

INDICAÇÃO DA FISIOTERAPIA AMBULATORIAL PARA NEONATOS PRÉ-TERMO

Dora de Castro Agulhon Segura

Mestre em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC; Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Paranaense – UNIPAR. E-mail: dora@unipar.br

Fabiano Carlos do Nascimento

Mestre em Fisiologia do Exercício pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP; Docente do curso de Fisioterapia da Universidade Paranaense – UNIPAR.

Maria Clara Bezerra Calabresi

Fisioterapeuta graduada em Fisioterapia pela Universidade Paranaense – UNIPAR.

Laura Barbieri Céron

Fisioterapeuta graduada em Fisioterapia pela Universidade Paranaense – UNIPAR.

RESUMO: A fisioterapia demonstra através de pesquisas o quanto suas técnicas beneficiam neonatos pré-termo. Seu tratamento inicia na UTI e deve prosseguir em nível ambulatorial, porém é notório que a maioria das crianças continua o tratamento tardiamente, portando deficiências que poderiam ser tão prontamente evitadas. Desta forma, objetivo deste estudo foi descrever sobre a indicação de tratamento fisioterapêutico ambulatorial precoce. Assim, 20 pais de crianças nascidas pré-termo na cidade de Toledo - PR, que estavam em tratamento fisioterapêutico em clínicas especializadas, entre os meses de maio a julho de 2009, responderam um questionário fechado sobre os aspectos da indicação e o nível de satisfação adquirido com o tratamento. Os resultados demonstraram que apenas 10% das crianças deram continuidade ao tratamento ambulatorial após alta hospitalar, obtendo melhor prognóstico. Ainda, 85% dos pais descreverem estar satisfeitos com o tratamento executado, concluindo que a indicação precoce e a continuidade da conduta garantem um desenvolvimento mais satisfatório.

PALAVRAS-CHAVE: Prematuro; Reabilitação; Fisioterapia.

INDICATION FOR OUTPATIENT PHYSIOTHERAPY TO PRETERM INFANTS

ABSTRACT: Research has shown how physiotherapy techniques benefited preterm infants. Although treatment should start in ICU and continued on an outpatient basis, it is a well-known fact that most children with deficiencies that could have been readily avoided continue treatment belatedly. Current investigation deals with early clinical physiotherapy. Twenty parents of preterm children born in Toledo PR Brazil and undergoing physiotherapy in specialized clinics between May and July 2009 answered a closed questionnaire with regard to aspects on physiotherapy indication and their satisfaction level in the treatment. Results show that only 10% of children continued outpatient treatment after hospital discharge, with improvement prognosis. Further, 85% of the parents were satisfied with the treatment and concluded that early physiotherapy indication and its continuity ensured more satisfactory results.

KEYWORDS: Premature; Rehabilitation; Physiotherapy.

INTRODUÇÃO

Há tempos estudos dos efeitos da fisioterapia em neonatos pré-termo de alto risco têm sido realizados, entretanto os resultados são controversos. A variedade das técnicas utilizadas, o modo de aplicação, o tempo e a frequência de tratamento nor-teiam os pesquisadores quanto aos reais benefícios alcançados (SANTOS et al., 2009).

Segundo Silveira e colaboradores (2009), o acompanhamen-

to dos dados sobre a prematuridade e suas técnicas de reabilitação tornaram-se fundamentais, especialmente avaliando a morbidade e mortalidade infantis, além dos custos da área da saúde associados ao manejo do prematuro. Monitorar tendências e mudanças em indicadores de saúde é essencial para a avaliação do desempenho do sistema de saúde e do trabalho desenvolvido pela equipe multidisciplinar.

Atualmente, 75% das mortes, no primeiro ano de vida, ocorrem no primeiro mês após o nascimento. A prematuridade é responsável por 70% dessas mortes e por 50% das sequelas neurológicas do recém-nascido. Nas últimas décadas, a taxa de mortalidade infantil tem diminuído principalmente entre os recém-nascidos de muito baixo peso, devido ao grande desenvolvimento dos cuidados intensivos neonatais. A incidência de prematuridade mundial esboça uma porcentagem entre 9% e 11%, devido a uma complexa inter-relação entre fatores sociais e maternos. A redução da taxa de prematuridade, por isso, é, atualmente, considerada a mais importante tarefa da medicina pré-natal (ARAÚJO, 2003).

Entretanto, dados evidenciam que o percentual de nascimentos pré-termo no Brasil variou de 5% em 1994 a 6,6% em 2005. Em 1994 o grupo de idade entre 28 e 36 semanas era responsável por 85,5% dos casos de prematuridade e, em 2005, o percentual foi de 94,6% (SILVEIRA et al., 2009).

É possível dividir a prematuridade em três classificações: a prematuridade moderada (32 semanas a 36 semanas de idade gestacional); a prematuridade acentuada (28 semanas a 31 semanas de idade gestacional) e prematuridade extrema (abaixo de 28 semanas de idade gestacional). Para Lorena e Brito (2009), a incidência atual de nascimentos prematuros relacionados aos países desenvolvidos reduziu para 5 a 8%, sendo que no Brasil o registro aumentou para 9%. Assim, a importância do estudo da prematuridade se faz devido à elevada incidência de morbiletalidade neonatal, além dos elevados custos das internações e ocorrência de sequelas de múltiplas naturezas.

O aumento do número desses lactentes provocou o interesse dos pesquisadores em investigar o desenvolvimento motor dessas crianças, a integração com o ambiente ao longo de sua trajetória de desenvolvimento, a relação pais-filhos no processo de aprendizagem e a adaptação psicossocial. Entre os estudos sobre o desenvolvimento motor do lactente pré-termo, destacam-se pesquisas que enfatizam a investigação dos fatores de risco, proteção e trabalhos sobre a implementação de medidas preventivas na área de intervenção precoce (KLEBERG et al., 2002).

O seguimento longitudinal e os estudos retrospectivos acerca da trajetória de desenvolvimento dessas crianças têm revelado alguns achados merecedores de destaque. Primeiramente, crianças nascidas pré-termo com peso inferior a 1500g constituem-se em um grupo de alto risco para apresentar problemas de desenvolvimento psicológico. Em segundo lugar, quanto mais baixo o peso de nascimento, maior a probabilidade de as crianças desenvolverem problemas de desenvolvimento com sequelas de difícil reversão. Crianças pré-termo com peso abaixo de 1500g tendem a apresentar significativamente problemas de deficiência mental e deficiências sensoriais. Em terceiro lugar, além dos parâmetros de idade gestacional e peso

de nascimento, devem ser levadas em conta outras condições que definem mais precisamente o nível de comprometimento neonatal, a fim de melhor apreciar o prognóstico do desenvolvimento da criança (LINHARES et al., 2000).

Nos últimos anos têm crescido o interesse de profissionais que atuam na área da saúde em favorecer melhores condições de vida para crianças prematuras, procurando garantir sua boa adaptação no decorrer de seu desenvolvimento. Reflete-se, desta forma, em um investimento cada vez maior em estudos que tenham como meta a prevenção de problemas, por meio da identificação de fatores de risco ao desenvolvimento infantil (BORDIN; LINHARES; JORGE, 2001).

A intervenção fisioterapêutica precoce apresenta bons resultados, mas, na prática, muitos bebês são encaminhados tardiamente às instituições, geralmente apresentando algum tipo de deficiência, restringindo a intervenção, que não pode alcançar o objetivo de prevenção das alterações patológicas no desenvolvimento (FORMIGA; PEDRAZZANI; TUDELLA, 2004).

Santos e colaboradores (2009) enaltecem que a intervenção com fisioterapia deve ser individualizada, criteriosamente indicada e executada por profissionais habilitados ao cuidado do recém-nascido, considerando as especificidades e a habilidade dessa população. As indicações, contra-indicações e as não indicações da fisioterapia na prática clínica devem ser discutidas, estudadas, estabelecidas e incorporadas por uma equipe multiprofissional, considerando em todos os momentos as repercussões - em curto, médio e longo prazo - tanto de intervenções, quanto da ausência das mesmas, no desfecho clínico desses pacientes.

Apesar desses esforços, McCormick e Richarson (2002) salientam que continuam sendo necessários estudos sobre o seguimento no curso do ciclo vital de bebês prematuros, sobreviventes e egressos de unidades de terapia intensiva neonatal.

Bordin, Linhares e Jorge (2001) destacam três conjuntos de fatores que devem ser considerados na identificação de crianças com risco de problemas de desenvolvimento: fatores de risco da própria criança (componentes biológicos, temperamento e sintomatologia); fatores de risco do ambiente familiar (história parental e funcionamento familiar) e da comunidade (suporte social, escola, contexto cultural, nível sócio econômico). No primeiro conjunto incluem-se as condições de prematuridade e baixo peso ao nascimento, que são fatores orgânicos de alto risco ao desenvolvimento infantil.

De acordo com Milstersteiner e colaboradores (2003), a área da fisioterapia deve desenvolver perspectivas de continuidade de pesquisas que busquem em sua totalidade uma melhor evolução destas crianças, ampliando a inserção do profissional fisioterapeuta na área da neonatologia e estabelecendo sua participação nesse campo de atuação.

É possível afirmar que se deve, portanto, avaliar e intervir preventivamente para ativar recursos da criança e estimular a proteção mediada adequadamente nos contextos dos ambientes familiar, educacional e terapêutico. Para tanto, na área da saúde deve-se assegurar programas estruturados e continuados de intervenção preventiva na modalidade de seguimento longitudinal multidisciplinar, de preferência iniciado desde a internação do bebê na UTI neonatal, para promover qualida-

de de vida aos bebês sobreviventes nascidos prematuramente, facilitando-se o desencadeamento de processos de resiliência na sua trajetória do desenvolvimento (FORMIGA; PEDRAZZANI; TUDELLA, 2004).

Para tanto, o presente estudo objetivou descrever sobre os aspectos da indicação do tratamento fisioterapêutico realizado em clínica para crianças nascidas prematuras.

2 MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa descritiva sobre os aspectos da indicação do tratamento fisioterapêutico ambulatorial para crianças nascidas prematuras. A amostra foi composta por 20 crianças nascidas pré-termo (menos de 37 semanas gestacionais), com a presença ou não de doenças bases associadas, de ambos os sexos e raças, nascidas na cidade de Toledo - PR, e que se encontravam em tratamento fisioterapêutico em clínicas especializadas da cidade, num total de 8 clínicas, durante os meses de maio a julho de 2009.

O estudo tornou-se possível através da aplicação de um questionário fechado voltado aos pais das crianças. O mesmo era constituído pela informação dos dados gerais da criança, como sexo, raça, idade de nascimento (gestacional), idade atual, nível sócio econômico da família e peso ao nascer. E ainda sobre os aspectos de tratamento, como a necessidade e tempo de internamento na UTI neonatal, realização de tratamento fisioterapêutico em período de internamento, indicação da equipe multidisciplinar para realização de fisioterapia ambulatorial, idade cronológica e motora em que a criança iniciou fisioterapia em clínica, tempo em que a criança está em tratamento, qual idade cronológica e motora a criança possui atualmente e nível de satisfação e importância dos responsáveis em relação ao tratamento realizado.

Após a coleta de dados os resultados foram agrupados em valores de média e desvio-padrão e utilizada análise estatística percentual. Para comparações entre grupos foi utilizado o teste T Student com nível de significância 5% ($p < 0,05$).

A pesquisa teve aprovação do Comitê de Ética da Universidade Paranaense (Protocolo 15408/2009), contando com a participação dos envolvidos através da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3 RESULTADOS

Participaram do estudo 20 pais e/ou cuidadores de crianças nascidas prematuras, destas 55% eram do sexo masculino e 45% do sexo feminino. A mediana da idade gestacional foi de 30,75 ($\pm 4,91$) semanas, do peso ao nascimento de 1.750,5 kg ($\pm 2,536$) e uma média atual de idade de 53 meses ($\pm 36,47$).

Em relação ao nível sócio econômico familiar, foi demonstrado que 45% recebiam entre 3 e 5 salários mínimos (nível médio), 30% recebiam menos de 3 salários (nível baixo) e 25% recebiam mais de 5 salários (nível alto).

Quanto ao planejamento da gravidez apenas 25% das crianças avaliadas haviam sido planejadas, as outras 75% não haviam tido planejamento para a gestação. E apenas 40% do

público estudado relataram acompanhamento pré-natal.

Na afirmação de que durante a gestação o acompanhamento materno e paterno é bastante favorável para um ambiente familiar e bom desenvolvimento da criança, constatou-se que 60% das crianças obtiveram acompanhamento materno e paterno durante a gestação e após o parto, revezando-se para levarem o (a) filho (a) à fisioterapia. As outras crianças que totalizaram 40% não apresentaram este acompanhamento, demonstrando ausência do pai no pré-natal e/ou após o parto, sendo que em 5% dos casos a avó se tornou responsável pela criança.

Um total de 95% das crianças necessitaram de assistência da UTI neonatal logo após o parto; destas, 35% ficaram internadas por menos de 1 mês, 25% ficaram de 1 a 2 meses, 25% de 2 a 3 meses, 10% por mais de 3 meses.

Das crianças avaliadas no presente estudo, 95% apresentaram alguma patologia associada à prematuridade e apenas 5% não apresentaram nenhuma seqüela.

Após a alta hospitalar é interessante que a equipe multidisciplinar indique a fisioterapia ambulatorial para que a criança possa desenvolver suas capacidades motoras e cognitivas o quanto antes, porém na rotina clínica nem sempre isto acontece. Na presente pesquisa 90% das crianças não iniciaram a fisioterapia após a alta hospitalar e apenas 10% delas buscaram a continuidade do tratamento prestado na UTI neonatal.

Quando os pais foram questionados sobre a causa de não terem continuado com o tratamento logo após alta hospitalar, todos (100%) relataram que não tiveram encaminhamento para o procedimento.

Contudo, quando os pais foram questionados quanto à idade em que as crianças iniciaram novamente o tratamento fisioterapêutico, desta vez em nível ambulatorial, 45% relataram ter iniciado entre 1 e 2 anos, 40% antes de 1 ano, 10% entre 2 e 4 anos e 5% depois dos 4 anos de idade (Figura 1).

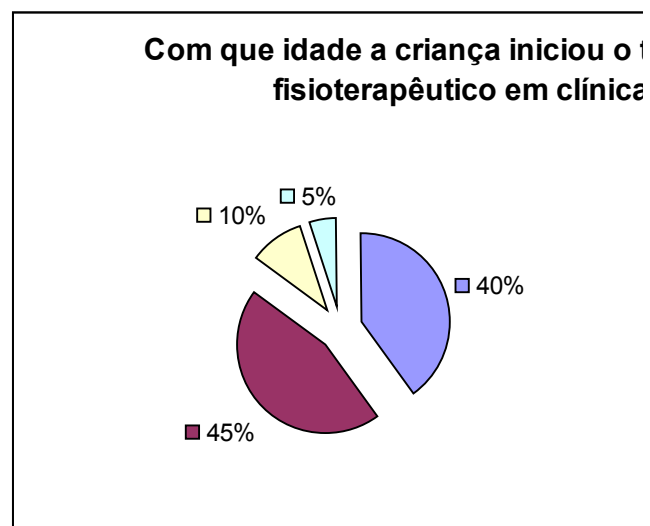


Figura 1 Percentual da idade em que as crianças iniciaram o tratamento fisioterapêutico ambulatorial

Na análise do tempo em que a criança estava realizando o

tratamento ambulatorial, 30% dos responsáveis relataram que há menos de 1 ano, 30% entre 2 e 4 anos, 20% entre 1 e 2 anos e 20% há mais de 4 anos.

Com relação aos movimentos que as crianças apresentavam antes de iniciar o tratamento, através do relato retrospectivo dos pais foi observado que 35% das crianças não tinham controle cervical, 20% apresentavam somente controle cervical, 20%, além do controle cervical, realizavam o rolamento de forma independente, 10% realizavam a posição sentada e apenas 5% conseguiam engatinhar independentemente (Figura 2).

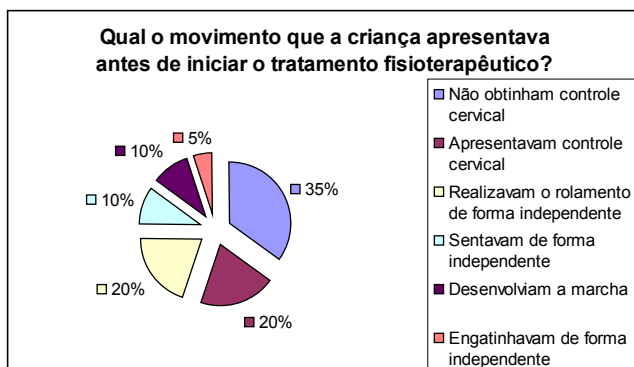


Figura 2 Percentual dos movimentos que a criança apresentava antes de iniciar o tratamento fisioterapêutico ambulatorial

Na data da pesquisa, com o auxílio e tratamento prestado pela fisioterapia, 45% começaram a deambular, 30% conseguiram manter-se na posição sentada de forma independente, 15% começaram a engatinhar independentemente e 10% iniciaram o rolamento. Não houve relato de crianças que não evoluiu com o tratamento prestado (Figura 3).

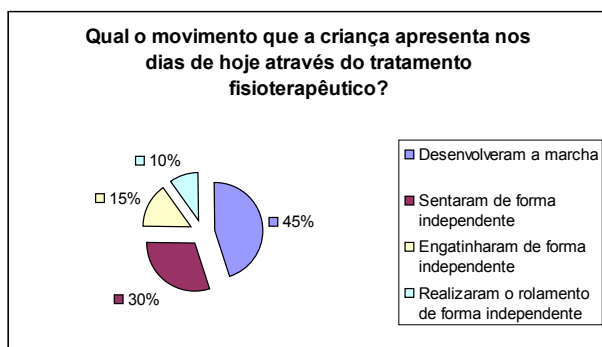


Figura 3 Percentual dos movimentos que a criança apresenta após o início da fisioterapia em clínica

Correlacionando o nível socioeconômico com dados como o baixo peso ao nascer e aquisição de motricidade, observou-se que as crianças enquadradas no nível alto apresentaram uma mediana de peso ao nascimento de 1932,00kg, estatisticamente significativa quando comparadas com o grupo enquadrado no nível baixo, que apresentou uma mediana de 1568,00kg. As crianças com renda familiar superior a 5 salários mínimos

demonstraram um desenvolvimento motor mais satisfatório que as outras crianças do estudo. Destas, 60% iniciaram a marcha, enquanto que as do nível mais inferior apresentaram maior evolução em ações como o sentar e o engatinhar.

Na análise do planejamento familiar relacionado ao início precoce do tratamento fisioterapêutico e desenvolvimento motor, observou-se que as crianças advindas de uma gravidez planejada buscaram continuidade do tratamento mais precocemente que as crianças não planejadas, adquirindo também um melhor desempenho motor. Estas crianças adquiriram mais cedo ações como o rolamento (20%) e o ato de sentar independentemente (40%).

Na relação entre a realização de pré-natal, idade gestacional e necessidade de internamento na UTI, foi confirmado que as mães que tiveram acompanhamento clínico durante a gestação demonstraram maior idade gestacional e menor índice de dias de internamento da criança na unidade de terapia intensiva.

Foi evidente no estudo que as crianças que deram continuidade precoce ao tratamento fisioterapêutico e assim se encontravam em tratamento há mais tempo evoluíram mais satisfatoriamente, sendo comprovado que as crianças que estavam em tratamento há mais de 4 anos evoluíram estatisticamente mais em ações como o sentar e o andar, já as crianças em tratamento a menos de 1 ano foram as que demonstraram menor evolução, sendo que 35% destas demonstraram evoluções motoras menos satisfatórias.

Entretanto, quando os responsáveis foram questionados sobre a importância do tratamento fisioterapêutico realizado voltado às necessidades individuais de cada criança, 85% dos pais relataram que o tratamento foi de extrema importância para a melhoria das ações de seus filhos e 15% se mostraram satisfeitos com o resultado, porém ainda esperavam uma melhora maior advinda do tratamento.

4 DISCUSSÃO

As crianças da amostra estudada apresentaram medianas de idade gestacional de 30,75 semanas e peso ao nascimento de 1750,5kg, sendo, portanto, consideradas imaturas e com peso extremamente baixo, caracterizando um grupo vulnerável, de alto risco e com grande susceptibilidade de desenvolvimento de sequelas, vindo a 95% demonstrar alguma doença associada à prematuridade.

A prematuridade é apontada como um fator de risco biológico para o desenvolvimento típico infantil, aumentando a probabilidade para problemas em diversas áreas e momentos do curso do desenvolvimento (LINHARES; CARVALHO; MARTINEZ, 2001). Algumas medidas têm sido propostas para auxiliar na detecção do risco logo após o nascimento da criança, entre as quais se destacam o peso ao nascimento, a idade gestacional, o índice de risco clínico para bebês e a adequação do peso para a idade gestacional (BRITO et al., 2003; MÉIO; LOPES; MORSCH, 2003).

Assim, se faz de suma importância o acompanhamento pré-natal, embora ainda no Brasil seja possível observar, como no presente estudo, uma parcela significativa de mães que re-

sistem a procurar acompanhamento clínico neste período.

Silva e colaboradores (2009) descrevem que o acompanhamento pré-natal se faz de grande importância para prevenção de diversas situações de risco para os bebês, associado à ausência de tratamento clínico na gestação fatores como sangramentos, infecções no trato genital, volume alterado de líquido amniótico e hipertensão arterial materna, quadro clínico facilmente identificado no pré-natal, somam-se na incidência de partos prematuros e óbitos.

Silveira e colaboradores (2008) evidenciam no Brasil um aumento considerável no número de óbitos infantis advindos de causas perinatais, sendo os coeficientes mais altos nas regiões norte/nordeste quando comparados a região sul/sudeste. Dados que tendem a uma diminuição devido à implantação de programas para o declínio da mortalidade infantil pós-neonatal. Entre essas ações citam-se: incentivo ao pré-natal, aleitamento materno, imunizações, além de aumento da cobertura dos serviços de saúde e ampliação do saneamento básico. No entanto, maiores reduções da mortalidade infantil vão depender, em grande parte, de um impacto efetivo sobre as causas perinatais. Sendo que, entre estas, 61,4% estão associadas com a prematuridade.

Além da análise dos fatores de risco biológico para o desenvolvimento, precisam ser analisadas as variáveis do ambiente familiar, porquanto o desenvolvimento da criança é produto da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Assim, a relação entre os riscos biológicos enfrentados por essas crianças e o ambiente social é muito significativa, uma vez que este pode influenciar no impacto dos efeitos da prematuridade e do baixo peso ao nascer (FRAGA et al., 2008).

Formiga, Pedrazzani e Tudella (2004) observaram que a participação dos pais foi eficaz na evolução do desenvolvimento motor dos lactentes pré-termo. Comparado ao grupo intervenção sem orientação e treinamento dos pais, o grupo assistido pelos pais apresentou melhor desempenho motor nos meses estudados, principalmente nas aquisições relacionadas às posições supina, prono e sentada. Para a fisioterapia, este trabalho traz importantes contribuições para os profissionais da neuropediatria com a tentativa de modificar o enfoque terapêutico tradicional (abordagem centrada apenas na criança e suas alterações motoras), buscando focalizar a atenção na criança e nas necessidades da família. Além disso, o trabalho com a família exige do profissional conhecimento e a adoção de uma visão menos tecnicista da importância das relações familiares, da influência dos fatores psicoafetivos dos pais das crianças.

Assim, o não planejamento da gravidez, com índice extremamente alto neste estudo (75%), e a ausência de acompanhamento materno e paterno em período pré e perinatais foi marco importante na busca precoce da continuidade do tratamento fisioterapêutico e, assim, maior ganho de capacidade motoras das crianças. Isso vem comprovar que o ambiente familiar vem se somar aos fatores biológicos na busca de um desenvolvimento satisfatório infantil.

Carvalho, Linhares e Martinez (2001) dizem que crianças de baixo peso ao nascimento têm de sete a dez vezes mais riscos do que as crianças normais para desenvolver problemas como: paralisia cerebral, cegueira, surdez e deficiência mental.

Quando a variável peso de nascimento foi combinada com a variável ambiental pobreza, foi observado aumento considerável da condição de risco.

Este estudo demonstrou que as crianças que nasceram com peso um pouco mais elevado, embora considerado baixo para a média normal de pesos ao nascimento, coincidentemente eram as que possuíam maior renda familiar, obtiveram a aquisição de alguns movimentos fundamentais cronologicamente mais cedo. Entretanto, estudos evidenciam que as aquisições motoras destas crianças foram mais tardias que as crianças nascidas a termo e com pesos considerados na média.

Assim, a condição de vulnerabilidade advinda da prematuridade e do baixo peso não pode ser considerada apenas sob o aspecto de risco ao desenvolvimento, mas, sim, e acima de tudo, pela identificação e busca de mecanismos protetores presentes entre o risco e o recurso. Assim, fica claro que a condição de baixo peso e prematuridade não deve ser considerada de maneira isolada quando se busca a compreensão do impacto no decorrer do desenvolvimento da criança. Considerá-la como fator operante de um sistema bastante complexo, em que diversos aspectos encontram-se inter-relacionados em contexto específico e individual, determinando as formas de interação do indivíduo com o meio, é a maneira mais recomendável (BORDIN; LINHARES; JORGE, 2001).

Fogo (2000) melhor designa o termo recém-nascido de alto risco como neonatos com condições patológicas maternas ou da própria criança em risco de morte ou sobrevivência com seqüela, devendo permanecer em UTI neonatal sob rigoroso controle da equipe multidisciplinar, num local com aparelhagem adequada para os cuidados necessários. Neste estudo constatou-se que apenas 5% das crianças não necessitaram de internamento e cuidados prestados pela UTI neonatal corroborando com 5% de crianças que não possuíam patologias associadas à prematuridade, comprovando a afirmação de que condições patológicas acarretam condições de risco aos neonatos e maior índice de internamento.

Foi notório neste estudo que as crianças com planejamento familiar e acompanhamento materno e paterno durante todo período do tratamento, propiciando melhores condições ambientais e psicossociais, evoluíram de forma mais satisfatória. Embora evidente a gravidade do quadro clínico, demonstrado pela necessidade de internamento em UTI e pelo número de casos com doenças associadas à prematuridade, o grupo de crianças deste estudo foi extremamente beneficiado pelo tratamento proposto e realizado pela fisioterapia em conjunto com a equipe multidisciplinar.

A fisioterapia deve ser preconizada e reconhecida como imprescindível nos casos de prematuridade, seja esta acompanhada ou não por outras patologias. Assim, este estudo demonstrou que o tratamento fisioterapêutico, atualmente obrigatório nas unidades de terapia intensiva, foi de grande valia para as crianças; entretanto, a continuidade nas condutas foi interrompida por falta de encaminhamento clínico, o que, de certa forma, pode ter desecadeado uma recuperação funcional mais lenta. Em contrapartida, observou-se que 40% dos avaliados iniciaram o tratamento ambulatorial antes da criança completar um ano de idade, e 45% iniciaram na faixa etária entre um e dois anos, fato que comprova que embora

o tratamento pudesse ser mais efetivo se realizado precocemente, nunca é tarde para buscar o auxílio deste profissional, promovendo, como neste estudo, um bom nível de satisfação familiar.

Vários são os fatores que envolvem uma normalização e expectativa de vida em bebês prematuros, dentre eles técnicas fisioterapêuticas que objetivem o processo de recuperação e estabilidade cardiorrespiratória, além da promoção da normalização motora devem ser incentivadas na UTI e tão logo a criança receba alta hospitalar, propiciando continuidade ao tratamento (ANTUNES; RUGOLO; CROCCI, 2003).

Diversos são os recursos aplicados por este profissional no alcance dos objetivos propostos; a inibição de posturas e as atividades anormais devem ser enfatizadas e o estímulo do tônus normal e as aquisições motoras devem ser sempre o alvo da terapêutica.

A fisioterapia, com os anos, alcançou o espaço de destaque dentro da UTI neonatal. A indicação precisa e o tratamento precoce aliado ao critério e bom senso, trazem respostas altamente positivas. O fisioterapeuta trata o paciente através de vários métodos relacionando o aspecto cinético-funcional com o psicoemocional; condutas que devem ser sempre continuadas em nível ambulatorial através da indicação da equipe clínica Assim, pesquisas que enaltecem e difundem a participação do fisioterapeuta fazem-se necessárias objetivando mais exposições de estratégias que promovam melhor recuperação funcional dos pacientes (SOUZA, 2004; SANTOS et al., 2009).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Devido aos grandes benefícios descritos por meio de artigos científicos alcançados pelas condutas precoces impostas às crianças prematuras é que se tornou interessante a aplicação deste estudo.

É notória na área clínica a importância da fisioterapia na evolução destes pacientes. O tratamento fisioterapêutico deve iniciar em nível hospitalar e prosseguir em nível ambulatorial e o ambiente familiar e as expectativas quanto à evolução das crianças devem ser sempre reforçadas a fim de promover um desenvolvimento motor mais precoce e saudável.

A indicação clínica para continuidade da terapêutica se faz de suma importância, sendo que a precocidade do tratamento faz todo um diferencial. E os estudos que comprovam os efeitos da aplicação de uma conduta bem direcionada são fundamentais para a divulgação dos benefícios ofertados por este profissional.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, L. C. O.; RUGOLO, L. M. S. S.; CROCCI, A. J. Efeito da posição do prematuro no desmame da ventilação mecânica. *Jornal de Pediatria*, v. 79, n. 3, p. 239-244, 2003.

ARAÚJO, B. F. Prematuridade: perspectiva atual. *Revista de Ciências Médicas*, v. 1, n. 2, p. 9-15, 2003.

BORDIN, M.; LINHARES, M.; JORGE, S. Aspectos cognitivos e comportamentais na média meninice de crianças nascidas pré-termo e com muito baixo peso. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 17, n. 1, p. 49-57, 2001.

BRITO, A. S. J. et al. Escore CRIB, peso ao nascer e idade gestacional na avaliação do risco de mortalidade neonatal. *Revista Saúde Pública*, v. 37, n. 5, p. 597-602, 2003.

CARVALHO, A. E. V.; LINHARES, M. B. M.; MARTINEZ, F. E. História de desenvolvimento e comportamento de crianças prematuras de baixo peso (<1500g). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 14, n. 1, p. 1-33, 2001.

FOGO, M. Programa de orientação e incentivo ao aleitamento materno do recém-nascido prematuro. *Revista Cefac - Atualização Científica em Fonoaudiologia*, v. 2, n. 1, p. 81-89, 2000.

FORMIGA, C. K. M. R.; PEDRAZZANI, E. S.; TUDELLA, E. Desenvolvimento motor de lactentes pré-termo participantes de um programa de intervenção fisioterapêutica precoce. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, v. 8, n. 3, p. 239-245, 2004.

FRAGA, D. A. et al. Desenvolvimento de bebês prematuros relacionados a variáveis neonatais e maternas. *Psicologia em Estudo*, v. 13, n. 2, p. 335-344, 2008.

KLEBERG, A. et al. Indications of improved cognitive development one year of age among infant born very prematurely who received care based on the Newborns Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *Early Hum Dev*, v. 68, p. 83-91, 2002.

LINHARES, M. B.; CARVALHO, A. E.; MARTINEZ, F. E. História de desenvolvimento e comportamento de crianças nascidas pré-termo e baixo peso (< 1.500 g). *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 14, n. 1, p. 1-33, 2001.

LINHARES, M. B. M. et al. Prematuridade e muito baixo peso ao nascer como fator de risco ao desenvolvimento psicológico da criança. *Cadernos de Psicologia e Educação - Paidéia*, v. 10, n. 12, p. 60-69, 2000.

LORENA, S. H. T.; BRITO, J. M. S. Estudo retrospectivo de crianças pré-termo no ambulatório de Especialidades Jardim Peri-Peri. *Arquivo Brasileiro de Oftalmologia*, v. 72, n. 3, p. 360-364, 2009.

MÉIO, M. D. B. B.; LOPES, C. S.; MORSCH, D. S. Fatores prognósticos para o desenvolvimento cognitivo de prematuros de muito baixo peso. *Revista de Saúde Pública*, v. 37, n. 3, p. 311-318, 2003.

MILTERSTEINER, A. R. et al. Respostas fisiológicas da posição mãe-canguru em bebês pré-termos, de baixo peso e ventilando espontaneamente. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 3, n. 4, p. 447-455, 2003.

- MCCORMICK, M. C.; RICHARSON, D. K. Premature infants grow up. *The New England Journal of Medicine*, v. 346, n. 17, p. 197-198, 2002.
- SANTOS, M. L. M. et al. Efeitos de técnicas de desobstrução brônquica na mecânica respiratória de neonatos prematuros em ventilação pulmonar mecânica. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, v. 21, n. 2, p. 183-189, 2009.
- SILVA, A. M. R. et al. Fatores de risco para nascimentos pré-termo em Londrina, Paraná, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, v. 25, n. 10, p. 2125-2138, 2009.
- SILVEIRA, M. F. et al. Aumento da prematuridade do Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 5, p. 957-64, 2008.
- SILVEIRA, M. F. et al. Nascimentos pré-termo no Brasil entre 1994 e 2005 conforme o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). *Caderno de Saúde Pública*, v. 25, n. 6, p. 1267-1275, 2009.
- SOUZA, A. *O método canguru e a atuação da fisioterapia junto à díade mãe-bebê*. Rio de Janeiro, 2004. *Monografia (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Castelo Branco*, Rio de Janeiro, 2004.

Recebido em: 29 Julho 2010
Aceito em: 22 Setembro 2010