Lucilia Feliciano Marques

Rua Daniel Carneiro, 169

Engenho de Dentro, Rio de Janeiro

CEP: 20730-040

E-mail: <marques_lucilia@yahoo.com.br>