

Fatores de risco para o desenvolvimento infantil

Carmem Gracinda Silvan Scochi

Cristina Ide Fujinaga

Maeby Caseker Weiss

Jáima Pinheiro de Oliveira

Como citar: SCOCHI, C. G. S.; FUJINAGA, C. I.; WEISS, M. C.; OLIVEIRA, J. P. Fatores de risco para o desenvolvimento infantil. *In:* OLIVEIRA, J. P.; BRAGA, T. M. S. (org.). **Desenvolvimento Infantil: Perspectivas de atuação em educação e saúde.** Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Fundepe, 2009. p. 17-26. DOI: <https://doi.org/10.36311/2009.978-85-98176-22-2.p17-26>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

CAPÍTULO 1

FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Carmem Gracinda Silvan Scochi

Cristina Ide Fujinaga

Maeby Caseker Weiss

Jáima Pinheiro de Oliveira

Introdução

Fator de risco é definido como um elemento que, quando presente, determina um aumento da probabilidade de surgimento de problemas. Pode também ser definido como um fator que aumenta a vulnerabilidade de uma pessoa ou grupo em desenvolver determinada doença ou agravo à saúde (HALPERN; FIGUEIRAS, 2004, p. 105).

Ao se refletir sobre os fatores de risco para o desenvolvimento infantil, considera-se que muitos desses fatores não se restringem às situações e comportamentos individualmente, mas envolvem também dimensões sociais, políticas e institucionais. Assim, não se podem separar os efeitos dos fatores fisiológicos do nascimento, entre eles a prematuridade e o baixo peso ao nascer, daqueles relativos ao meio ambiente, pois um potencializa o outro, além do que muitos dos efeitos juntos contribuem para a imagem da classe social das famílias, diferenciando o acesso aos serviços sociais e a qualidade de vida.

Desta forma, o presente capítulo aborda os principais fatores de risco para o desenvolvimento infantil e das possibilidades de atuação junto à prevenção dos fatores de risco e acompanhamento de crianças de risco para o desenvolvimento.

Principais fatores de risco para o desenvolvimento infantil

As organizações internacionais e a literatura especializada apontam a porcentagem de nascimentos com baixo peso como um dos indicadores do estado de saúde de populações (OPAS/OMS, 1988). Assim, o baixo peso ao nascimento é considerado como fator de risco, devido à vulnerabilidade da população infantil, em especial nos primeiros meses de vida, quando há uma relação inversamente proporcional entre o déficit de peso e o grau de ocorrência da morbidade na infância, o que reflete na mortalidade infantil.

Em decorrência dessa estreita relação, muitos críticos consideram o baixo peso ao nascer como um fator de risco bastante importante no aumento da pro-

babilidade de morte na infância. É tido também como um indicador de saúde e de avaliação dos programas assistenciais na área materno-infantil, além de refletir a capacidade de reprodução da mãe e possibilitar o prognóstico de sobrevivência do recém-nascido e seu desenvolvimento, a longo prazo (OPS/OMS, 1988).

Nesta perspectiva, a alta incidência do baixo peso ao nascer e da prematuridade constitui-se problema de saúde pública para muitos países, estando presente naqueles de condições socioeconômicas menos favorecidas.

Nos últimos anos, vem crescendo no Brasil o número de unidades de cuidado intensivo neonatais, permitindo um atendimento mais adequado aos casos de prematuridade e de baixo peso ao nascer. A incorporação de tecnologia sofisticada e de alta complexidade tem contribuído para a diminuição da mortalidade neonatal, mas ainda existe um longo caminho a percorrer em direção ao acesso a essa assistência, à redução da morbidade e qualidade de vida dessas crianças, embora já se tenha alguns avanços.

Os componentes da mortalidade infantil têm significados epidemiológicos distintos, apesar de apresentarem determinantes socioeconômicos comuns. A mortalidade infantil tardia está vinculada mais a fatores socioeconômicos e ambientais, ou seja, às condições de vida da criança, enquanto que a mortalidade neonatal relaciona-se principalmente às condições da gestação e do nascimento, influenciada por fatores biológicos e assistenciais inerentes ao pré-parto, parto e recém-nascido (LEONE; ALCÂNTARA, 1991).

A maioria das mortes no primeiro mês de vida ocorre no período neonatal precoce, ou seja, na primeira semana de vida, especialmente os óbitos ocorridos no primeiro dia de vida, que representam cerca de 36% dessas mortes. A mortalidade por afecções perinatais representa mais de 72% da mortalidade neonatal, sendo que mais de 50% dos óbitos no primeiro ano de vida, em todas as regiões do país (CARVALHO; PROCHNIK, 2001).

Ao contrário do que acontece nos países desenvolvidos, nos quais a primeira causa de mortalidade no período perinatal é a malformação congênita – intercorrência praticamente impossível de ser evitada – no Brasil, a maioria dos óbitos perinatais é determinada pelas condições de atendimento à gestante, à parturiente e ao recém-nascido, situações passíveis de serem enfrentadas pelos profissionais e respectivos serviços (CARVALHO; PROCHNIK, 2001).

Almeida *et al.* (1992), citando Hale e Druschell (1989), referem que o baixo peso ao nascer é o mais significativo fator de risco para a mortalidade neonatal, enquanto a pobreza aparece como o maior determinante da mortalidade após o nascimento, sendo também um dos fatores que geram os maiores índices de baixo peso ao nascer. Assim, ficam nas classes mais pobres os maiores coeficientes de mortalidade neonatal e pós-natal.

Pelo exposto, mães desnutridas, de baixo poder aquisitivo e escolaridade, procedentes de lugares sem saneamento básico e com pouco acesso aos serviços de

saúde, como ocorre em muitas regiões do Brasil, constituem-se grupos de alto risco, que engrossam as estatísticas de partos prematuros e de nascimentos de baixo peso. No futuro, essas mesmas condições sociais de risco interferirão negativamente no processo de crescimento e desenvolvimento dos bebês que passaram um período internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, os quais também apresentam riscos biológicos, desencadeando o que os autores denominam de duplo risco.

Um dos marcos na atenção ao recém-nascido foi a implantação das modernas unidades de cuidado intensivo neonatal, equipadas com tecnologia de ponta, as quais contribuíram para a redução da morbi-mortalidade perinatal e neonatal, especialmente entre os prematuros extremos e de muito baixo peso ao nascer. Por outro lado, a tecnologia de cuidado também contribuiu para o aparecimento de iatrogenias no processo de crescimento e desenvolvimento dessas crianças, não refletindo, necessariamente, na melhoria da morbi-mortalidade pós-natal e na qualidade de vida.

Estudos sugerem que parte dessa morbidade pode advir de estimulação estressante do ambiente a que está exposto o prematuro e, muitas vezes, da estimulação inapropriada e ausência de experiências que auxiliam a integração sensorial e a organização comportamental do bebê. A longo prazo, essas crianças podem apresentar um aumento de seqüelas incapacitantes, de doenças crônicas e neurológicas, além de apresentarem dificuldades de aprendizado e distúrbios cognitivos, de linguagem, visão, audição e comportamentais decorrentes de relações desarmoniosas entre mãe-filho-família, dentre outros aspectos (SCOCHI *et al.*, 2001).

Diante da constatação de tais condições, o enfoque da assistência vem se transformando e direcionando o cuidar não somente à sobrevivência dos bebês, mas também a uma assistência integral, humanizada e preventiva, dentro de uma perspectiva global, a fim de melhorar a qualidade de vida dessas crianças (SCOCHI *et al.*, 2001). Nessa busca por um atendimento individualizado e direcionado ao desenvolvimento integral do bebê e da família, os pais, em especial a mãe, foram inseridos no processo de trabalho em saúde, visando ao fortalecimento de estímulos sensoriais ao neonato e ao estabelecimento do vínculo e apego (SCOCHI, 2000).

A importância do acompanhamento de crianças com fatores de risco para o desenvolvimento

O risco de morte de crianças nascidas de baixo peso ou prematuras é tão grande quanto maior for seu grau de imaturidade ou sua deficiência ponderal ao nascer. Essas crianças terão que se adaptar à vida extra-uterina, apesar das dificuldades de manutenção de suas funções vitais e, conseqüentemente, necessitarão de inúmeras intervenções terapêuticas, elevando o risco de complicações imediatas ou tardias.

Desse modo, os cuidados especiais dispensados a elas, após a alta hospitalar, vão além das necessidades e rotinas de seguimento de um bebê a termo e saudá-

vel. O risco a que elas estão expostas, para apresentarem padrão de crescimento anormal, está relacionado a doenças pulmonares crônicas, deficiências motoras, visuais, auditivas, da linguagem, aprendizado e socioemocionais, dentre outras, o que expressa a necessidade de um seguimento sistematizado e a longo prazo. A alta hospitalar, então, não é sinônimo de resolução de problemas dessas crianças, as quais devem receber acompanhamento interdisciplinar contínuo, para detecção de problemas e intervenções precoces (SCOCHI, 2000).

Com relação aos recursos humanos envolvidos na assistência neonatal de maior complexidade, encontramos pediatras especialistas e com pós-graduação em Neonatologia, geneticistas, cirurgiões pediátricos, neurologistas, ortopedistas, oftalmologistas, enfermeiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais, dentre outros. Tais profissionais promovem não só com o tratamento curativo, mas também preventivo, face à possibilidade de surgirem problemas no desenvolvimento global, motor e sensorial da criança nascida pré-termo e de baixo peso ao nascimento.

Segundo Magalhães *et al.* (2003), mesmo na ausência de sinais mais severos e evidentes como a paralisia cerebral ou retardo mental, crianças com história de prematuridade apresentarão sinais de distúrbio de aprendizagem, dificuldades em linguagem, problemas de comportamento, déficits na coordenação motora e percepção viso-espacial. Os déficits visuais e de linguagem associados às dificuldades percepto-motoras (especialmente a coordenação motora fina, acometida nesses casos) poderão comprometer o desempenho escolar da criança. Ainda para os autores, há evidências de que, especialmente os meninos, nascidos prematuramente, podem apresentar um comportamento mais agressivo, hiperativo e ansioso.

Ramos *et al.* (1998) referem que bebês nascidos com baixo peso poderão apresentar deficiências físicas e mentais de 4 a 6 vezes mais frequentemente do que crianças nascidas com peso normal, sendo que, independentemente das condições sócio-econômicas da família, essas crianças tenderão a desenvolver problemas nutricionais durante a infância, com todas as desvantagens que essa condição acarreta ao desenvolvimento de um indivíduo. Já crianças nascidas com peso maior do que esperado, geralmente nascidas de mães diabéticas, poderão ser mais sonolentas e terem dificuldade para estabelecerem um padrão adequado de sucção.

Vale pena se ressaltar que crianças nascidas em condições de risco não apresentarão necessariamente alguma deficiência, mas estarão mais propensas a não se desenvolverem como esperado dentro dos padrões de normalidade.

Méio, Lopes e Morsch (2003) descreveram o desenvolvimento cognitivo, na idade pré-escolar, de uma população de crianças nascidas prematuras e de muito baixo peso que necessitaram de internamento em Unidade de Terapia Intensiva. O resultado da pesquisa indicou que a média do quociente de inteligência estava abaixo da faixa de normalidade nas crianças que compunham este grupo.

Magalhães *et al.*, (2003) também realizaram um estudo que comparou o desempenho perceptual e motor na idade escolar em crianças nascidas pré-termo e a termo, no qual foram realizados testes para acuidade motora, provas de equilíbrio e tônus postural. Nesse estudo, concluíram que as crianças do grupo de pré-termos obtiveram escores significativamente inferiores na maioria dos testes.

Em estudo realizado por Basseto, Azevedo e Chiari (1995), no qual os autores investigaram aspectos dos comportamentos auditivos e lingüísticos de crianças nascidas pré-termo e de baixo peso comparadas com crianças nascidas a termo, descobriu-se que a prematuridade afetou desigualmente os comportamentos auditivos e lingüísticos avaliados.

Azevedo, Vilanova e Vieira (1995) desenvolveram um estudo envolvendo 369 crianças atendidas pelo Programa de Acompanhamento Multidisciplinar de Neonatos de Risco da Escola Paulista de Medicina. Verificaram diferença no desenvolvimento auditivo de crianças nascidas pré-termo, em relação às escalas de desenvolvimento auditivo elaboradas para crianças nascidas a termo e sem intercorrências. As crianças consideradas de baixo risco (nascidas a termo, sem intercorrências ao nascimento) apresentaram respostas mais elaboradas ao som e responderam a sons de menor intensidade que as de alto risco (nascidas pré-termo atendidas em Unidade de Terapia Intensiva).

Percebe-se então a necessidade do acompanhamento de crianças com fatores risco para o desenvolvimento infantil mesmo pós a sua alta hospitalar (Almeida e Modes, 2005) e para isso é preciso atenção de uma equipe de saúde multidisciplinar, mesmo que essa atenção dispensada não seja mais no âmbito hospitalar propriamente dito.

(...) Isto vale à parturiente e ao recém-nascido sadio e de risco, sendo que estes últimos terão que fazer acompanhamento neonatal e pediátrico segundo critérios do seu médico, pelo menos uma vez ao mês até um ano de idade. Ao recém-nascido de risco é recomendado o seguimento do caso por especialistas da área da saúde, envolvendo o fonoaudiólogo... (ALMEIDA; MODES, 2005, p.99).

O acompanhamento e a intervenção precoce buscarão, por meio de atitudes preventivas e estimuladoras, propiciarem ao bebê condições para que seu desenvolvimento global ocorra de forma mais adequada possível, além de oferecerem suporte técnico e de apoio para que a família se capacite para cuidar da sua criança.

Possibilidades de atuação junto à prevenção dos fatores de risco e acompanhamento de crianças de risco para o desenvolvimento

As experiências precoces proporcionarão uma melhor condição de desenvolvimento das capacidades motoras e cognitivas, além do desenvolvimento global

da criança. Halpern e Figueiras (2004) afirmam que os resultados dos programas de estimulação precoce têm sido positivos para o desenvolvimento da criança e seu posterior desempenho escolar.

Para que ocorra a otimização do desenvolvimento da criança com fator de risco para o desenvolvimento deve-se estar atento à detecção precoce de tais fatores de risco e, ainda, para o encaminhamento para programas de acompanhamento e de estimulação precoce, uma vez que os fatores de risco terão real significado no momento em que ocorrer a sua detecção.

O desenvolvimento humano é contínuo, progressivo e acontece em estágios qualitativamente diferentes em cada indivíduo; envolve diversos processos e é único no universo cultural e pessoal de cada um. Pode ser entendido também como sendo uma série de mudanças seqüenciais em um organismo que o levam à sua maturidade, respeitando-se todas essas individualidades (PAPALIA; OLDS, 2000).

O nascimento de um bebê faz parte do ciclo da vida do ser humano: nascer, crescer, reproduzir e morrer são etapas a serem cumpridas em uma evolução natural da vida. Após o nascimento, a criança deverá crescer e se desenvolver e sendo suprida as suas necessidades, como alimentação e afeto, esta deverá alcançar o desenvolvimento esperado para a sua idade.

Ao nascer, a criança já traz consigo alguns mecanismos prontos para funcionar que serão cruciais para a sua sobrevivência e para uma adaptação ao mundo em que se insere. Outros mecanismos serão amadurecidos e adaptados para esse desenvolvimento mediante a maturação orgânica e a estimulação do meio. Tais mecanismos são previstos e devem ocorrer dentro dos padrões do desenvolvimento esperados para a sua idade. Sabe-se que estes padrões são estabelecidos para que seja possível comparar crianças da mesma idade e perceber se há algum atraso no seu desenvolvimento (NEWCOMBE, 1999; PAPALIA, 2006).

Porém, independentemente da concepção sobre a forma de como irá ocorrer esse desenvolvimento, sabe-se que nos primeiros anos de vida se dão as mais importantes e rápidas mudanças nesse processo e, portanto, neste período deverão estar concentradas as atenções necessárias, seja por parte da família, escola ou outros profissionais que convivem com a criança.

Para que este desenvolvimento ocorra dentro das etapas esperadas, o bebê precisará estar exposto às condições ambientais favoráveis, da presença de um familiar ou cuidador. Deve ser oferecido a criança o modelo lingüístico mais apropriado, no qual o interlocutor fale com a criança num modelo de fala próxima a do adulto, sem se utilizar de diminutivos ou jargões, que estimule a comunicação e que não fale pela criança. Também será importante que essa criança tenha condições fisiológicas apropriadas, nenhum déficit cognitivo ou complicação inata que venham a prejudicar o seu desenvolvimento global. Uma condição nutricional adequada também influenciará as condições de desenvolvimento desta criança no mundo lingüístico (PERISSINOTO, 1996; RAMOS *et al.*, 1998).

Uma criança que nasce exposta a um risco e, por algum motivo, não recebe uma estimulação adequada para seu desenvolvimento poderá ter suas capacidades cognitivas e sociais comprometidas podendo ser este um fator causador ou precipitador de deficiência.

Perissinoto (1996) relata que a participação da família em programas de intervenção precoce estabelece uma maior eficácia do tratamento multiprofissional realizado dentro do programa. Também chama a atenção para o conceito de que o ambiente em que o bebê está inserido influencia na evolução da sua linguagem, na aquisição de novas estruturas e vocabulários e a individualiza naquele ambiente. O ambiente familiar deve estimular o desenvolvimento do bebê; a linguagem dos pais, o tipo de ambiente que é oferecido, a adequação dos brinquedos, dentre outros elementos, serão relevantes. Tais fatores comporão aspectos que deverão ser trabalhados pela equipe de saúde do programa de intervenção precoce com os pais.

Sendo assim, considerando a existência de bebês nascidos com fatores de risco e de programas de intervenção precoce, busca-se a possibilidade de atendimento ao maior número de crianças nascidas nessas circunstâncias, para se atingir o objetivo do programa que é potencializar o desenvolvimento desses bebês.

Para que recebam precocemente essas intervenções, é necessário identificar essas crianças e encaminhá-las o mais breve possível a serviços especializados. Portanto, é papel do profissional que atua na atenção primária, fazer a vigilância do desenvolvimento de todas as crianças, identificar aquelas com necessidades especiais e encaminhá-las oportunamente para tratamento (FIGUEIRAS *et al.*, 2003, p. 1691).

O sucesso dos programas de estimulação precoce dependerá do rápido encaminhamento das crianças nascidas com algum fator de risco. A identificação ainda na maternidade e o esclarecimento da família de que deverá procurar acompanhamento de equipes da saúde e educação deverá ocorrer o mais precocemente possível. Se possível, as equipes deverão acompanhar esse encaminhamento para garantir que essa atenção esteja ocorrendo e modo adequado.

Em estudo realizado por Weiss no ano de 2006, em um hospital município do interior do Paraná, revelou que nasceram, num período de 5 meses, 95 crianças com pelo menos um fator de risco para o seu desenvolvimento (podendo ser baixo peso, prematuridade, anóxia, entre outros). Destes bebês, não houve registro em prontuário médico o encaminhamento para acompanhamento e/ou estimulação, ação esta esperada para que não ocorra atraso no desenvolvimento. Foi constatado ainda que nenhuma dessas 95 crianças chegou a ser atendida ou acompanhada pelo Programa de Estimulação Precoce em funcionamento no município.

O ambiente a que se expõe a criança irá influenciar o desenvolvimento do pensamento e dos diversos sentidos já presentes na infância (visual, auditivo, tátil, cinestésico, olfativo, gustativo), havendo importância no acesso às informações sensoriais e experiências para este desenvolvimento (ALS, 1997, p.48).

Considerando que o ambiente em que a criança está inserida será de grande influência no seu desenvolvimento, deve-se acrescentar também o ambiente familiar, ou seja, o período em que a criança está em casa, com sua família, e que irá influenciar na superação das dificuldades dessa criança. “Fatores ambientais, em especial o baixo nível sócio-econômico, seriam decisivos, sugerindo que à medida que a criança pré-termo cresce, fatores ambientais teriam mais importância que os sinais neonatais de risco biológico” (MAGALHÃES *et al.*, 2003).

Destaca-se que um ambiente sem estímulos proporciona efeitos debilitantes, sendo causador ou precipitador de deficiências, sobretudo em relação ao desenvolvimento das habilidades cognitivas e sociais futuras. Segundo dados do MEC (BRASIL, 1995) mais de 50% das crianças portadoras de alguma necessidade especial poderiam ter alcançado um desenvolvimento satisfatório, ou até mesmo atingido os níveis de desenvolvimento de outras crianças de sua faixa etária sem nenhuma deficiência, se tivessem sido adotadas, efetivamente, medidas de prevenção como a estimulação precoce. Os benefícios alcançados com o estabelecimento deste tipo de programa não atingem apenas as crianças portadoras de alguma necessidade especial diagnosticada, mas também, as que apresentam apenas algum fator de risco de desenvolvê-la e a população infantil em geral que teria seu desenvolvimento otimizado quando exposta à estimulação.

Inúmeros trabalhos descritos na literatura mundial têm demonstrado que o melhor rendimento dessas crianças (com fatores de risco associados ao nascimento) pode ser obtido quando elas recebem algum tipo de intervenção precoce de acordo com suas deficiências (FIGUEIRAS *et al.*, 2003, p.1692).

Finalizando, considera-se que muitos desses fatores de risco para o desenvolvimento infantil não se restringem a situações e comportamentos individualmente, nem a situações apenas no âmbito biológico e de condições de saúde, mas envolvem também dimensões sociais, políticas e institucionais.

Apesar das diferenças geográficas e sociopolíticas entre países, estudos mostram que dentre os fatores que contribuíram para o decréscimo dos fatores de risco para o desenvolvimento infantil está a decisão política explícita de proteção e atenção à saúde materno-infantil; a melhoria da escolaridade da população, em especial das mulheres; a estruturação dos serviços de saúde, com adequada infra-estrutura física e humana e a implantação de ações de atenção primária à saúde (OPAS/OMS, 1994).

Vislumbram-se possibilidades de transformação na maneira de pensar sobre o problema do baixo peso ao nascimento e da prematuridade como uma situação que pode passar de uma noção de risco individual para uma nova compreensão de vulnerabilidade social. Desta maneira, ao planejar estratégias para prevenção do baixo peso ao nascimento, não se deve priorizar as intervenções somente para os grupos de risco, mas sim à população em geral.

Referências

- ALMEIDA, E.C.; MODES, L.C. Condutas e orientações em um grupo de alta hospitalar de parturientes e de um grupo de orientação a pais de recém-nascidos internados. In: ALMEIDA, E.C.; MODES, L.C. (Org.) **Leitura do prontuário: avaliação e conduta fonoaudiológica com o recém-nascido de risco**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.
- ALS, H. Earliest intervention for preterm infants in the newborn intensive care unit. In: GURALNICK, M.J. **The effectiveness of early intervention**. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing CO, 1997. p. 47-76.
- AZEVEDO, M. F. de; VILANOVA, L. C. P.; VIEIRA, R. M. Desenvolvimento Auditivo de Crianças Normais e de Alto Risco: estudo comparativo das respostas comportamentais a estímulos sonoros. In: BEHLAU, M. (Org.). **Fonoaudiologia Hoje**. São Paulo: Lovise, 1995.
- BASSETO, M.C.A.; AZEVEDO, M.F.; CHIARI, B.M. Crianças nascidas pré-termo e de baixo peso: estudo de aspectos auditivos e lingüísticos. In: BEHLAU, M. (Org.). **Fonoaudiologia Hoje**. São Paulo: Lovise, 1995.
- BRASIL, Ministério da Educação – Secretaria de Educação Especial - **Diretrizes educacionais sobre estimulação precoce: o portador de necessidades educativas especiais/ Secretaria de Educação Especial – Brasília: MEC, SEESP, 1995.**
- CARVALHO, M.R.; PROCHNIK, M. **Método canguru de atenção ao prematuro**. Rio de Janeiro: BNDS, 2001. (BNDS Social, n. 1).
- FIGUEIRAS, A.C.M de. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. **CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**, Rio de Janeiro, nov-dez 2003. P1691-1699.
- HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A.C.M. Influências ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatria**, 02, p. S104-S110, 2004.
- LEONE, C.; ALCÂNTARA, P. Etiologia geral da morbidade e da mortalidade da criança. In: MARCONDES, E. *et al.* **Pediatria básica**. 8. ed. São Paulo, Sarvier, 1991. p. 26-34.
- MAGALHÃES, L. C.; CATARINA, P. W.; BARBOSA, V. M.; MANCINI, M. C.; PAIXÃO, M. L. Estudo Comparativo sobre o Desempenho Perceptual e Motor na Idade Escolar em Crianças Nascidas Pré-termo e a Termo. **Arq Neuropsiquiatria**. 61 (2-A): 250-255, 2003. Disponível em www.scielo.br
- NEWCOMBE, N. **Desenvolvimento infantil: uma abordagem de Müssen**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACION MUNDIAL DE SALUD (OPAS/OMS). **Análises de indicadores básicos**. Washington, 1988. (Publicación Científica, 14)

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OPAS/OMS). **Las condiciones de salud en las Americas**. Washington, 1994. (Publicación Científica, v. 1, 2, 549).

PAPALIA, D.E. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PERISSINOTO, J. Atuação Fonoaudiológica com o Bebê Prematuro: acompanhamento do desenvolvimento. In: ANDRADE, C. R. F. (Org.). Fonoaudiologia em Berçário Normal e de Risco. **Série Atualidades em Fonoaudiologia**. Vol I. São Paulo: Lovise, 1996.

RAMOS, A.R.; RAMÍREZ, A. M.; FERNÁNDEZ, A. M.; LÓPEZ, R. M. V. La Prematurez y sus Repercusiones en el Crecimiento y Desarrollo del Niño, en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro: 14 (2): 313-318, abr-jun, 1998. Disponível em www.scielo.br

SCOCHI, C.G.S. **A humanização da assistência hospitalar no bebê prematuro**: bases teóricas para o cuidado de enfermagem, 2000. 245. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

SCOCHI, C.G.S.; RIUL, M.J.S.; GARCIA, C.F.D.; BARRADAS, L.S.; PILEGGI, S.O. Cuidado individualizado ao pequeno prematuro: o ambiente sensorial em unidade de terapia intensiva neonatal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.14, n.1, p. 9-16, 2001.

WEISS, M.C. **O nascimento de bebês com fatores de risco no Hospital Santa Casa de Irati e seus encaminhamentos para programas de estimulação precoce**, 2006. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) – Universidade Estadual do Centro Oeste, Irati, 2006.