

EFEITO DA IDADE GESTACIONAL PARA O DESENVOLVIMENTO DE BEBÊS PRÉ-TERMO DURANTE O PRIMEIRO ANO

Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Bauru-SP, Brasil

Veronica Aparecida Pereira

Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados-MS, Brasil

Gabriella Passos Perezin

Janaína Senhorini dos Santos

SORRI, Bauru-SP, Brasil

RESUMO

Objetivou-se avaliar o efeito da idade gestacional no desenvolvimento de bebês pré-termo e descrever indicadores para o primeiro ano. Participaram 191 bebês, que foram avaliados com o Inventário Portage Operacionalizado Adaptado (IPAB), aos seis, nove e doze meses. Os bebês e suas famílias frequentavam um programa de Intervenção Precoce oferecido em uma instituição do interior do estado de São Paulo. Os escores observados, para as cinco áreas do IPAB, foram mais próximas ao esperado aos 12 meses. Nessa idade, observou-se, também, que o efeito da prematuridade foi menor, mesmo para os bebês que nasceram com menor idade gestacional. Destaca-se a importância da participação em programas de Intervenção Precoce o mais cedo possível, permanecendo ao longo da primeira infância.

Palavras-chave: Nascimento prematuro; Avaliação do desenvolvimento infantil; Inventário Portage.

EFFECT OF GESTATIONAL AGE ON THE DEVELOPMENT OF PRETERM BABIES DURING THE FIRST YEAR

ABSTRACT

The aim was to evaluate the effect of gestational age on the development of preterm babies. A total of 191 babies participated, who were evaluated with the Adapted Operationalized Portage Inventory (IPAB), at six, nine and twelve months. The babies and their families attended an Early Intervention program in a country town in the state of São Paulo - Brazil. The scores observed for the five areas of the IPAB were closer to the expected at 12 months. At this age, it was also observed that the effect of prematurity was smaller, even for babies born at a lower gestational age. The importance of participating in Early Intervention programs as early as possible, remaining throughout early childhood, is highlighted.

Keywords: premature birth; assessment of child development; Portage Inventory.

EFECTO DE LA EDAD GESTACIONAL EN EL DESARROLLO DE LOS PREMATUROS DURANTE EL PRIMER AÑO

RESUMEN

El objetivo fue evaluar el efecto de la edad gestacional en el desarrollo de los bebés prematuros. Participaron 191 bebés, evaluados con el Inventario de Portage Operacionalizado Adaptado (IPAB), a los seis, nueve y doce meses. Los bebés y sus familias frecuentaron un programa de Atención Temprana ofrecido en una institución del interior del estado de São Paulo. Los puntajes observados para las cinco áreas del IPAB se acercaron más a lo esperado a los 12 meses. A esta edad también se observó que el efecto de la prematuridad era menor, incluso para los nacidos a menor edad gestacional. Se destaca la importancia de participar en los programas de Intervención Temprana lo antes posible, continuando durante toda la primera infancia.

Palabras clave: Nacimiento prematuro; Evaluación del desarrollo infantil; Inventario Portage.

O desenvolvimento infantil é um processo multifacetado, no qual interagem fatores biológicos, ambientais, sociais, culturais e emocionais (Zago et al., 2017). Essa interação implica em mudanças nos diferentes domínios do comportamento humano, os quais podem ser influenciados por fatores de risco ou de proteção ao desenvolvimento infantil.

Entre os principais fatores de risco para o desenvolvimento está a prematuridade. Soares et al. (2017), em estudo de revisão integrativa da literatura sobre as associações entre prematuridade e desenvolvimento infantil, indicaram que crianças que tiveram o nascimento pré-termo, quando comparadas a crianças a termo, apresentaram mais atrasos em desenvolvimento neuropsicomotor, sendo necessário o acompanhamento frequente e sistemático.

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), indicaram a ocorrência anual de 15 milhões de partos prematuros no mundo, sendo a principal causa de mortalidade infantil (OMS, 2018). Estima-se que três quartos dos partos prematuros poderiam ser evitados por meio da oferta de serviços essenciais de saúde. No Brasil, o percentual atual de recém-nascidos com menos de 37 semanas é de 11,3%, requerendo ações de cuidado e acompanhamento junto a essa população (Ministério da Saúde, 2021). No estudo realizado por Areco et al. (2016), os autores indicaram a relevância da oferta de cuidado e acompanhamento perinatal como fatores de proteção para o desenvolvimento infantil, capazes de reduzir a mortalidade, principalmente entre os recém-nascidos pré-termo.

Nascimentos com menor idade gestacional comumente apresentam baixo peso ao nascer, maior tempo de hospitalização após o parto e maior risco de óbito neonatal (Moura et al., 2020; Nóbrega et al., 2022). Frente a essas diferentes condições de prematuridade, é importante considerar as subdivisões apresentadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018) sobre a classificação da prematuridade de acordo com a idade gestacional. São constituídos três grupos: 1) pré-termo moderado: aqueles nascidos com idade gestacional entre 32 a menos de 37 semanas, 2) muito pré-termo: inclui os nascidos com idade gestacional entre 28 a menos de 32 semanas e, 3) pré-

termo extremo: se refere aos recém-nascidos com idade gestacional inferior a 28 semanas.

Em Nota Técnica apresentada no dia 17 de novembro, o Dia da Prematuridade, a Sociedade Brasileira de Pediatria (2019) sugeriu as sub categorias Moderado e Tardio, sendo a primeira constituída por recém-nascidos com idade gestacional de 32 a menos de 34 semanas e a segunda 34 a menos de 37 semanas. Essas subdivisões são importantes para considerar necessidades diferenciadas entre os bebês pré-termo e promover intervenções junto às famílias.

Todavia, independentemente da idade gestacional, estudos têm apontado para a importância de serviços de intervenção precoce para garantir o desenvolvimento adequado de crianças nascidas prematuras (Alves & Campos, 2012; Ferreira et al., 2018). Reconhecendo-se que recém-nascidos pré-termo apresentam maior risco de atraso neuropsicomotor (Soares et al., 2017), a recomendação para que o seu acompanhamento ocorra em programas de Intervenção Precoce (IP) é fundamental, pois observam-se resultados positivos sobre o desenvolvimento de crianças de risco que participam desses programas (Izidoro et al., 2019).

Na literatura encontram-se diferentes denominações sobre os processos de intervenção junto a bebês pré-termo e suas famílias. Para além das diferentes nomeações, é importante considerar as alterações de forma a entender o trabalho e o olhar para os participantes das intervenções. O termo Estimulação Precoce (EP) é mais antigo e encontra-se centrado na estimulação infantil. A Intervenção Precoce (IP), além de considerar as ações voltadas à criança, está centrado nas necessidades e potencialidades da família, tendo esta uma participação fundamental em todo o processo (Franco, 2007).

É nessa perspectiva, de valorização das potencialidades da família e sua participação ativa no planejamento e implementação de ações junto ao bebê, que o presente estudo foi descrito. Portanto, para que a família e a equipe realizem a IP deverão conhecer detalhadamente as necessidades e potencialidades da criança (Souza & Veríssimo, 2015), informações obtidas, principalmente, por meio de instrumentos de avaliação do desenvolvimento. A avaliação constante, processual e, preferencialmente, em contexto natural (Franco, 2007) possibilitará o planejamento de práticas de cuidado e estimulação, promotoras de um desenvolvimento saudável (Santos et al., 2015).

A identificação de possíveis atrasos de desenvolvimento deverá ocorrer de forma mais precoce possível, de forma a minimizar ou mesmo eliminar prejuízos futuros (Ferreira et al., 2018; Madaschi & Paula, 2011), associada ao conhecimento dos contextos reais de desenvolvimento da criança. Um estudo desenvolvido por Candido e Cia (2016) mostrou que os serviços de intervenção precoce descritos em teses e dissertações brasileiras mostram que as avaliações e os serviços focalizam mais a criança e menos seus contextos de desenvolvimento. Nesse sentido, é importante que a equipe de intervenção precoce se aproprie de informações acerca dos fatores de risco e proteção, para que possa planejar e proporcionar estratégias efetivas e reais de promoção de desenvolvimento (Jesus & Toni, 2019).

É possível identificar o avanço de estudos sobre a elegibilidade de bebês prematuros para serviços de intervenção precoce, bem como sua relevância (Mallik, 2017). As *Diretrizes de Estimulação Precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor* (Brasil, 2016) propõe que o atendimento às crianças inicie o mais cedo possível, logo após o nascimento.

Todavia, um estudo desenvolvido por Mendonça et al. (2021) apontou que as crianças chegam tarde nos serviços de intervenção precoce, em geral depois de 12 meses de idade. O estudo de Schiavo et al. (2021) apontou para prognóstico favorável para o desenvolvimento para bebês prematuros atendidos a partir de três meses de idade. Tão importante quanto o atendimento o mais cedo possível está a definição de um protocolo de avaliação que constará, entre outros instrumentos, de escalas de avaliação do desenvolvimento infantil.

Para promoção de programas de intervenção é importante apoiar-se em avaliações sistematizadas que viabilizem tomadas de decisão para os serviços oferecidos aos bebês e suas famílias. Algumas revisões de literatura podem contribuir para a localização de instrumentos utilizados para avaliação infantil no contexto brasileiro (Albuquerque & Cunha, 2020; Barros et al., 2020; Mélo et al., 2019).

Em diferentes formatos, os instrumentos de avaliação de desenvolvimento infantil permitem identificar padrões comportamentais esperados para determinada idade ou período desenvolvimental. Nas revisões de literatura sobre os instrumentos de avaliação de avaliação infantil percebe-se maior ocorrência da utilização de testes rápidos, para identificação inicial como o Teste de Triagem Denver II (Albuquerque & Cunha, 2020; Barros et al., 2020; Mélo et al., 2019; Rodrigues, 2012), de testes mais detalhados que possibilitam a identificação e o planejamento de ações, como a Escala Bayley de Desenvolvimento Infantil – Bayley III e o Inventário Portage Operacionalizado (IPO) (Albuquerque & Cunha, 2020; Barros et al., 2020; Rodrigues, 2012) ou de escalas para áreas específicas de desenvolvimento como a Escala Motora Infantil de Alberta – AIMS e a Escala Motora de Desenvolvimento Peabody (Escala PDMS II) (Albuquerque & Cunha, 2020; Barros et al., 2020).

As escalas destacadas por Mélo et al. (2019) foram apontadas por seu baixo custo e pelo fato de terem tradução e/ou validação no Brasil. Barros et al. (2020) centraram-se na busca de testes validados no Brasil e Albuquerque e Cunha (2020) em testes padronizados. Recentemente foi elaborado e validado um instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil, o Inventário Dimensional de Avaliação do Desenvolvimento Infantil (IDADI), previsto para avaliar o desenvolvimento de crianças de zero até 72 meses de idade por meio do relato parental, abrangendo os domínios Cognitivo, Motricidade (Ampla e Fina), Comunicação e Linguagem (Receptiva e Expressiva), Socioemocional e Comportamento Adaptativo (Silva et al., 2019) o que possibilitará seu uso com avaliação de bebês. Há, também, um inventário resumido (IDADI-Short) que poderá ser utilizado como instrumento de triagem (Mendonça et al., 2021).

Para o uso em serviços de intervenção precoce os instrumentos recomendados são aqueles que possibilitam a identificação de competências e pontos fracos das crianças para o planejamento de estratégias para serem implementadas nos diferentes *locus* de desenvolvimento da criança: em casa, na escola e, também, nos serviços especializados.

O Inventário Portage Operacionalizado, ainda que não padronizado para o Brasil, tem atendido bem esse papel. Ele possibilita a identificação de áreas em defasagens, contribuindo para o planejamento de ações em programas de intervenção precoce, envolvendo o treino de habilidades nos diferentes contextos de desenvolvimento, aproveitando a multiplicidade de estímulos oferecidos em cada um dos ambientes. Em uma revisão sistemática da literatura sobre o uso do IPO, Aiello e Williams (2021) analisaram 42 artigos publicados entre 2002 e 2016. Os dados obtidos

sugerem que o instrumento viabilizou a avaliação do repertório comportamental de crianças em uma ampla gama de síndromes ou condições de risco e deficiências, entre elas, a prematuridade.

Entre os instrumentos indicados pelas revisões de literatura, o IPO destaca-se como instrumento utilizado com a população de bebês pré-termo, observando-se sua utilização em estudos para avaliação de programas de intervenção precoce, como medida antes e depois (Formiga et al., 2004), na descrição do desenvolvimento de bebês pré-termo (Lamônica & Picolini, 2009), na comparação com o desenvolvimento de crianças a termo (Rodrigues & Bolsoni-Silva, 2011) e na investigação de possíveis diferenças relacionadas ao sexo (Almeida et al., 2012).

Entre as contribuições do IPO na avaliação como no planejamento de práticas pautadas na realidade das crianças e suas famílias, há estudos que relataram sua utilização em contextos específicos, como na intervenção com uma criança com Síndrome de Down (Rodrigues & Ribeiro, 2008) e uma criança com Prader Willi (Pereira et al., 2015). Nesses estudos, a utilização do IPO viabilizou o planejamento de estratégias de intervenção para o ensino de repertórios comportamentais para as crianças. Para isso, foram elencados comportamentos das cinco áreas que poderiam ser implementados em contexto clínico, em casa e na escola de educação infantil. Algumas habilidades de autocuidado, como lavar as mãos, comer sozinho, ir ao banheiro, foram trabalhadas nos três contextos. A rotina de sono, cuidados alimentares (dificuldade de saciação da fome, no caso de Prader Willi), ocorreram em casa. Na escola foram trabalhados os comportamentos cooperativos em brincadeiras, a utilização de brinquedos do parque e atividades de coordenação motora fina.

As estratégias utilizadas resultaram em ganhos significativos no desenvolvimento da criança, favorecendo um maior envolvimento das mães nas tarefas de desenvolvimento. Tais resultados apontaram para o uso efetivo do IPO na avaliação e reavaliações sistemáticas de desenvolvimento, importantes para práticas baseadas em evidência, que deve ser uma constante em equipes de serviços de intervenção precoce.

Segundo Izidoro et al. (2019) os programas de IP, por meio das equipes interdisciplinares e, preferencialmente, transdisciplinares, visam desenvolver estratégias que promovam o fortalecimento das potencialidades das crianças e suas famílias. Devem fornecer subsídios importantes para favorecer o desenvolvimento infantil em contextos de risco, atraso ou vulnerabilidade. Carniel et al. (2017) destacaram a importância de uma intervenção interdisciplinar precoce, enfatizando benefícios significativos comparados as crianças que não passaram por esses programas. Indicaram que uma intervenção de qualidade aumenta a probabilidade de conseguir resultados positivos em termos de desenvolvimento futuro.

Pelo fato de a prematuridade ser considerada um problema de saúde pública, bebês pré-termo e suas famílias são, *a priori*, elegíveis para participação de programas de Intervenção Precoce. Os programas de IP devem oferecer subsídios para as famílias, auxiliando e oferecendo suporte para que possam identificar o mais breve possível as áreas em defasagem, de modo a favorecer o seu desenvolvimento.

Importantes estudos destacaram a contribuição de programas de IP sobre o desenvolvimento do recém-nascido que tem como objetivo acompanhar, oferecer à família e à criança suporte, prevenção e promoção da saúde (Gross & Paniagua, 2012; Hekavei & Oliveira, 2009). Segundo Marini et al. (2017), apesar do surgimento de programas de IP na década de 70, a temática é pouco discutida no Brasil, refletindo até mesmo no emprego de diferentes termos para referenciar esse tipo de atendimento.

Considerando a contribuição de programas de intervenção precoce durante a primeira infância e sendo a prematuridade uma importante questão de saúde pública, destaca-se a relevância de estudos desenvolvidos junto a essa população.

Nesse contexto, o presente estudo apoiou-se em duas hipóteses: 1) bebês pré-termo que participaram do projeto *Bebês prematuros: programa de estimulação ao desenvolvimento e apoio emocional às mães*, desenvolvido no Centro Especializado em Reabilitação, a Sorri-Bauru (SP), teriam seu desenvolvimento cada vez mais próximo ao indicado pelo IPO para essa faixa etária aos 12 meses e, 2) bebês com idade gestacional mais baixa apresentariam desempenho significativamente inferior quando comparados a bebês com idade gestacional mais elevada. Desse modo, buscou-se, no presente estudo avaliar o efeito da idade gestacional no desenvolvimento de bebês pré-termo, participantes de um programa de IP, aos seis, nove e doze meses e, descrever indicadores de desenvolvimento de bebês pré-termo, nas áreas de desenvolvimento motor, cognição, linguagem, socialização e autocuidados, avaliadas a partir do Inventário Portage Operacionalizado adaptado.

MÉTODO

DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo sequencial, parte do projeto *Bebês prematuros: programa de estimulação ao desenvolvimento e apoio emocional às mães*, financiado pelo Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Apoio à Atenção da Saúde da Pessoa com Deficiência (PRONAS/PCD) e aprovado pelo Comitê de Ética da instituição de origem das autoras (Parecer n. 2.088.004). Antes do início da coleta todos os cuidados éticos foram tomados como informar as mães sobre o tratamento de dados em conjunto, impossibilitando a identificação dos participantes e a ausência de ônus.

PARTICIPANTES

Participaram do estudo 191 bebês pré-termo avaliados aos seis, nove e 12 meses. A amostra contou com 159 bebês aos seis meses, 132 aos nove meses e 93 aos 12 meses. A seleção foi realizada a partir do banco de dados do Programa de Intervenção Precoce (nome ocultado, fornecido a partir do aceite do manuscrito). Os critérios de inclusão para composição da amostra foram: idade gestacional inferior a 37 semanas, ter participado de no mínimo duas avaliações (daquelas feitas aos seis, nove e 12 meses) e ausência de diagnóstico clínico para deficiência ou doença grave. A diminuição do número de participantes entre a primeira e terceira avaliação ocorreu em função de mudança ou desistência do programa.

Na Tabela 1 encontram-se os dados sociodemográficos da amostra geral. Considerando-se a amostra total, as mães apresentaram idade média de 28,0 anos e 9,9 anos de escolaridade, valores próximos aos dos pais, com idade média de 29,4 anos de idade e 10,2 anos de escolaridade. A mediana observada para número de filhos foi 2,0 e o nível socioeconômico (NSE) apresentou um índice médio de 24,56 (Nível C, segundo o Critério de Avaliação Socioeconômica Brasil – ABEP, 2019).

A configuração familiar predominante foi nuclear (65,4%), com 49,2% de mães com trabalho remunerado e o pai como principal provedor (60,7%). A amostra de bebês

contou com distribuição semelhante quanto ao sexo (51,3% masculino e 48,7% feminino), nascidos com idade gestacional média de 32,86 semanas, com peso médio de 1943,96 e, em média com 20,3 dias de internação após o parto. A principal via de nascimento foi natural (69,1%).

Tabela 1
 Características sociodemográficas da amostra

	Total (N = 191)	6 meses (N = 159)	9 meses (N = 132)	12 meses (N = 93)
Variáveis familiares	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Idade Materna	28,02 (7,80)	28,81(7,00)	27,85 (9,82)	28,89 (7,45)
Escolaridade Materna	9,23 (3,38)	9,91 (3,27)	9,92 (3,07)	9,90 (3,04)
Idade Paterna	29,49 (10,52)	31,42 (7,65)	25,10 (14,57)	30,54 (6,86)
Escolaridade Paterna	10,07 (3,17)	10,43 (2,92)	9,95 (2,96)	10,24 (2,92)
Nº de filhos (Mediana)	2	2	2	2
NSE	24,56 (6,05)	24,58 (6,27)	24,38 (6,69)	24,85 (3,91)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Configuração Familiar				
Nuclear	125 (65,4)	102 (64,2)	85 (64,4)	58 (65,4)
Outras configurações	66 (34,6)	57 (35,8)	47 (35,6)	35 (34,6)
Trabalho materno				
Sim	94 (49,2)	85 (51,6)	60 (45,5)	40 (43,0)
Não	85 (44,5)	66 (41,5)	62 (47,0)	50 (53,8)
Não respondeu	12 (6,3)	10 (6,3)	10 (7,5)	3 (3,2)
Principal Provedor				
Mãe	43 (22,5)	36 (22,6)	29 (22,1)	24 (25,8)
Pai	116 (60,7)	98 (61,6)	78 (59,1)	54 (8,1)
Outros	32 (16,8)	25 (15,8)	25 (18,8)	15 (15,2)
Variáveis dos bebês	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)	Média (DP)
Idade Gestacional	32,86 (2,39)	32,69 (2,40)	32,47 (2,63)	32,24 (2,8)
Peso ao nascer	1943,96 (542,79)	1900,75 (537,99)	1865,49 (586,76)	1821,07 (587,18)
Dias de internação	20,38 (19,35)	22,07 (19,37)	23,31(20,75)	25,73 (23,17)
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Sexo				
Menino	98 (51,3)	82 (51,6)	67 (50,8)	50 (53,8)
Menina	92 (48,2)	77 (48,4)	65 (49,2)	43 (46,2)
Via de nascimento				
Natural	132 (69,1)	110 (69,2)	92 (68,9)	63 (67,7)
Cesárea	58 (30,4)	49 (30,8)	40 (30,3)	30 (32,3)

Notas: NSE = Nível Socioeconômico; DP = Desvio Padrão.

Os 191 bebês foram divididos segundo as subdivisões da OMS, pautadas na idade gestacional, da seguinte forma: 1) bebês pré-termo extremos ou muito pré-termo (E/MPT - idade gestacional (IG) entre 25 a 31 semanas); 2) pré-termo moderado (PTM, com 32 e 33 semanas); 3) pré-termo tardio (PTT - de 34 a 36 semanas). A distribuição de participantes entre os grupos atendeu ao critério de semelhança, verificado pelo teste de Levene, com valores de $p > 0,05$.

LOCAL

Os dados foram coletados na Sorri-Bauru (SP), em sala apropriada para a avaliação dos bebês contendo amplo espaço forrado com EVA, almofadas e cadeiras.

INSTRUMENTOS

Para a coleta dos dados sociodemográficos utilizou-se de um questionário contendo perguntas direcionadas aos pais/mães (idade, estado civil, escolaridade, tipo de parto e número de filhos), à criança (idade, sexo, condições de nascimento, tempo de internação) e à família (configuração familiar, principal provedor). Os dados socioeconômicos foram coletados a partir da Escala organizada pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2019).

O Inventário Portage Operacionalizado (Williams & Aiello, 2018), em sua versão original, encontra-se organizado em seis áreas no primeiro ano de vida: Estimulação Infantil (45 comportamentos), Desenvolvimento Motor (45 comportamentos), Socialização (28 comportamentos), Autocuidados (13 comportamentos), e Linguagem (10 comportamentos). A adaptação do IPO original consistiu na inclusão dos 45 itens do protocolo de Estimulação Infantil nas diferentes áreas avaliadas, de acordo com a avaliação de juízes (Rodrigues, 2009).

Desse modo, o protocolo adaptado passou a contar com cinco áreas: 1) Desenvolvimento Motor - 59 comportamentos (45 do protocolo original + 14 da área de EI - itens 8, 16, 19, 25, 28, 29, 30, 33, 35, 36, 37, 39, 43, 44) com indicação de valores esperados de: 20 (aos 6 meses), 38 (aos 9 meses) e 56 (aos 12 meses); 2) Socialização - 34 comportamentos (28 do protocolo original e seis de EI - itens 10, 14, 21, 24, 41, 42), com indicação de valores esperados de: 22 (aos 6 meses), 27 (aos nove meses) e 33 (aos 12 meses); 3) Cognição - 30 comportamentos (14 do protocolo original e 16 de EI - itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 12, 13, 15, 17, 20, 22, 23, 27, 31, e 32) com indicação de valores esperados de: 18 (aos 6 meses), 24 (aos nove meses) e 28 (aos 12 meses); Autocuidado - 18 comportamentos (13 comportamentos do protocolo original, um comportamento em comum com a área de EI item 1 do original semelhante ao 7 de EI e inclusão dos itens de EI - itens 9, 11, 18, 26 e 40) com indicação de valores esperados de: 10 (aos 6 meses), 15 (aos nove meses) e 18 (aos 12 meses); e Linguagem - 13 comportamentos (10 do protocolo original e 3 de EI, itens - 34, 38, 45) com indicação de valores esperados de: 2 (aos 6 meses), 6 (aos nove meses) e 12 (aos 12 meses). Os escores comparativos foram indicados a partir do estudo de Rodrigues (2009), referindo-se ao esperado para bebês a termo. A partir do presente estudo, a análise interquartil possibilita a indicação de percentis e escores esperados para uma população de bebês pré-termo em processo de intervenção precoce.

PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

A partir da listagem dos bebês de risco enviada pelo Banco de Leite Humano, da Secretaria de Saúde de Bauru, eram identificadas as famílias elegíveis para participação do Programa (dados ocultados). Eram selecionados os bebês nascidos com 35 semanas ou menos de gestação e/ou peso inferior a 2000grs. As famílias eram convidadas a integrar o programa e, em caso de aceite, um horário era agendado para informações sobre as etapas do programa e esclarecimento dos objetivos, procedimentos éticos e realização da primeira avaliação.

A avaliação do IPAB inicia-se pelo primeiro item previsto para o mês referente à idade cronológica do bebê. O critério para continuação dos itens é a ocorrência de, no mínimo, três respostas corretas consecutivas nos itens iniciais esperados para a idade. Caso não ocorra, são aplicados os itens da idade antecedente em ordem reversa

até completar três acertos consecutivos. A avaliação é interrompida quando a criança apresentar cinco respostas “não” consecutivas. A partir disso, é pontuado no protocolo se ele responde ou não ao que é esperado para sua idade. Um familiar responsável sempre está presente na aplicação, participando da avaliação e do planejamento.

Os resultados da avaliação norteiam o planejamento e execução da intervenção. Um plano trimestral é proposto a partir de possíveis defasagens identificadas, e as atividades são previstas a partir de recursos presentes no ambiente da criança. A família é orientada sobre como promover o desenvolvimento do bebê nas áreas avaliadas pelo IPAB, principalmente a partir de atividades previstas na rotina da família e do bebê, integrando a estimulação nas diárias.

PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS

Primeiramente, os dados da amostra total foram comparados ao esperado, de acordo com os escores para área e idade em avaliação, conforme indicado por Rodrigues (2009). A comparação foi realizada a partir do Teste t para uma amostra, com intervalo de confiança de 95%, que possibilitou indicar o valor esperado, comparando-o ao obtido para a população em estudo. Considerando também a amostra total, foi utilizada estatística descritiva, por área e idade, com análise de quartil apurada a partir dos pontos de corte de 10 grupos iguais, gerando percentis e escores específicos para a população em estudo (bebês pré-termo, participantes de um programa de intervenção).

Por fim, foram conduzidas as análises a partir dos subgrupos: de bebês pré termo Extremo ou Muito Pré-termo (E/MPT – nascidos com menos de 28 semanas gestacionais); bebês Muito Pré-termo (MPT – nascidos com mais de 28 semanas e menos de 32) e, bebês – Pré-termo moderado a Tardio (mais de 32 e menos de 37 semanas). Foram observados os critérios de normalidade, a partir do teste de Kolmogorov Smirnov, sendo conduzidas análise univariadas para os diferentes períodos de avaliação. Por se tratar de comparações entre três grupos, foram aplicados também os testes de Post-hoc, de Sidak, para que, em caso de diferenças significativas, se confirme a direção da diferença.

RESULTADOS

Diante dos objetivos propostos, primeiramente, conforme observa-se na Tabela 2, foram apresentados os resultados obtidos da avaliação da amostra geral, considerando-se os bebês avaliados aos seis, nove e 12 meses de vida. Para todas as áreas observou-se aumento significativo das médias entre as avaliações, e diminuição da diferença de médias em relação ao resultado esperado para bebês a termo.

Tabela 2

Desempenho de bebês pré-termo aos 6, 9 e 12 meses e comparação entre obtido e esperado para idade

6 meses Area (número de participantes)	Mín.- Max.	Obtido M (DP)	Esperado	Diferença (obtido x esperado)	p
Desenvolvimento Motor (150)	2,0 – 37	16,4 (7,3)	20	-3,58	0,000
Linguagem (119)	0,0 – 6,0	2,6 (1,3)	2	0,61	0,000
Cognição (100)	6,0 – 22	16,4 (2,7)	18	-1,62	0,000
Autocuidados (87)	3,0 – 14	7,5 (2,6)	10	-2,52	0,000
Socialização (123)	4 – 28	15,9 (4,7)	22	-6,08	0,000
9 meses Area (número de participantes)	Mín.- Max.	Obtido M (DP)	Esperado	Diferença (obtido x esperado)	p
Desenvolvimento Motor (111)	7 – 53	33,5 (10,4)	38	-4,47	0,000
Linguagem (72)	0 – 8	4,8 (2,1)	6	-1,24	0,000
Cognição (104)	13 – 27	21,6 (2,9)	24	-2,44	0,000
Autocuidados (97)	3 – 28	12,7 (3,5)	15	-2,32	0,000
Socialização (98)	10 - 31	22,7 (5,2)	27	-4,13	0,000
12 meses Area (número de participantes)	Mín.- Max.	Obtido M (DP)	Esperado	Diferença (obtido x esperado)	p
Desenvolvimento Motor (82)	7,0 – 58,0	46,3 (12,0)	56	- 9,63	0,000
Linguagem (54)	0 - 12	6,8 (2,6)	12	- 5,90	0,000
Cognição (58)	6 – 28	22,9 (5,0)	28	- 5,06	0,000
Autocuidados (64)	3 – 18	14,3 (3,6)	18	-3,73	0,000
Socialização (57)	2 – 33	25,1 (7,4)	33	- 7,89	0,000

Notas: Min. – Max = Mínimo – Máximo; M= Média, DP = Desvio padrão; p = nível de significância obtido a partir do teste t para uma amostra, considerando-se o valor esperado com base em valores indicados para bebês a termo (Rodrigues, 2009).

Também em relação à amostra geral, realizou-se uma análise estatística descritiva, com análise de quartil, com pontos de corte para grupos para dez grupos iguais (por idade) - decis. Os resultados encontram-se apresentados na Tabela 3.

Tabela 3

Relação score obtido e percentil observado a partir da aplicação do IPO com bebês pré-termo aos 6, 9 e 12 meses

6 meses	Motor (n = 150) escore*	Linguagem (n = 119) escore*	Cognição (n = 110) escore*	Autocuidados (n = 87) escore*	Socialização (n = 123) escore*
	10	7,00	1,00	13,00	10,00
	20	9,00	2,00	15,00	11,00
	25	10,00	2,00	15,00	12,00
	30	11,00	2,00	16,00	14,00
	40	14,00	2,00	16,00	15,00
Percentis	50	17,00	3,00	17,00	16,00
	60	20,00	3,00	17,00	17,40
	70	22,00	3,00	18,00	18,00
	75	23,00	3,00	18,00	19,00
	80	23,00	3,00	18,00	20,00
	90	25,00	4,00	19,00	22,00

		Motor (n = 111) escore	Linguagem (n = 72) escore	Cognição (n = 104) escore	Autocuidados (n = 97) escore	Socialização (n = 98) escore	
9 meses	10	19,00	1,30	18,00	7,80	14,00	
	20	25,00	3,00	19,00	10,00	18,80	
	25	26,00	3,00	19,25	11,00	20,00	
	30	30,00	4,00	20,00	11,00	21,00	
	40	33,00	4,00	21,00	12,20	23,00	
	Percentis	50	35,00	5,00	22,00	13,00	24,00
		60	37,00	6,00	23,00	14,00	25,00
		70	38,00	6,00	23,00	14,60	26,00
		75	40,00	6,00	24,00	15,00	27,00
		80	41,00	7,00	24,00	15,00	27,00
	90	48,00	7,00	25,00	16,00	29,00	
		Motor (n = 80) escore	Linguagem (n = 54) escore	Cognição (n = 58) escore	Autocuidados (n = 64) escore	Socialização (n = 57) escore	
12 meses	10	28,20	2,50	17,00	9,00	13,00	
	20	36,40	5,00	19,80	12,00	18,60	
	25	42,00	5,75	20,00	13,00	24,00	
	30	43,30	6,00	21,70	13,50	25,00	
	40	50,00	6,00	23,60	14,00	26,00	
	Percentis	50	51,00	7,00	24,00	16,00	27,00
		60	53,00	8,00	25,00	16,00	28,00
		70	54,00	8,00	26,00	16,50	29,00
		75	54,00	9,00	26,00	17,00	31,00
		80	55,00	9,00	27,00	17,00	31,00
	90	56,00	9,50	28,00	18,00	32,00	

*Análise descritiva, com pontos de corte indicador para 10 grupos iguais.

Os decis estão organizados na 1ª coluna, de 10 a 90, para cada uma das avaliações. O decil central (50) encontra-se tarjado indicando o escore médio observado para as áreas do IPO. Na área de Desenvolvimento Motor os escores médios foram 17, 35 e 51, para as avaliações realizadas aos 6, 9 e 12 meses, respectivamente. Do mesmo modo, para as demais áreas, observaram-se os seguintes escores médios; Linguagem – 3, 5 e 7; Cognição – 17, 22 e 24; Autocuidados – 6, 13 e 16 e, Socialização 16, 24 e 27.

Para avaliar o efeito da idade gestacional sobre o desenvolvimento de bebês pré-termo foi realizada a Anova Univariada, considerando os três subgrupos organizados a partir da idade gestacional (E/MPT, PTM e PTT) nas três avaliações.

Conforme observa-se na Tabela 4, na avaliação conduzida aos seis meses, observou-se efeito da idade gestacional nas áreas de Desenvolvimento Motor (para os três grupos, quanto menor a idade gestacional, menor o desempenho) conforme indicado pelo Post Hoc de Sidak [$F = 28,278$, $p < 0,001$]. Nas áreas de Cognição, Autocuidados e Socialização as diferenças significativas foram para grupos que estavam entre os extremos da IG (E/MPT e PTT) [Cognição - $F = 11,888$; $p < 0,001$; Autocuidados e Socialização $F = 4,228$ $p = 0,018$]. Para a avaliação realizada aos nove meses, observou-se diferença significativa entre as médias das áreas de Desenvolvimento Motor [$F = 7,090$; $p = 0,019$] entre dois grupos (E/MPT e PTT) e, Cognição [$F = 4,214$; $p = 0,017$] entre PTM e PTT.

Sempre que houve diferença, as médias superiores foram de grupos de bebês com maior idade gestacional ao nascimento. Aos 12 meses não foram observadas

diferenças significativas entre os grupos. Para a área de linguagem não foram observadas diferenças entre os grupos nas diferentes idades.

Tabela 4

Efeito da idade gestacional sobre o desempenho observado a partir do IPO

	E/MPT	PTM	PTT			
6 meses	M (DP)	M (DP)	M (DP)	F	p	Post hoc*
Area (n)						
Desenvolvimento Motor (150)	10,35 (5,64)	16,20 (6,90)	20,01 (6,04)	28278	<0,001	E/MPT<PTM<PTT
Linguagem (119)	2,35 (1,20)	3,0 (1,34)	2,51 (1,26)	2.350	0,100	-
Cognição (100)	14,71 (3,13)	16,60 (2,00)	17,54 (2,16)	11,888	<0,001	E/MPT<PTT
Autocuidados (87)	6,28 (1,88)	7,71 (2,27)	8,10 (2,91)	4,228	0,018	E/MPT<PTT
Socialização (123)	6,28 (1,88)	7,70 (2,27)	8,10 (2,91)	4,228	0,018	E/MPT<PTT
9 meses	M (DP)	M (DP)	M (DP)	F	p	Post hoc
Area (n)						
Desenvolvimento Motor (111)	30,08 (9,41)	33,30 (9,82)	36,64 (10,88)	4,090	0,019	E/MPT<PTT
Linguagem (72)	4,57 (1,98)	4,80 (1,89)	4,92 (2,37)	0,178	0,839	-
Cognição (104)	20,90 (2,96)	20,78 (2,75)	22,45 (2,75)	4,214	0,017	PTM<PTT
Autocuidados (97)	12,06 (2,73)	13,14 (3,03)	12,81 (4,31)	0,745	0,478	-
Socialização (98)	22,70 (5,28)	21,89 (5,13)	23,67 (5,08)	1,004	,0370	-
12 meses	M (DP)	M (DP)	M (DP)	F	p	Post hoc
Area (n)						
Desenvolvimento Motor (82)	43,88 (11,98)	45,65 (12,47)	48,68 (11,68)	1,228	0,299	-
Linguagem (54)	6,90 (2,52)	6,69 (1,65)	6,80 (3,30)	0,026	0,975	-
Cognição (58)	22,04 (6,08)	23,73 (3,10)	23,35 (4,43)	0,650	0,526	-
Autocuidados (64)	13,95(3,63)	14,17 (3,79)	14,62 (3,56)	0,204	0,816	-
Socialização (57)	23,59 (8,86)	27,00 (4,49)	25,37 (7,45)	0,954	0,392	-

Notas: M= Média, DP = Desvio padrão. E/MPT – Extremo ou Muito Pré-termo; PTM – Pré-termo Moderado; PTT – Pré-termo Tardio. IG – Intragrupo; % – Percentual da amostra total na avaliação. Valores obtidos a partir da análise univariada, aplicada para cada um dos períodos. *Post-hoc avaliado a partir do teste de Sidak.

DISCUSSÃO

Nesse estudo buscou-se avaliar o efeito da idade gestacional sobre o desenvolvimento de bebês pré-termo e apresentar indicadores de desenvolvimento de bebês que participavam de um programa de IP. Partiu-se da hipótese de que os bebês pré-termo que participaram do projeto *Bebês prematuros: programa de estimulação ao desenvolvimento e apoio emocional às mães* teriam, aos 12 meses, resultado cada vez mais próximo ao esperado e que haveria um efeito da idade gestacional, indicando menor desempenho para bebês que nasceram com menor idade gestacional. Quanto à primeira hipótese, os primeiros resultados, obtidos com a amostra geral, embora ainda apresentem diferenças significativas aos 12 meses, a diminuição das diferenças entre os resultados obtidos e esperado sugerem um melhor desempenho de bebês pré-termo nessa idade, comprovando parcialmente a hipótese inicial.

Os resultados da análise univariada, com o uso das subdivisões organizadas a partir da idade gestacional, indicaram um efeito mais sensível em desenvolvimento motor, com diferenças significativas para os três grupos aos seis meses. As demais diferenças encontradas indicaram a interação entre dois grupos, principalmente os que estavam mais distantes quanto a idade gestacional (pré-termo extremo ou muito pré-termo x pré-termo tardio). Apenas em Cognição, aos nove meses, a diferença esteve entre grupos com idade gestacional mais próxima (de 32 semanas a 37 incompletas). Desse modo, considera-se que a segunda hipótese do estudo não foi confirmada, pois

estimava-se que bebês com idade gestacional mais baixa pudessem demorar mais para alcançar o desenvolvimento esperado aos doze meses. Essa afirmação seria possível aos seis meses, para as áreas de Desenvolvimento Motor, Cognição, Autocuidados e Socialização e aos nove meses, Desenvolvimento Motor e Cognição. Porém, aos 12 meses, as diferenças entre o obtido e esperado, verificadas na análise com a amostra total, não encontram explicação da diferença a partir do efeito da idade gestacional.

Outra questão importante refere-se ao fato de, na área da linguagem, não serem observadas diferenças durante as três avaliações. Outros autores também verificaram dificuldade na avaliação dessa área na fase inicial do desenvolvimento, mesmo com crianças sem histórico de prematuridade (Labanca et al., 2015).

O fato de os bebês pré-termo apresentarem-se mais próximo ao esperado aos 12 meses sugere benefícios que podem estar associados ao fato de participarem de um programa de intervenção precoce. Durante o desenvolvimento de programas de IP é importante contar com indicadores para avaliação dos serviços. No presente estudo, os primeiros indicadores eram de bebês a termo.

A partir dos resultados apresentados, em decis, como descritores de desempenho de bebês pré-termo, foi possível identificar como os bebês pré-termo se encontravam em cada uma das avaliações. A partir do escore obtido, será possível relacionar o percentil atual e compará-lo em futuras avaliações. O registro sistemático e longitudinal torna possível o acompanhamento das equipes, para acompanhamento individual ou coletivo, possibilitando a identificação de possíveis áreas em defasagem e ganhos obtidos durante a intervenção com as famílias (Madaschi & Paula, 2011; Primeira Infância Para Adultos Saudáveis, 2018).

A continuidade do acompanhamento dos bebês e suas famílias é fundamental. No Brasil, as recomendações do acompanhamento indicam a continuidade até três anos de idade (Ministério da Saúde, 2016). No estado de São Paulo, 73% das APAES que oferecem serviços de IP atendem famílias com crianças até 6 anos. Porém, entre as 1276 famílias indicadas, o percentual de crianças até 12 meses foi de apenas 7%, sugerindo que estejam chegando tardiamente aos serviços (Ferreira et al., 2019). Em um estudo de meta-análise Puthussery et al. (2018) apontaram ganhos no desenvolvimento de bebês pré-termo que partiram de intervenções precoces pelo menos até os cinco anos de idade.

Dois questões foram fundamentais para investigação das hipóteses norteadoras do presente estudo. A primeira foi considerar os indicadores da SBP (2019) em relação às subdivisões da prematuridade, a fim de perceber necessidades específicas relacionadas a idade gestacional. Outros estudos têm usado os mesmos marcadores, o que facilita a comparação entre pesquisas sobre o tema (Vanin et al., 2020), e viabiliza a orientação de famílias, orientando o ponto de partida para as intervenções. Desse modo, torna possível a orientação da família, como participante ativa do processo (Souza & Veríssimo) prioritariamente em contexto natural (Franco, 2007). A segunda questão trata da importância de contar com a operacionalização de um instrumento que possibilitou a descrição de indicadores para as diferentes áreas do desenvolvimento (Williams & Aiello, 2018) com a possibilidade de comparar os resultados obtidos ao esperado para bebês a termo na mesma faixa etária (Rodrigues, 2009).

A escolha do IPO, como instrumento que viabiliza a utilização de materiais e atividades no contexto natural da família e em outros contextos, tornou viável a aplicação do pressuposto da IP, favorecendo a participação efetiva da família em todo o processo (Franco, 2007). A avaliação processual possibilitou a identificação de potencialidades e necessidades da criança, contextualizando-as na realidade de suas

famílias, fatores fundamentais para um plano de intervenção (Gomes et al., 2017; Freitas & Gil, 2020).

O estudo contribuiu para discussão da importância dos programas em IP junto às famílias com bebês pré-termo e a necessidade de serviços transdisciplinares, uma vez que as diferentes áreas de desenvolvimento requerem múltiplos olhares (Carniel, 2017; Franco, 2007; Izidoro et al., 2019). Entre as limitações, encontra-se a ausência de grupo de bebês a termo para comparação dos resultados, visto que a adesão de famílias apenas pelo fator preventivo é mais difícil. Do mesmo modo, não há parâmetros de escores de bebês pré-termo sem intervenção, pois sempre que as famílias de bebês pré-termo procuram por serviços, é primordial a oferta de avaliação e intervenção, considerando-se a relevância da IP no desenvolvimento infantil, e a possibilidade de minimizar ou eliminar possíveis prejuízos relacionados ao parto prematuro, especialmente no primeiro ano de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, observou-se que o efeito da idade gestacional no desenvolvimento de bebês pré-termo pode ser melhor percebido aos seis e nove meses de idade. Isso não significa que após essa idade não requeiram ainda atenção especializada, visto que, quando comparados os desempenhos de bebês pré-termo aos 12 meses ao esperado para bebês a termo ainda houve diferenças. Por isso, percebe-se a relevância do seu acompanhamento em programas de IP durante a primeira infância, com atendimento por equipe transdisciplinar, no desenvolvimento de ações centradas nas potencialidades e necessidades da família.

A partir dos dados obtidos, indica-se a importância de que as famílias com bebês pré-termo possam acessar os serviços de IP o mais breve possível. As recomendações do Ministério da Saúde para acompanhamento até os três anos de idade mostram-se relevantes, uma vez que o desenvolvimento dos bebês participantes do programa, aos 12 meses, melhora, mas ainda não é o esperado, quando comparado ao observado para bebês a termo. Estudos de meta-análise indicam a necessidade de ampliação do período de acompanhamento até cinco anos de idade.

Outros estudos sequenciais junto a essa população poderão estabelecer indicadores para a continuidade de serviços, pautando-se na realidade da família, suas necessidades e potencialidades. Do mesmo modo, processos individualizados de intervenção poderão se beneficiar dos indicadores de decis, observando o período gestacional da criança avaliada, o momento inicial de avaliação e possíveis mudanças observadas aos seis, nove e 12 meses. Assim, é possível observar mudanças em torno dos percentis observados entre as avaliações, viabilizando tomadas de decisão sobre as áreas que possam indicar defasagem.

REFERÊNCIAS

- Aiello, A. L. R., & Williams, L. C. A. (2021). The Operationalized Portage Inventory (OPI): Systematic review. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 37, e37545. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e37545>
- Albuquerque, K. A., & Cunha, A. C. B. (2020). New trends in instruments for child

- development screening in Brazil: a systematic review. *Journal of Human Growth and Development*, 30(2), 188-196. <https://doi.org/10.7322/jhgd.v30.10366>
- Almeida, C. G. M., Rodrigues, O. M. P. R., & Salgado, M. H. (2012). Diferenças no desenvolvimento de meninos e meninas em condições de risco. *Boletim de Psicologia*, 62(136), 1-14. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432012000100002&lng=pt&tlng=pt
- Alves, A. P. V., Formiga, C. K. M. R., & Viana, F. P. (2012). Correlação entre as características do perfil e desenvolvimento sensório-motor de crianças com síndromes genéticas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 14(2), 322-329. <https://doi.org/10.5216/ree.v14i2.10883>
- Areco, K., Konstantyner, T., & Taddei, J. (2016). Secular trends in infant mortality by agea[euro]group and avoidable components in the State of Sao Paulo, 1996 a 2012. *Revista Paulista de Pediatria*, 34(3), 263-270. <https://doi.org/10.1016/j.rppede.2016.03.009>
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2019). *Critério de classificação socioeconômica Brasil*. ABEP. https://www.abep.org/criterioBr/01_cceb_2019.pdf
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2015). *Critério de classificação econômica Brasil*. ABEP.
- Barros, R. S., Souza, K. M., Paiva, G. S., Silva, E. G., Silva, D. C., Mello, C. M. S., Salemi, M. M., & Gomes, V. M. S. A. (2020). Principais instrumentos para avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças no Brasil. *Brazilian Journal of Development*, 6(8), 60393-60406. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-451>
- Brasil. (2016). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes de estimulação precoce: Crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde.
- Candido, A. R. L. S., Cia, F. Programas de intervenção precoce: O que revelam as teses e dissertações. *Educação: Teoria e Prática*, 26(52), 332-348. <https://dx.doi.org/10.18675/1981-8106>
- Carniel, C. Z., Furtado, M. C. C., Vicente, J. B., Abreu, R. Z., Tarozzo, R. M., Cardia, S. E. T. R., Massei, M. C. I., & Cerveira, R. C. G. F. (2017). Influência de fatores de risco sobre o desenvolvimento da linguagem e contribuições da estimulação precoce: Revisão integrativa da literatura. *Revista CEFAC*, 19(1), 109-118. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201719115616>
- Ferreira, K. S., Silva, J. P., Maciel, D. M. V. L. (2018) Estratégias de intervenção precoce em recém-nascidos prematuros na unidade de terapia intensiva neonatal: Uma revisão de literatura. *Scire Salutis*, 8(2), 62-75. <https://doi.org/10.6008/CBPC2236-9600.2018.002.0007>
- Formiga, C. K., Pedrazzani, E. S., Silva, F. P. S., & Lima, C. D. (2004). Eficácia de um programa de intervenção precoce com bebês pré-termo. *Paidéia*, 14(29), 301-311. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2004000300006>
- Franco, V. (2007). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Interação em Psicologia*, 11(1), 113-121. <https://doi.org/10.5380/psi.v11i1.6452>
- Freitas, M. L. P. F., & Gil, M. S. C. A. (2020). Um procedimento de inclusão escolar de uma criança cega. *Praxis Educativa*, 15(e2013167), 1-22. <https://doi.org/10.5212/PraxEduc.v15.13167.015>
- Gomes, C. G. S., Souza, D. G., Silveira, A. D., & Oliveira, I. M. (2017). Intervenção

- comportamental precoce e intensiva com crianças com autismo por meio da capacitação de cuidadores. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 23(3), 377-390. <https://doi.org/10.1590/s1413-65382317000300005>
- Gross, M. S., & Paniagua, L. M. (2012). Atuação fonoaudiológica em estimulação precoce nas cidades de Caxias do Sul-RS e Flores da Cunha-RS. *Distúrbios da Comunicação*, 24(1), 53-60. <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/9705/7209>
- Hekavei, T., & Oliveira, J. P. (2009). Evoluções motoras e linguísticas de bebês com atraso de desenvolvimento na perspectiva de mães. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 15(1), 31-44. <https://doi.org/10.1590/S1413-65382009000100004>
- Izidoro, I. R., Jorcuvich, D. I., Pereira, V. A., & Rodrigues, O. M. P. R. (2019). Early intervention specialized services : Eligibility and multiprofessional work. *CEFAC*, 21(4), 1-10. <https://doi.org/10.1590/1982-0216/20192144919>
- Jesus, A. C. R., & Toni, C. G. S. (2019). Fatores de risco e proteção ao desenvolvimento de bebês de 6 a 12 meses de vida. *Revista Brasileira de Iniciação Científica*, 6(3), 46-65.
- Lamônica, D. A. C., & Picolini, M. M. (2009). Habilidades do desenvolvimento de prematuros. *Revista CEFAC*, 11(2), 145-153. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462009005000019>
- Labanca, L., Alves, C. R. L., Bragança, L. L. C., Dorim, D. D. R., Alvim, C. G., Lemos, S. M. A. (2015). Protocolo de avaliação da linguagem de crianças na faixa etária de 2 meses a 23 meses: Análise de sensibilidade e especificidade. *CoDAS*, 27(2), 119-127. <http://dx.doi.org/10.1590/2317-1782/20152014173>
- Madaschi, V., & Paula, C. S. (2011). Medidas de avaliação do desenvolvimento infantil: Uma revisão da literatura nos últimos cinco anos. *Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento*, 11(1), 52-56. https://up.mackenzie.br/fileadmin/OLD/47/Graduacao/CCBS/Pos-Graduacao/Docs/Cadernos/Volume_11/Madaschi_e_Paula_v_11_n_1_2011.pdf
- Mallik, S. (2017). Programas eficazes de intervenção precoce para bebês pré termo nascidos com baixo peso. Revisão do Programa de Saúde e Desenvolvimento do Bebê. In *Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância* (pp. 45-54). <https://www.encyclopedia-crianca.com/prematuridade/segundo-especialistas/programas-eficazes-de-intervencao-precoce-para-bebes-prematuros>
- Marini, B. P. R., Lourenço, M. C., & Barba, P. C. S. D. (2017). Revisão sistemática integrativa da literatura sobre modelos e práticas de intervenção precoce no Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*, 35(4), 456-463. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;4;00015>
- Mélo, T. R., Araujo, L. B. de, Novakoski, K. R. M., & Israel, V. L. (2019). Sistematização de instrumentos de avaliação para os dois primeiros anos de vida de bebês típicos ou em risco conforme o modelo da CIF. *Fisioterapia e Pesquisa*, 26(4), 380-393. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/18026126042019>
- Mendonça, L. D., Hagemann, P. M. S., Rossi, L. R., Rodrigues, O. M. P. R., & Pereira, V. A. (2021) Caracterização de serviços de Intervenção e Estimulação Precoce ofertados pelas APAES do estado de São Paulo. *Revista Educação Especial*, 34, e3/1-23. <https://doi.org/10.5902/1984686X40088>
- Ministério da Saúde. (2021). *Plataforma integrada de vigilância em Saúde. Painel de monitoriamente de nascidos vivos: Índice nascidos vivos (todos) x nascidos vivos com menos de 37 semanas de gestação (prematuros) no ano de 2021*. Secretaria de

- Vigilância em Saúde. <http://plataforma.saude.gov.br/natalidade/nascidos-vivos/>
- Moura, B. L. A., Alencar, G. P., Silva, Z. P. D., & Almeida, M. F. D. (2020). Fatores associados à internação e à mortalidade neonatal em uma coorte de recém-nascidos do Sistema Único de Saúde, no município de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 23, e200088. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200088>
- Nóbrega, A. A., Mendes, Y. M. M. B., Miranda, M. J., Santos, A. C. C., Lobo, A. P., Porto, D. L., França, G. V. A. (2022) Mortalidade perinatal no Brasil em 2018: Análise epidemiológica segundo a classificação de Wiggleworth modificada. *Cadernos de Saúde Pública*, 38(1), e00003121. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00003121>
- Organização Mundial da Saúde - OMS. (2018). *Nacimientos prematuros* [Preterm birth]. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth>.
- Pereira, V. A., Rodrigues, O. M. P. R., Apolonio, C. O. R., & Barbosa, L. A. (2015). Relato de intervenção precoce: Acompanhamento de um bebê com a Síndrome de Prader-Willi. *Contextos Clínicos*, 9(1), 19-31. <https://doi.org/10.4013/ctc.2016.91.02>
- Primeira Infância Para Adultos Saudáveis - PIPAS. (2018). *Monitoramento de indicadores do desenvolvimento infantil em campanhas de vacinação: Uma ferramenta para planejamento e avaliação de ações intersetoriais*. São Paulo: Secretária Estadual de Saúde. http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/outras-publicacoes/relatorio_tecnico_final_pipas.pdf
- Puthussery, S., Chutiyami, M., Tseng, P.-C., Kilby, L., & Kapadia, J. (2018). Effectiveness of early intervention programs for parents of preterm infants: A meta-review of systematic reviews. *BMC Pediatrics*, 18(223), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1205-9>
- Rodrigues, O. M. P. R., & Bolsoni-Silva, A. T. (2011). Efeitos da prematuridade sobre o desenvolvimento de lactentes. *Journal of Human Growth and Development*, 21(1), 111. <https://doi.org/10.7322/jhgd.20000>
- Rodrigues, O. M. P. R. (2009). *O Inventário Portage Operacionalizado e o Desenvolvimento de Bebês*. Universidade Estadual Paulista Júlio Mesquita Filho - Faculdade de Ciências.
- Rodrigues, O. M. P. R. (2012). Escalas de desenvolvimento infantil e o uso com bebês. *Educar em Revista*, 43, 81-100. <https://doi.org/10.1590/S0104-40602012000100007>
- Rodrigues, O. M. P. R., Ribeiro, M. (2008). Contribuições do Inventário Portage Operacionalizado no processo terapêutico de uma criança com síndrome de Down. In M. R. Cavalcante. (Org.), *Análise do comportamento: Avaliação e intervenção* (pp. 215-226). Roca.
- Santos, E. R. F., Ramos, D. D., & Salomão, N. M. R. (2015). Concepções sobre desenvolvimento infantil na perspectiva de educadoras em creches públicas e particulares. *Revista Portuguesa de Educação*, 28(2), 189. <https://doi.org/10.21814/rpe.7738>
- Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP. (2019). *Nota Técnica da SBP, Dia da Prematuridade*, em 17 de novembro. https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Nota_Tecnica_2019_Prematuridade.pdf
- Souza, J. M., & Veríssimo, M. L. Ó. R. (2015). Child development: Analysis of a new concept. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(6), 1097-1104.

- <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>
- Schiavo, R. D. A., Rodrigues, O. M. P. R., Santos, J. S. D., Campos, B. C. D., Nascimento, L. M. B., & Dornelas, L. M. C. D. S. (2021). Saúde emocional materna e prematuridade: Influência sobre o desenvolvimento de bebês aos três meses. *Pensando Famílias*, 25(2), 98-113. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2021000200008
- Silva, M. A., Mendonça Filho, E. J., & Bandeira, D. R. (2019). Development of the Dimensional Inventory of Child Development Assessment (IDADI). *Psico-USF*, 24(1), 11-26. <https://doi.org/10.1590/1413-82712019240102>
- Soares, L. G., Delatore, S., Silva, T. M., Marconato, T., Makuch, D. M. V., & Soares, L. G. (2017). Desenvolvimento infantil de prematuros: Uma revisão integrativa de literatura. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research-BJSCR*, 20(3), 145-151.
- Vanin, L. K., Zatti, H., Soncini, T., Nunes, R. D., & Siqueira, L. B. S. (2020) Fatores de risco materno-fetais associados à prematuridade tardia. *Revista Paulista de Pediatria*, 38, 1-8. <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018136>
- Williams, L. C. A., & Aiello, A. L. R. (2018). *Manual do Inventário Portage Operacionalizado: Avaliação do Desenvolvimento de Crianças de 0-6 Anos*. Juruá.
- Zago, J. T. C., Pinto, P. A. F., Leite, H. R., Santos, J. N., & Morais, R. L. S. (2017). Associação entre o desenvolvimento neuropsicomotor e fatores de risco biológico e ambientais em crianças na primeira infância. *Revista CEFAC*, 19(3), 320-329. <https://doi.org/10.1590/1982-0216201719314416>

Submetido: 30/10/2021

Revisado: 02/04/2022

Aprovado: 10/05/2022

Sobre as autoras:

Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues é docente do Programa de Pós-graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP).

Veronica Aparecida Pereira é docente da Universidade Federal da Grande Dourados.

Gabriella Passos Perezin é psicóloga da SORRI-Bauru, SP.

Janaína Senhorini dos Santos é fisioterapeuta da SORRI-Bauru, SP.

Correspondência: veronica.ufgd.tci@gmail.com