ENCICLOPÉDIA
sobre o Desenvolvimento
na Primeira Infância

PREMATURIDADE

Síntese

Qual é sua importância?

Em 1948, a Assembleia Mundial da Saúde recomendava que todos os bebês nascidos com peso inferior ou igual a 2.500 gramas (5 libras e 8 onças) ou idade gestacional inferior a 37 semanas completas fossem considerados imaturos ou prematuros. O risco é maior para bebês nascidos com 32 semanas ou menos (em alguns casos, a partir de 23 semanas de gestação), e com peso inferior a 1.500 gramas (em alguns casos, de 400 ou 500 gramas). No Canadá, esses bebês com *muito baixo peso ao nascer* (MBPN) representam cerca de 8% dos nascidos vivos, e representam também a maioria dos casos de mortalidade de bebês.

A taxa de nascimentos prematuros vem aumentando nos últimos 20 anos, sobretudo devido à progressiva utilização de *tecnologias de reprodução assistida*, que tem como consequência o aumento das taxas de gestações múltiplas. Mesmo assim, a taxa de mortalidade infantil registrou queda acentuada, e o percentual de sobrevivência de bebês MBPN aumentou drasticamente desde a implementação de cuidados neonatais intensivos, no início da década de 1970. Portanto, há uma preocupação cada vez maior com possíveis problemas de desenvolvimento associados à prematuridade.

O que sabemos?

Sabe-se há muito tempo que bebês prematuros correm maior risco de apresentar problemas de desenvolvimento. Esses problemas estão ligados ao fato de funções biológicas – como as ligadas ao sistema nervoso central e ao sistema respiratório – não terem atingido sua plena maturidade

durante a gravidez. Após o nascimento, a interação que envolve essa imaturidade biológica e o ambiente físico e social da criança desempenha um papel decisivo em seu desenvolvimento.

Vulnerabilidade biológica

De modo geral, quanto menor é o tempo de gestação, maiores são as repercussões sobre as funções biológicas. Bebês com MBPN – nascidos com 32 semanas, ou menos, e peso inferior a 1.500 gramas – são frágeis do ponto de vista clínico e podem sofrer os efeitos de diversas complicações. Os primeiros estudos focalizaram questões ligadas ao *neurodesenvolvimento*, especialmente paralisia cerebral e retardo cognitivo. Bebês prematuros correm alto risco de apresentar também malformação congênita, deficiências auditivas e visuais, disfunção reativa das vias aéreas (asma), deficiências de crescimento e distúrbios de comportamento. Cerca de 10% dos bebês com MBPN sofrem de paralisia cerebral, e em 15% dos casos é possível prever quociente intelectual (QI) na faixa de deficiência mental.

Crianças prematuras com MBPN ou que sofrem de complicações médicas importantes têm mais problemas de *temperamento* quando bebês e durante a primeira infância. Os *sinais comportamentais* emitidos por esses bebês aos cuidadores são vagos e mais difíceis de interpretar do que os sinais emitidos por bebês não prematuros. De maneira geral, bebês com MBPN manifestam níveis mais baixos de adaptabilidade, ritmo, atividade, atenção e perseverança do que bebês não prematuros. Tendem a manifestar também variações de humor mais intensas, maior dificuldade para acalmar-se, maior passividade e menor receptividade no plano social. Na idade pré-escolar e no início da idade escolar, persistem o nível intenso de atividade e a falta de perseverança. Essas dificuldades de temperamento podem levar a um atraso ou a uma deficiência na *autorregulação*. Entretanto, esses problemas de temperamento parecem ser menos presentes entre crianças nascidas com tempo de gestação superior a 32 semanas.

Além disso, verificou-se que crianças com MBPN manifestam uma série de *problemas emocionais e comportamentais*, como transtornos de ansiedade, timidez e retraimento social excessivos, problemas sociais, pouca adaptabilidade e, sobretudo, *transtorno de déficit de atenção com hiperatividade* (TDAH). Quase 30% delas têm problemas clínicos comportamentais importantes, geralmente ligados a *déficit* de atenção. Na verdade, crianças com MBPN correm um risco duas vezes maior de desenvolver TDAH, e de 25% a 60% delas enfrentarão dificuldades escolares que levam à repetência ou demandam serviços de educação especializados. Entretanto,

aparentemente não correm risco de desenvolver distúrbios de conduta.

Interação entre fatores biológicos e socioambientais

Não há provas definitivas de que a morbidade causada por complicações neonatais seja atribuída totalmente à própria prematuridade. A maioria dos pesquisadores acredita que as *consequências da prematuridade* podem ser atribuídas à interação entre o impacto sobre a maturação neurológica – ou seja, o cérebro não teve a possibilidade de desenvolver-se plenamente – e problemas precoces entre os pais e a criança, causados, por exemplo, pela pressão inerente ao fato de cuidar de um bebê muito frágil, ou pela dificuldade de reconhecer certos sinais comportamentais mais difíceis de detectar em bebês prematuros. Essa interação influi sobre o desenvolvimento das funções cognitivas e sociais da criança. A hospitalização inicial de bebês prematuros pode resultar em períodos mais longos de separação dos pais, maior ansiedade e uma possível interferência sobre o apego entre os pais e a ¬criança. Além disso, as crianças prematuras muitas vezes continuam a vivenciar problemas de saúde física que podem demandar visitas médicas frequentes e novas hospitalizações. Isso pode limitar sua participação nas atividades normalmente associadas à infância e influir sobre o desenvolvimento de suas habilidades sociais. Paralelamente, as preocupações contínuas dos pais quanto a riscos de problemas clínicos e de desenvolvimento do bebê prematuro podem refletir o que se denomina « *síndrome da criança vulnerável*». Essa síndrome pode ser associada a práticas parentais menos eficazes, que se traduzem, por exemplo, em superproteção, ansiedade da mãe em momentos de separação, incapacidade para impor limites; e também problemas de comportamento da criança, como, por exemplo, retraimento social, queixas somáticas e condutas agressivas e destrutivas.

O impacto de *condições ambientais* adversas – como pobreza, depressão materna e estresse familiar – sobre problemas de comportamento pode ser maior para crianças prematuras. Por outro lado, quando a mãe é mais *responsiva* aos sinais da criança com MBPN, que são mais difíceis de detectar, criam-se condições para o desenvolvimento de maiores habilidades intelectuais e competências sociais durante a primeira infância.

Infelizmente, nosso conhecimento ainda é insuficiente para permitir uma previsão mais precisa das trajetórias de desenvolvimento dessas crianças. Maior volume de pesquisas em neurologia e em neuropsicologia clínica ajudaria a compreender melhor o *impacto da prematuridade* sobre a evolução das diversas funções neurológicas. Igualmente importante, seria realizar pesquisas amplas sobre os fatores psicossociais associados.

O que pode ser feito?

Embora o melhor modo de reduzir a morbidade ligada ao desenvolvimento e a aspectos físicos da criança que pode ser atribuída à prematuridade seja reduzir o número de nascimentos prematuros, nossa compreensão atual das causas do parto prematuro é muito limitada para que isso possa ser feito. Entretanto, diversas vias promissoras permitem atenuar os resultados adversos.

Em primeiro lugar, o parto de crianças prematuras deve ocorrer se possível, em um hospital equipado para tratar a mãe e o bebê, de modo a garantir serviços de saúde de qualidade e reduzir o risco de complicações. Em segundo lugar, é necessária uma *atenção contínua* na unidade de cuidados intensivos, a fim de favorecer o desenvolvimento físico e psicológico normal, assegurando, por exemplo, que o bebê não seja exposto excessivamente a ruídos fortes ou luz intensa. Por fim, é necessária também uma atenção contínua a fim de identificar medidas de apoio adequadas para a família durante e após a estada do bebê na unidade de cuidados neonatais intensivos.

Duas intervenções centradas na família destinadas ao atendimento de bebês prematuros foram objeto de pesquisa mais intensiva: *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* – NIDCAP (Programa de Avaliação e Cuidados Individualizados para o Desenvolvimento do Neonato), que cobre o período do nascimento até a alta hospitalar; e o *Infant Health and Development Program* – IHDP (Programa de Saúde e Desenvolvimento do Bebê), que tem início no momento da alta hospitalar e termina quando a criança chega aos 3 anos de idade.

O objetivo do *NIDCAP* é evitar expor o recém-nascido a sobrecarga sensorial e a dor, reforçando as competências do neonato. A abordagem focaliza uma leitura detalhada dos sinais comportamentais individuais de cada bebê. Observações repetidas e formalizadas da reação do bebê a diferentes tipos de estímulos – por exemplo, aos cuidados – ajudam os cuidadores a fazer ajustes apropriados e contínuos. O ambiente e os cuidados são então adaptados a fim de realçar as capacidades de cada bebê e sua autorregulação. Os pais desempenham o papel principal na prestação dos cuidados cotidianos e ajudam seu bebê a construir confiança.

O programa mostrou efeitos positivos sobre os indicadores de *saúde do bebê*, e alguns estudos revelaram melhoria das funções pulmonares, do comportamento ligado à alimentação e do crescimento, bem como redução do tempo de hospitalização. Foram relatados também efeitos

positivos *cognitivos e comportamentais*, além de benefícios estruturais no Sistema Nervoso Central (SNC), ainda em desenvolvimento nessa idade. Uma vez que o NIDCAP contribui para a redução do estresse parental e melhora as competências dos pais, o programa também pode favorecer relações mais funcionais entre a mãe e a criança e melhores práticas parentais. Isso pode ter impacto sobre o desenvolvimento do cérebro em desenvolvimento, melhorando o desenvolvimento cognitivo, motor, comportamental e psicossocial da criança mais tarde, ao longo da infância. *Estudos aleatórios controlados* sobre o NIDCAP devem concentrar-se na avaliação desses resultados.

Entretanto, a introdução do NIDCAP não é um processo simples. Envolve investimento considerável em todos os níveis da organização, desde mudanças físicas em uma unidade de cuidados neonatais intensivos a substanciais esforços educativos e mudanças nas práticas de prestação de cuidados. Além disso, a complexidade das intervenções dificulta a elaboração de um *formato experimental adequado* para a avaliação do programa.

O *Infant Health and Development Program* (IHDP) é um experimento clínico casualizado, desenvolvido em diversos locais dos Estados Unidos no final da década de 1980, com vistas à redução de problemas de desenvolvimento em bebês prematuros. O IHDP buscava melhorar os recursos parentais das famílias e o nível de desenvolvimento dos bebês por meio da prestação de serviços pediátricos, educativos e de apoio à família – por exemplo, visitas domiciliares, programas educativos e grupos de apoio para os pais. Transmitindo técnicas apropriadas de estimulação ao desenvolvimento e de habilidades de interação, o objetivo do programa era maximizar interações sociais positivas entre a criança e o ambiente, através de cuidados ao longo dos três primeiros anos de vida.

Aos 3 anos de idade – ou seja, ao final da intervenção –, os resultados indicaram que o IHDP era eficaz para melhorar o desenvolvimento cognitivo e comportamental, principalmente para crianças com peso ao nascer entre 2.001 e 2.500 gramas, assim como para aquelas cujo risco socioeconômico era mais elevado. Foi possível observar diminuição de problemas de comportamento, mais interações prossociais entre a mãe e a criança, e também melhores práticas parentais. Os efeitos parecem ter-se atenuado por volta dos cinco aos oito anos de idade, mas é possível que isso se deva à incapacidade de manter os suportes ambientais mais ricos, necessários no caso das famílias que viviam em condições de pobreza.