Achados comportamentais e cognitivos em crianças de 5 a 11 anos nascidas com baixo peso

Behavioral and cognitive findings in 5-11-year-old children born underweight

Rejane Rosaria Grecco dos Santos[1], Sandra Petresco[2], Beatriz Garcia de Morais[3], Patricia Portantiolo Manzolli[4], Denise Marques Mota[5], Nicole Santos[3]

RESUMO

Introdução: O número de nascimentos prematuros cresceu nos últimos anos, aumentando a morbimortalidade infantil. Sabe-se que estes estão mais sujeitos a problemas futuros, devido à pouca maturidade de órgãos e ao baixo peso ao nascer. Contudo, a interação do indivíduo com o ambiente familiar e social também influencia no desenvolvimento e comportamento. O estudo avaliou crianças entre cinco e 11 anos de idade em acompanhamento no ambulatório de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas nascidas prematuras ou com baixo peso ao nascer e avaliou o perfil cognitivo e comportamental. **Método:** Participaram do estudo 47 crianças, sendo 11 prematuras e 36 nascidas a termo. Os instrumentos de avaliação utilizados foram: uma escala de Avaliação de Sintomas de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, o MTA SNAP-IV e o Questionário de Habilidades e Dificuldades (SDQ). Para avaliação econômica, utilizou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil – ABEP. Utilizou-se ainda o teste das matrizes progressivas de Raven para estimar o quociente intelectual e um questionário com dados do histórico da criança, gestação e antecedentes dos pais. **Resultados:** Foi observada diferença estatisticamente significativa entre crianças a termo e prematuras, no sintoma impulsividade e e nos sintomas de transtorno de conduta, além de uma maior pontuação nos sintomas psiquiátricos em geral. **Conclusão:** Os achados sugerem que crianças prematuras apresentam maior prevalência de problemas de comportamento do que as nascidas a termo.

UNITERMOS: Nascimento Prematuro, Cognição, Comportamento.

ABSTRACT

Introduction: *The number of preterm births has grown in recent years, increasing infant morbidity and mortality rates. It is known that preterm infants are more prone to future problems due to low maturity of organs and low birth weight. However, the interaction of the individual with the family and social environment also influences the development and behavior. This study assessed the cognitive and behavioral characteristics of children with low weight between 5 and 11 years as pediatric outpatients cared for in the School of Medicine, Federal University of Pelotas.* ***Method:*** *The study included 47 children, 11 preterm and 36 term born. The assessment instruments used were the MTA SNAP-IV – Assessment Scale of Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and the Skills and Difficulties Questionnaire (SDQ). For socioeconomic evaluation, we followed the Economic Classification Criterion Brazil – ABEP. We also used Raven's Progressive Matrices and a questionnaire with the child's historical data, gestation, and parental background.* ***Results:*** *A statistical difference between preterm and full-term children was observed in the symptom impulsivity and conduct disorders as well as a higher score in psychiatric symptoms in general.* ***Conclusion:*** *The findings suggest that preterm infants have a higher prevalence of behavior problems than those born at term.*

KEYWORDS: *Premature Birth, Cognition, Behavior.*

[1] Psicóloga Especialista em Educação pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel). Especialista em Saúde da Criança pela UFPel. Especialista em Dependência Química pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Mestranda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

[2] Mestre em Psiquiatria pela Universidade de São Paulo (USP), Doutoranda em Epidemiologia pela UFPel. Médica Psiquiatra com especialização em Psiquiatria da Infância, Adolescência e Família pela UFRGS. Médica Psiquiatra da Fundação Universidade Federal do Rio Grande (FURG).

[3] Estudante de Medicina, UFPel.

[4] Mestre e Doutora em Epidemiologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e Pós-Doutoranda da Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Médica Psiquiatra com especialização em Psiquiatria da Infância e Adolescência no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Professora Adjunta do Departamento de Saúde Mental da UFPel.

[5] Mestre e Doutora em Epidemiologia da UFPel. Médica Pediatra pela UFPel, Nefrologista Pediátrica, Neonatologista e Intensivista Neonatal. Professora adjunta de Pediatria da UFPel.

INTRODUÇÃO

Dados epidemiológicos atuais mostram um aumento significativo nos índices de nascimento de bebês prematuros, resultando no aumento da morbimortalidade infantil e da necessidade de internação hospitalar ao nascimento (1). Como definido pela Organização Mundial da Saúde, prematuro é todo recém-nascido com menos de 37 semanas e que, normalmente, apresenta peso ao nascer abaixo de 2500g (2). O bebê nascido entre 32 e 35 semanas de gestação é considerado como uma criança de risco, e o bebê nascido antes de 32 semanas é considerado de alto risco. Os lactantes de baixo peso ao nascimento (BPN), definidos como lactantes com peso de nascimento inferior a 2.500g, representam um componente desproporcionalmente grande das taxas de mortalidade neonatal e infantil. Os lactantes de muito baixo peso ao nascimento (MBPN), peso inferior a 1.500g ao nascer, representam cerca de 1% de todos os nascimentos, mas representam 50% das mortes neonatais (3).

O nascimento prematuro constitui-se em um grave problema na área de Saúde da Criança, considerando-se que a maior causa da mortalidade infantil no Brasil está associada às condições perinatais. O desenvolvimento de unidades de terapia intensiva para cuidados neonatais aumentou a taxa de sobrevida de prematuros. Entretanto, mesmo com o avanço da tecnologia voltada para essa área médica, os efeitos da prematuridade ao longo da vida são pouco conhecidos. Mais escasso ainda é o entendimento da relação de causa-consequência do nascimento prematuro sobre as doenças crônicas em fases posteriores da vida (4).

O desenvolvimento humano é um processo contínuo de aprendizagem, resultado de interações recíprocas entre o ambiente e o indivíduo que se modificam, implicando reorganizações constantes deste sistema indivíduo-ambiente (5). Nessa perspectiva, as interações do indivíduo com o ambiente incluem fatores biológicos, genéticos, sociais e culturais que agem simultaneamente sobre o desenvolvimento. Todavia, ainda que se identifique a presença de algum fator de risco, a continuidade dos seus efeitos no processo de desenvolvimento não é linear, considerando que este é resultado da interação do indivíduo com o ambiente, e comportamentos podem emergir, modificar e, até mesmo, desaparecer (5).

Os avanços científicos apontam para a plasticidade do cérebro humano, que é mais acentuada nos primeiros anos de vida e suscetível à estimulação (6). Tais avanços reforçam a possibilidade de evolução de crianças com prognóstico de alterações no desenvolvimento que tem sido otimizada pelo diagnóstico e pela intervenção precoce. Entre os fatores de risco para o desenvolvimento infantil, destaca-se a prematuridade (6,7).

O emprego de uma abordagem multidisciplinar o mais precocemente possível se faz necessário para amenizar ou prevenir sequelas. As medidas preventivas adotadas no período neonatal envolvem todos os cuidados neonatais oferecidos ao recém-nascido pré-termo (RNPT) e não são facilmente estabelecidas, uma vez que a fisiopatologia é complexa e multifatorial, sendo os recém-nascidos, amiúde, assintomáticos. As pessoas nascidas prematuras estão mais sujeitas aos agravos futuros advindos da própria condição da prematuridade, como consequência da pouca maturidade de órgãos e danos advindos do baixo peso ao nascer associado (8).

Levando em consideração os resultados de pesquisas realizadas com crianças nascidas pré-termo e as evidências da possível associação de doenças com a prematuridade, o presente estudo teve como objetivo analisar o perfil comportamental e cognitivo, além da presença de sintomas de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) nas crianças nascidas com baixo peso em acompanhamento no Ambulatório de Pediatria da Faculdade de Medicina da (FAMED) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

MÉTODOS

Este é um estudo descritivo observacional transversal, com crianças de 5 a 11 anos atendidas no ambulatório de Pediatria da Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

Os dados foram coletados no período de agosto a novembro de 2013 no ambulatório de Pediatria da UFPel. Foram realizadas 52 entrevistas (n=52). Houve perda de cinco crianças devido à falta de informação na caderneta da saúde da criança sobre o peso ao nascer e a idade gestacional, totalizando n=47 crianças na amostra.

As variáveis maternas referiam-se à idade, ao desfecho da gestação, ao uso de medicação e ao consumo de álcool ou tabaco na gestação, além de variáveis socioeconômicas como renda familiar, escolaridade do chefe da família e classe econômica.

As variáveis neonatais resumiram-se ao sexo, à idade gestacional pediátrica, ao peso ao nascimento, ao tipo de parto, a complicações perinatais (permanência em UTI neonatal, fototerapia), ao período de amamentação, ao uso de leite artificial ou suplementação e a dificuldades na escola.

O quociente intelectual estimado foi avaliado através da Escala de Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial com padronização brasileira (9). Este é um teste de múltipla escolha utilizado para aferição do Q.I. (Quociente de Inteligência), o qual consiste em apresentar uma matriz de figuras em que há um padrão lógico entre as figuras. Uma das figuras da matriz é deixada em branco, e o examinando é incentivado a preenchê-la segundo o seu raciocínio.

Avaliou-se a saúde mental através do MTA-SNAP-IV-Escala de Avaliação de Sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (10). Esta escala apresenta 26 itens avaliando sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade com 4 opções de resposta em cada item (nem um pouco, um pouco, bastante e demais).

Utilizou-se ainda o Questionário de Habilidades e Dificuldades (*Strenghts and Difficultties Questionnaire* – SDQ) (11), que consiste em 25 itens avaliando sintomas emocionais, de hiperatividade e de conduta, além do comportamento pró-social ou menos pró-social. Há três opções de resposta para cada item, falso, mais ou menos verdadeiro e verdadeiro, seguido por cinco questões para avaliar o prejuízo/impacto causado pelos sintomas na vida da criança.

Para avaliação econômica, utilizou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil – Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (12). Este questionário divide-se em duas partes, uma de bens de consumo e posses e outra da escolaridade do chefe da família e propõe estimar a posição econômica a que pertence a família da criança entrevistada.

Adicionalmente, criou-se um questionário com dados da criança e das mães.

Este trabalho foi realizado respeitando a Resolução Nº466/12, do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), via Plataforma Brasil, sendo aprovado sob o número 381.581. Ao chegarem para a consulta, a criança e sua mãe/responsável foram informadas pela equipe do ambulatório sobre o estudo e convidadas a participar desse. A mãe ou responsável que aceitou participar assinou um Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

Os dados foram analisados utilizando-se o programa estatístico Stata, versão 12.0. As análises foram descritivas, com apresentação da frequência para as variáveis categóricas e médias ou medianas para variáveis contínuas, conforme normalidade da distribuição. As análises comparativas entre as crianças a termo e as prematuras foram realizadas com o teste Qui Quadrado de Pearson ou de Fisher, conforme as especificidades de cada um desses testes.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 47 crianças, destas 11 são prematuras e 36 nascidas a termo e/ou com peso maior ou igual a 2500g; a faixa etária variou de cinco a 11 anos de idade; 71,2% das crianças eram brancas. Um percentual significativo das crianças da amostra (55,8%) apresentou dificuldade na escola, segundo relato das mães. Todas as crianças prematuras necessitaram fototerapia, e 88,9% delas permaneceram na UTI. Já entre as nascidas a termo, apenas 11,1% estiveram na UTI e nenhuma necessitou de fototerapia (Tabela 1).

Utilizando-se o questionário da ABEP, observou-se que quanto maior a renda que os pais ou responsáveis possuíam, menor era a proporção de pacientes prematuros (18,2%). Esse dado também se manteve em relação à escolaridade, à medida que aumentam os anos de estudos dos pais ou responsáveis, menor o número de nascimentos prematuros observado (Tabela 2).

Tabela 1 – Descrição das variáveis neonatais.

Variáveis neonatais	A termo		Prematuro	
	N	%	N	%
Sexo				
Masculino	22	61,1%	8	72,7%
Feminino	14	38,9%	3	27,3%
Cor da pele				
Branca	27	75,0%	7	63,6%
Morena	1	2,8%		
Parda	3	8,3%	2	18,2%
Negra	4	11,1%	2	18,2%
Peso ao nascimento				
menor que 2500g			3	27,3%
entre 2501 e 3000g	6	16,7%	6	54,5%
entre 3001 e 3500g	15	41,7%		
entre 3501 e 4000g	7	19,4%	1	9,1%
acima de 4001g	8	22,2%	1	9,1%
Idade gestacional				
entre 24 e 30 semanas			2	18,2%
entre 31 e 37 semanas			9	81,8%
entre 38 e 40 semanas	29	80,6%		
após 41 semanas	7	19,4%		
Dificuldade na escola*				
Sim	16	44,5%	8	72,7%
Não	17	47,2%	2	18,2%
Não está na escola	3	8,3%	1	9,1%
Tipo de parto				
Vaginal	19	52,8%	3	27,3%
Vaginal com fórceps	1	2,8%		
Cesárea	16	44,4%	8	72,7%
Amamentação				
Sim	31	86,1%	6	54,5%
Não	5	13,9%	5	45,5%
Leite artificial				
Sim	8	22,2%	5	45,5%
Não	28	77,8%	6	54,5%
Necessitou UTI				
Sim	4	11,1%	6	54,5%
Não	32	88,9%	5	45,5%
Necessitou Fototerapia				
Sim			3	27,3%
Não	36	100%	8	72,7%

*Dificuldade na escola relatada pela mãe ou responsável

Mais crianças a termo foram amamentadas do que dentre as crianças prematuras (86,1% VS 54,5%; p = 0,039). Além disso, as crianças prematuras necessitaram de UTI em maior proporção quando comparadas às nascidas a termo (54,5% VS 11,1%; p = 0,006). Verificou-se ainda que as mães das crianças nascidas prematuras utilizaram medicações durante a gestação mais frequentemente do que

Tabela 2 – Descrição das variáveis maternas e socioeconômicas.

Variáveis maternas e socioeconômicas	A termo		Prematuro	
	N	%	N	%
Medicação na gestação				
Sim	5	13,90%	7	63,60%
Não	30	83,30%	4	36,40%
Não sabe	1	2,80%		
Fumo na gestação				
Sim	2	5,50%	2	18,20%
Não	33	91,70%	9	81,80%
Não sabe	1	2,80%		
Álcool na gestação				
Sim	1	2,80%		
Não	34	94,40%	11	100%
Não sabe	1	2,80%		
Idade Materna				
até 25	4	11,10%		
entre 26 e 30	7	19,40%	3	27,30%
entre 31 e 35	5	13,90%	3	27,30%
entre 36 e 40	15	41,70%	4	36,30%
acima de 41	5	13,90%	1	9,10%
Renda				
Não soube informar	0		1	9,1%
Até 800,00	5	13,9%	5	45,4%
801 a 1600,00	20	55,6%	3	27,3%
Acima de 1601,00	11	30,5%	2	18,2%
Escolaridade chefe família				
0 a 3 anos de estudo	7	19,4%	4	36,3%
4 a 7	8	22,2%	3	27,3%
8 a 10	2	5,6%	2	18,2%
11 a 14	18	50,0%	2	18,2%
15 a 17	1	2,8%	0	
Classe*				
B1	3	8,3%	0	
B2	12	33,4%	0	
C1	17	47,2%	8	72,7%
C2	4	11,1%	2	18,2%
D	0		1	9,1%

*Critério de classificação da ABEP.

as mães das crianças nascidas a termo (63,6% VS 14,3%; p=0,003) (Tabela 2).

Percebeu-se uma distribuição normal e simétrica do valor de QI total estimado obtido através do Raven, compatível com um desfecho biológico que respeita a curva de Gauss, estando a maioria da amostra na classificação 3, ou seja, na média. Vinte e três crianças (44,2%) apresentaram QI na média, 10 crianças (19,2%) acima da média, 12 crianças (23,1%) abaixo da média e uma criança (1,9%) apresentou QI superior. No entanto, não se observou diferença na distribuição dos valores de QI total no grupo de crianças prematuras quando comparadas às crianças a termo.

Tabela 3 – Diferentes desfechos nas crianças nascidas a termo em comparação às crianças nascidas prematuras (N= 47).

Variáveis estudadas	Crianças a termo		Crianças prematuras		Valor p*
	N	%	N	%	
SNAP**					
Desatenção					0,177
Sim	9	25,0%	5	45,5%	
Não	27	75,0%	6	54,5%	
Hiperatividade					0,094
Sim	7	19,4%	5	45,5%	
Não	29	80,6%	6	54,5%	
Impulsividade					0,023
Sim	4	11,11%	5	45,5%	
Não	32	88,9%	6	54,5%	
SDQ***					
Emocional					0,467
Sim	17	47,2%	6	54,5%	
Não	19	52,8%	5	45,5%	
Hiperatividade					0,176
Sim	15	41,7%	7	63,6%	
Não	21	58,3%	4	36,4%	
Conduta					0,009
Sim	7	19,4%	7	63,6%	
Não	29	80,6%	4	36,4%	
Total SDQ					0,05
Sim	8	22,2%	6	54,5%	
Não	28	77,8%	5	45,5%	

*Exato de Fisher.
**Escala de Avaliação de Sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade.
***Questionário de Habilidades e Dificuldades (*Strenghts and Difficultties Questionnaire*).

Observou-se, utilizando a escala SNAP, que as crianças prematuras possuem maior proporção de sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, porém houve diferença estatisticamente significativa (p=0,023) apenas no sintoma de impulsividade; quatro (11,1%) crianças a termo foram consideradas impulsivas, enquanto entre os prematuros esse número chegou a cinco (45,5%). Uma porcentagem maior de crianças prematuras apresentou sintomas de desatenção e hiperatividade, mas sem diferença estatística quando comparadas com as crianças a termo (Tabela 3).

Ao avaliar-se a presença de sintomas psiquiátricos através do SDQ, notou-se que as crianças prematuras possuem mais sintomas emocionais, de hiperatividade e de conduta; no entanto, verificou-se diferença estatisticamente significativa entre os grupos apenas nos sintomas de conduta (p=0,009) e no total de sintomas do SDQ (p=0,050). O transtorno de conduta foi relatado em sete crianças a termo (19,4%) e sete crianças prematuras (63,6%). A pontuação total do SDQ também mostrou diferença signifi-

cativa entre os dois grupos; oito crianças a termo (22,2%) apresentaram sintomas psiquiátricos, já entre as prematuras, o número foi de seis (54,5%) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Indubitavelmente, o nascimento prematuro representa um fator de risco para o desenvolvimento motor adequado de lactentes, porque frequentemente se associa a problemas neonatais, tais como: hemorragia intraventricular, hipóxia, baixo peso ao nascimento e outras intercorrências neurológicas que, de acordo com a intensidade e duração, podem resultar em sequelas permanentes, as quais, no futuro, irão interferir na vida do bebê (13).

Segundo a literatura, regiões do cérebro são altamente vulneráveis a danos por hipóxia e injúrias periventriculares, como a leucomalácia periventricular, frequentemente associada à prematuridade e ao baixo peso, o que pode contribuir para a elevada incidência de desordens da linguagem (14). A defasagem verificada no desenvolvimento dos recém-nascidos pré-termo (RNPT) pode estar associada não necessariamente com lesões cerebrais, mas pode significar imaturidade do sistema nervoso central, o qual pode funcionar como indicador de desordens do desenvolvimento. Crianças pré-termo e de baixo peso apresentam provável risco de desenvolver alterações de linguagem por atraso ou distúrbios nos processos receptivos e expressivos, envolvendo todos os níveis linguísticos, além dos cognitivos, sensoriais e perceptivos (14).

Este estudo pretendeu elucidar algumas das possíveis consequências das vulnerabilidades neonatais ocasionadas pelo baixo peso ao nascer e pela prematuridade. Porém, a maioria dos trabalhos revisados associou o peso de nascimento à prematuridade, uma vez que grande parte da população nascida com baixo peso é composta por prematuros. A literatura aponta a influência de múltiplos fatores sobre o desenvolvimento infantil, entre eles os aspectos biológicos e sociais. O contexto familiar assume um papel relevante, uma vez que recursos externos podem ser mobilizados no sentido de promover estimulação adequada às crianças, proporcionando condições para a ativação de recursos que lhes permitirão um desenvolvimento saudável.

Neonatos de muito baixo peso e extremo baixo peso apresentam maior incidência de transtornos comportamentais, alterações emocionais e prejuízos no desenvolvimento intelectual. Tais prejuízos poderão ser maiores ou menores dependendo do contexto em que a criança se desenvolver. Estudos confirmam que crianças nascidas pré-termo, com baixo peso e vivendo em condições de pobreza, mas experimentando um ambiente com três ou mais fatores protetores (variedade de estimulação, suporte emocional, responsividade parental e aceitação do comportamento infantil) são mais propensas a mostrar sinais de resiliência (15).

A maioria dos estudos constatou maior incidência de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade neste grupo de crianças. Intercorrências como convulsões, paralisia cerebral, hidrocefalia e hemorragia intracraniana são frequentes em crianças nascidas pré-termo e com baixo peso. Esses fatores, entre outros, podem ser determinantes de posteriores déficits intelectuais que prejudicarão o desempenho escolar das crianças. Por essa razão, encontram-se na literatura vários estudos que investigam a capacidade cognitiva, comparando crianças nascidas com baixo peso a crianças nascidas com peso adequado. Notou-se, por meio da aplicação da escala SNAP, que crianças prematuras tiveram prevalência significativamente maior de sintomas de impulsividade ($p=0.023$) em relação às crianças a termo. Já em relação aos sintomas de desatenção ($p=0.177$) e hiperatividade ($p=0.094$), verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa.

Diversas funções motoras, executivas ou sensórias podem ser deficientes na criança prematura, como déficits relacionados ao quociente de inteligência, capacidade para cálculos, memória, função cognitiva global, aprendizado, função motora grossa, desenvolvimento motor, habilidades visomotoras, linguagem, planejamento, pensamento racional, associativo e atenção, podendo ter consequência em sua educação e qualidade de vida futura (16,17,18,19).

Neonatos nascidos com baixo peso são considerados de risco para alterações globais tanto receptivas quanto expressivas, especialmente durante os primeiros anos pré-escolares e escolares (20,21). Os prematuros podem apresentar alterações concomitantes de deficiências cognitivas, com déficit motor principalmente em idade escolar ou mais tardiamente. Tais problemas cognitivos e educacionais podem estar relacionados às anomalias cerebrais (22,23,24,25).

Crianças prematuras devem ser analisadas nos aspectos cognitivo, comportamental e motor. Vários fatores contribuem para o futuro desempenho dessas crianças, o que exige uma observação de suas habilidades a partir de uma abordagem dinâmica. Diferentes situações podem trazer interferências em momentos específicos do desenvolvimento, comprometendo futuras aquisições de tal processo (26,27).

Não se observou diferença na distribuição do QI total obtido através do Raven nos prematuros quando comparados aos nascidos a termo. Isso ocorreu possivelmente devido à falta de poder da amostra e/ou ao ambiente barulhento e dispersivo em que o teste foi aplicado.

Quanto aos resultados de desempenho intelectual, muitas controvérsias foram encontradas. Alguns estudos evidenciaram que crianças com baixo peso apresentaram escores reduzidos em testes de desempenho cognitivo. Outros destacaram que o nível intelectual foi classificado predominantemente como médio ou médio inferior, não sendo essas diferenças significativas. Embora não haja um consenso documentado, a literatura mostra que os possíveis atrasos cognitivos advindos do baixo peso ocasionam desvantagens no âmbito escolar.

Ao se avaliar a presença de sintomas psiquiátricos, através do instrumento SDQ, observou-se que as crianças prematuras possuem maior prevalência de sintomas emocionais, de hiperatividade e de conduta.

No presente estudo, notou-se menor número de nascimentos prematuros em relação à maior escolaridade dos pais. Em relação à renda familiar, a melhoria nos indicadores sociais e demográficos é importante para estabilizar a proporção de nascimentos com baixo peso (28). Pode-se ver neste atual estudo que o melhor nível socioeconômico demonstrou menor número de nascimentos prematuros.

Houve perda de casos no estudo devido à dificuldade de obter a informação sobre a idade gestacional com a mãe ou responsável, pois esse dado não constava em alguns cartões da criança, nem no prontuário da mesma. Ocorreu dificuldade de localizar prematuros na faixa etária de interesse no ambulatório de Pediatria da FAMED da UFPel, uma vez que nesse ambulatório não havia serviço específico para prematuros anos atrás, como se mostra necessário para faixa etária da nossa amostra.

CONCLUSÕES

Os achados confirmam as suspeitas de que as crianças prematuras possuem maior prevalência de problemas de comportamento do que as nascidas a termo; no entanto, nossos dados apontam para uma diferença apenas no âmbito dos sintomas de impulsividade e conduta. Esses achados reforçam a importância da criação de programas de seguimento longitudinal do desenvolvimento de crianças nascidas em condição de risco, a fim de orientar as mães ou responsáveis quanto à estimulação e tentar neutralizar precocemente as adversidades identificadas no desenvolvimento e comportamento.

REFERÊNCIAS

1. Silveira MF, Santos ISS, Barros AJD, Matijasevich A, Barros FC, Victora CG. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. Rev de Saúde Pública. 2008; 42(5):957-964.
2. WHO. International classification of impairments, disabilities and handicaps. Geneva, 1980.
3. Nelson WE. Princípios de Pediatria. 5ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.
4. Dalziel SR, Parag V, Rodgers A, Harding JE. Cardiovascular risk factors at age 30 following pre-term birth. Int J Epidemiol 2007;36:907-15.
5. Weber LND. Família e desenvolvimento: visões multidisciplinares. Curitiba: Editora Juruá, 2008:9-20.
6. Resegue R, Puccini RF, Silva EMK. Fatores de risco associados a alterações no desenvolvimento da criança. J Pediatr. 2007;29(2):117-128.
7. Resegue R, Puccini RF, Silva EMK. Risk factors associated with developmental abnormalities among high-risk children attended at a multidisciplinary clinic. Br Med J. 2008;126(1):4-10.
8. Coelli AP, Nascimento LR, Mill JG, Molina MCB. Prematuridade como fator de risco para pressão arterial elevada em crianças: uma revisão sistemática. Cad Saúde Pública. 2011;27(2):207-218.
9. Angelini AL, Alves ICB, Custódio EM, Duarte WF, Duarte JLM. Matrizes Progressivas Coloridas de Raven: Escala Especial. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1988.
10. Swanson JM, Sandman CA, Deutsch C, Baren M. MTA- SNAP-IV - Escala de Avaliação de Sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), 2001.
11. Goodman, R. Psychometric properties of the strengths and difficulties questionnaire. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001;40:1337-1345.
12. ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério padrão de classificação econômica Brasil. 2013:1-5 Disponível em: http://www.abep.org.br Acesso em 12 mar.2013.
13. Felice TD, Ribeiro JAAB, Ishizuka ROR, Godoy GJ. Motor development in nine-month-old preterm infants. Med Reabil. 2010;29(1):19-22.
14. Carlino FC, Lamônica DAC, Alvarenga KF. Avaliação da função auditiva receptiva, expressiva e visual em crianças prematuras. Pró-Fono Revista de Atualização Científica. 2010;22(1):19-24.
15. Bordin, MBM, Linhares MBM, Jorge SM. Aspectos cognitivos e comportamentais na média meninice de crianças nascidas pré-termo e com muito baixo peso. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2001;17(1):49-57.
16. Espírito Santo JL, Portuguez MW, Nunes ML. Cognitive and behavioral status of low birth weight preterm children raised in a developing country at preschool age. J Pediatric. 2009;85(1):35-41.
17. Rodriguez MC, Mello RR, Fonseca SC. Learning difficulties in schoolchildren born with very low birth weight. J Pediatric. 2006;82:6-14.
18. Zomignani AP, Zambelli HJL, Antonio MA. Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. Rev Paul Pediatr. 2009; 27(2):198-203.
19. Marlow N, Hennessy EM, Bracewell MA, Wolke D, EPI Cure Study Group. Motor and Executive Function at 6 Years of Age after Extremely Preterm Birth. Pediatrics, 2007;120:793-804.
20. Buhler KEB, Flabiano FC, Mendes AE, Limongi SCO. Construção da permanência do objeto em crianças nascidas pré-termo muito baixo peso. CEFAC. 2007;9(3):3-7.
21. Oliveira LN, Lima MCMP, Gonçalves VMG. Acompanhamento de lactantes com baixo peso ao nascimento: aquisição de linguagem. Arq Neuropsiquiatr. 2003;61(3B):802-807.
22. SM, Zheng H, Tang Y, Roth J. Early School-Age Outcomes of Late Preterm Infants. Pediatrics. 2009;123;622-629.
23. Anderson PJ, Doyle LW. Executive Functioning in School-Aged Children Who Were Born Very Pretermor With Extremely Low Birt Weight in the 1990. Pediatrics. 2004;114;50-57.
24. Cooke RWI. Are there critical for brain in children born preterm. Arch Dis Child Fetal Neonatal. 2006;91:17-20.
25. Meio MDBB, Lopes CS, Morsch DS. Fatores Prognósticos para o desenvolvimento cognitivo de prematuros de muito baixo peso. Rev. Saúde Públ. 2003;37(3):311-318.
26. Méio MDBB, Lopes CS, Morsch DS, Monteiro APG, Rocha SB, Borges RA, et al. Desenvolvimento cognitivo de crianças prematuras de muito baixo peso na idade pré-escolar. J Pediatric. 2004;80:495-502
27. Saigal S, Stoskopf B, Streiner D, Boyle M, Pinelli J, Paneth N, et al. Transition of Extremely Low-Birth-Weight Infants from Adolescence no Young Adulthood Comparison with Normal Birth-Weigth Controls. JAMA. 2006;295(6):667-675.
28. Azenha VM, Mattar MA, Cardoso VC, Barbieri MA, Ciampo LAD, Bettiol H. Peso insuficiente ao nascer: estudo de fatores associados em duas coortes de recém-nascidos em Ribeirão Preto, São Paulo. Rev Paul Pediatr. 2008;26(1):21-35.

✉ Endereço para correspondência
Rejane Rosaria Grecco dos Santos
Praça Cel. Pedro Osório, 162/24
96.015-010 – Pelotas, RS – Brasil
☎ (53) 9136-4884
rejanegrecco@ymail.com
Recebido: 28/7/2014 – Aprovado: 2/10/2014