



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO
ADOLESCENTE**

LISIANY FÁTIMA BELCHIOR MARTINS DE OLIVEIRA

**CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA PAIS E CUIDADORES DE
CRIANÇAS PREMATURAS SOBRE ESTIMULAÇÃO SENSORIO MOTORA**

**FORTALEZA – CEARÁ
2017**

LISIANY FÁTIMA BELCHIOR MARTINS DE OLIVEIRA

CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA PAIS E CUIDADORES DE
CRIANÇAS PREMATURAS SOBRE ESTIMULAÇÃO SENSORIO MOTORA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a. Ana Valeska Siebra e Silva.

FORTALEZA – CEARÁ

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Oliveira, Lisianny Fátima Belchior Martins de .
Construção de tecnologia educativa para pais e
cuidadores de crianças prematuras sobre estimulação
sensório motora [recurso eletrônico] / Lisianny Fátima
Belchior Martins de Oliveira. - 2017.

1 CD-ROM: il.; 4 * pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do
trabalho acadêmico com 98 folhas, acondicionado em
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade
Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde,
Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do
Adolescente, Fortaleza, 2017.

Área de concentração: Saúde da Criança e do
Adolescente.

Orientação: Prof.^a Dra. Ana Valeska Siebra e Silva.

1. Prematuro. 2. Desenvolvimento infantil . 3.
Intervenção precoce. I. Título.

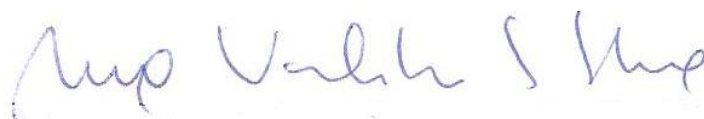
LISIANY FÁTIMA BELCHIOR MARTINS DE OLIVEIRA

CONSTRUÇÃO DE TECNOLOGIA EDUCATIVA PARA PAIS E CUIDADORES DE
CRIANÇAS PREMATURAS SOBRE ESTIMULAÇÃO SENSORIO MOTORA

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Área de Concentração: Saúde da Criança e do Adolescente.

Aprovada em: 4 de junho de 2017.

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dra. Ana Valeska Siebra e Silva (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Prof.ª Dr.ª Mardênia Gomes Ferreira Vasconcelos
Universidade Federal do Ceará – UECE



Prof. Dr.ª Edna Maria Camelo Chaves
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Aos meus pais, Ana Célia e Paulo Aluísio
e ao meu esposo Victor Nascimento, pelo
amor, carinho e compreensão.

AGRADECIMENTOS

A Deus por me permitir vivenciar a experiência do mestrado.

Aos meus pais Ana Célia e Paulo Alúcio, aos irmãos Viviany e Paulo Victor pelo apoio e fortaleza. Ao meu Marido pelo incondicional apoio em todos os momentos.

À minha avó Naíza pelo exemplo de fé, determinação e amor ao próximo.

Às crianças do Abrigo Tia Júlia que sempre me despertaram motivação para que eu pudesse seguir meus estudos.

À minha amiga e irmã Bruna Peixe pela compreensão na ausência do trabalho para que eu pudesse focar nos meus estudos.

Ao meu amigo Davi Martins por sempre me apoiar e orientar.

As minhas primas Germana Belchior e Santhana Belchior por estarem sempre presentes na minha vida.

À compreensão dos meus pacientes quando tive que me ausentar dos atendimentos.

À minha supervisora Socorro Holanda pelo apoio e motivação aos meus estudos e compreensão durante minhas ausências no NUTEP.

À instituição NUTEP.

Às Professoras Doutoras Ana Valeska, Mardênia, Fabiane Elpídio e Ana Karine pela atenção, disponibilidade, ensinamentos, acolhimento e pela motivação para desenvolver a pesquisa.

“Nenhum obstáculo será tão grande se os estímulos para vencer forem maiores”.

(Autor desconhecido)

RESUMO

A estimulação sensoriomotora realizada no âmbito domiciliar por pais ou cuidadores em crianças prematuras pode repercutir significativamente no desenvolvimento infantil. O estímulo precoce realizado com estímulos multissensoriais (auditivos, táteis, visuais e vestibulares) acelera a abertura de canais por meio da neuroplasticidade, favorecendo o desenvolvimento infantil. O presente estudo teve como objetivo construir uma cartilha educativa que tem como finalidade orientar pais e cuidadores de crianças nascidas prematuras na realização de estímulos sensorio-motores no âmbito domiciliar. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura por meio da busca de artigos no portal CAPES, incluindo as bases de dados PubMed, Web of Science, CINAHL, PsycINFO e LILACS, publicados nos últimos 11 anos (2005 a 2015). A análise dos artigos foi elaborada numa perspectiva qualitativa, priorizando-se a interpretação dos sentidos das ideias centrais presentes no conjunto da literatura analisada. O método usado para o tipo de estudo foi o metodológico. Foi utilizada uma literatura cinzenta como base para elaborar a cartilha educativa, que foi composta por seis fases: Fase 1 - Projeto de pesquisa; Fase 2 - busca na literatura cinzenta; Fase 3 - Identificando pontos chaves; Fase 4 - Elaboração da cartilha; Fase 5 - Diagramação e Fase 6 - correção de português. As pesquisas afirmam a necessidade de apoio ao prematuro, os benefícios exclusivos da intervenção precoce feita principalmente pelos pais e sugerem o desenvolvimento de pesquisas, cujos resultados sejam voltados para a prática clínica.

Palavras-chave: Prematuro. Desenvolvimento infantil. Intervenção precoce.

ABSTRACT

Sensorimotor stimulation performed at home by parents or caregivers in premature infants can have a significant impact on child development. Early stimulation performed with multisensory stimuli (auditory, tactile, visual and vestibular) accelerates the opening of channels through neuroplasticity, favoring the development of children. The present study aimed to construct an educational booklet that aims to guide parents and caregivers of children born prematurely in the realization of sensory-motor stimuli in the home. An integrative review of the literature was carried out through the search of articles in the CAPES portal, including the PubMed, Web of Science, CINAHL, PsycINFO and LILACS databases published in the last 11 years (2005 to 2015). The analysis of the articles was elaborated in a qualitative perspective, prioritizing the interpretation of the meanings of the central ideas present in the literature analyzed. The method used for the type of study was methodological. A gray literature was used as the basis for the educational primer, which was composed of six phases: Phase 1 - Research project; Phase 2 - search in the gray literature; Phase 3 - Identifying key points; Phase 4- Elaboration of the booklet; Phase 5-Diagramming and Phase 6: correction of Portuguese. The researches affirm the need to support premature, the exclusive benefits of early intervention made mainly by parents and suggest the development of research, whose results are aimed at clinical practice.

Keywords: Premature. Child development. Early intervention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Distribuição das referências incluídas na revisão integrativa de acordo com o título do periódico, ano de publicação, base de dados e área de atuação. Fortaleza, CE, 2017.....	22
Quadro 2 – Distribuição do tipo de estudo e resultados. Fortaleza, CE, 2017.....	23
Quadro 3 – Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa. Fortaleza-CE, 2016.....	27
Quadro 4 – Tipos de estudo.....	29
Quadro 5 – Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa. Fortaleza-CE, 2016.....	30
Figura 1 – Perfil de artigos nesta revisão integrativa de literatura, Fortaleza-CE	21
Figura 2 – Representação gráfica da elaboração da cartilha.....	44
Figura 3 – Capa, contra capa e autores da cartilha.....	48
Figura 4 – Sumário da cartilha.....	48
Figura 5 – Apresentação da Cartilha.....	49
Figura 6 – Finalidades da cartilha.....	50
Figura 7 – Benefícios da estimulação multissensorial e o planejamento do ambiente.....	51
Figura 8 – Dicas relacionadas aos cuidados e as realizações dos estímulos.....	52
Figura 9 – Orientações de como realizar a estimulação multissensorial em crianças de zero a três meses de idade corrigida	53
Figura 10 – Orientações de como realizar a estimulação multissensorial em crianças de quatro a seis meses de idade corrigida.	55
Figura 11 – Orientações de como realizar a estimulação multissensorial em crianças de sete a nove meses de idade corrigida.....	56
Figura 12 – Orientações de como realizar a estimulação multissensorial em crianças de dez a doze meses de idade corrigida.....	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CNS	Conselho Nacional de Saúde
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
HPIV	Hemorragia Peri – ventricular
IC	Idade Cronológica
IG	Idade Gestacional
MeSH	Medical Subject Headings
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS.....	15
2.1	GERAL.....	15
2.2	ESPECÍFICO.....	15
3	REVISÃO DA LITERATURA.....	16
3.1	DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR.....	16
3.2	TECNOLOGIA EDUCATIVA.....	18
3.3	ESTIMULAÇÃO SENSORIOMOTORA PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE CRIANÇAS PREMATURAS.....	19
3.4	REVISÃO INTEGRATIVA.....	17
4	MATERIAL E MÉTODO.....	43
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	43
4.2	ELABORAÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA.....	43
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	47
	REFERÊNCIAS.....	53
	APÊNDICE	58
	APÊNDICE A – A CARTILHA.....	59
	ANEXO.....	89
	ANEXO A – INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS EM PESQUISA DE REVISÃO ADAPTADO PARA O ESTUDO DE URSI, 2005.....	90

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento neurocomportamental do recém-nascido prematuro é afetado por muitos fatores de risco. Segundo Milgrom et al. (2010), após o nascimento os prematuros são expostos a fatores estressantes (exposição ao barulho, luz, cheiro forte e experiências dolorosas), que podem afetar negativamente o desenvolvimento precoce do cérebro e resultados neurocomportamentais subsequentes.

Os bebês prematuros apresentam os seguintes problemas: controle irregular de temperatura corpórea, deficiência na deglutição, hiperbilirrubinemia, síndrome do desconforto respiratório, infecções neonatais, necessidade de ventilação mecânica por longo período, hipotonia global, imaturidade do padrão flexor (que irá interferir posteriormente em mudanças de posturas), orientação na linha média diminuída e *déficits* de coordenação motora (GONÇALVES, 2012; PRETTI et al., 2010; FELICE et al., 2010).

O cenário e os procedimentos realizados da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) favorece no recém-nascido prematuro uma alta incidência de morbiletalidade neonatal comprometendo a sua qualidade de vida. Os estudos mostram que mesmo apesar dos avanços médicos e científicos, não ocorreu redução na incidência de morbidades nessa população (LANZA; GAZZOTTI; PALAZZIN, 2012).

Após o parto prematuro faz-se necessário o acompanhamento precoce do pré-temo por uma equipe interdisciplinar, que será realizado por meio de avaliações, orientações e intervenções. Essa atuação tem como objetivo prevenir e/ou minimizar sequelas futuras que, se não tratadas precocemente podem evoluir para um quadro irreversível, repercutindo no seu desenvolvimento global (ANDRADE, 2011; RIBEIRO; BELTRAME, 2010; FERRAZ et al., 2010).

Os principais limites enfrentados pelos recém-nascidos pré-termos são decorrentes da imaturidade que levam a ausência de controle fisiológico, problemas de regulamento motor, dificuldades em obter informações no processamento sensorial, atenção ou problemas afetivos e dificuldade na competência de comportamento na autorregulação (KOLDEWIJN, 2005).

Devido às dificuldades observadas no desenvolvimento global do prematuro, se faz necessário a orientação específica aos pais e cuidadores. A orientação deve ser iniciada a partir da avaliação do desenvolvimento, investigando

as necessidades individuais da criança. Salienta-se que além dessa assistência ambulatorial a atenção domiciliar é uma das modalidades utilizadas na atenção à saúde, que vem a complementar as já existentes. A assistência à criança é, segundo a portaria Nº 963, de 27 de Maio de 2013, formada por um conjunto de ações de promoção, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013).

A presente pesquisa versa sobre a elaboração de uma tecnologia educativa que possa orientar pais e cuidadores de crianças que nasceram prematuras sobre a estimulação no domicílio com vista no alcance de marcos no desenvolvimento sensório motor de acordo com a sua idade.

Logo após o nascimento o prematuro possui pouca mielinização e suas conexões polisináptica estão no estágio inicial de formação repercutindo em seu desenvolvimento. As principais repercussões da prematuridade são: dificuldade de interação sócioemocional, comprometimento respiratório, atraso no desenvolvimento (cognitivo, motor e sensorial), retinopatia da prematuridade, atraso na aquisição da linguagem, déficit de atenção, de memória e baixo rendimento escolar. Devido a esta imaturidade cerebral é importante a presença de estímulos multissensoriais (auditivos, táteis, visuais e vestibulares) de forma abrir canais de conexão cerebral facilitando o aprendizado através da neuroplasticidade (WHITE-TRAUT et al., 2013; LORENA; BRITO, 2009; GONÇALVES, 2012).

A ideia de realizar o presente estudo surgiu diante da inexistência de uma tecnologia que ofereça esse suporte. Este tipo de tecnologia estimula a promoção à saúde, auxilia o trabalho dos profissionais, além de incentivar a participação efetiva de pais e cuidadores impactando de forma positiva o desenvolvimento da criança.

A cartilha tem como finalidade capacitar os pais a realizarem a estimulação dos seus filhos, além de promover e favorecer a promoção do vínculo. A utilização de materiais educativos impressos como manuais de cuidado em saúde, folhetos e cartilhas promovem resultados expressivos por contribuir com a aderência ao tratamento e o autocuidado de pacientes (REBERTE; HOGA; GOMES, 2012).

Esse material educativo atende à necessidade de se ter uma tecnologia para melhor orientar os pais e/ou cuidadores de criança prematuras para aspectos relacionados ao desenvolvimento, em especial para habilidades sensoriomotoras, as quais necessitam de continuidade de estímulos e adaptações no ambiente familiar.

Tendo em vista a importância de cuidados direcionados e o papel da família, dos pais e/ou cuidadores surge a necessidade de investigar as demandas da assistência domiciliar dessas crianças. Nesse contexto foi então elaborada uma cartilha como ferramenta para educar e colaborar para uma adequada estimulação no desenvolvimento dos recém-nascidos pré-terms.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

- Construir uma tecnologia educativa para orientar pais e cuidadores de crianças nascidas prematuros sobre a estimulação sensório-motora.

2.2 ESPECIFICO

- Descrever a produção científica de construção de uma cartilha educativa destinada à estimulação sensório-motora de crianças nascidas prematuras.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR E ESTIMULAÇÃO

O desenvolvimento infantil é um processo que se inicia na vida intrauterina e envolve vários aspectos relacionados ao crescimento físico, à maturação neurológica e à construção de habilidades ligadas ao comportamento e às esferas cognitiva, social e afetiva da criança. É durante a maturação neurológica que ocorre o maior desenvolvimento motor (LANZA; GAZZOTTI; PALAZZIN, 2012).

O desenvolvimento motor é o ganho de habilidades motoras que levam a criança a adquirir domínio do próprio corpo nas posturas estática e dinâmica. Essas habilidades são susceptíveis a serem moldadas a partir de inúmeros estímulos externos, que podem ser adequados ou inadequados. Assim, a ausência e/ou privação de estímulos e/ou alteração no processo de maturação do sistema nervoso central podem levar ao atraso no desenvolvimento motor da criança (PRADO; VALE, 2012).

O estímulo e o ambiente adequados e a condição biológica da criança contribuem para o desenvolvimento das seguintes áreas: cognitiva, motora, sensorial e comportamental. Considera-se um ambiente adequado aquele que é harmonioso, acolhedor e rico em experiências que incentivam as crianças a explorar, experimentar, aprender e se desenvolver (MIRANDA et al., 2012).

O desenvolvimento da criança é prejudicado quando a mesma é exposta a fatores que podem interferir em seus aspectos físicos, emocionais, sociais e cognitivos. É necessário que a família seja orientada e essa criança com risco no desenvolvimento seja acompanhada com o foco em prevenir e/ou minimizar possíveis sequelas (TISI, 2010).

Além da necessidade essencial de envolvimento e participação da família também são importantes a participação da rede de atenção à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS) e das políticas públicas. Esta interação da à criança a oportunidade de ter um melhor tratamento, estimulando a sua funcionalidade, permitindo autonomia e inclusão social (BRASIL, 2016).

Outras estratégias que também devem ser implementadas pelas famílias para estimular o desenvolvimento de seus filhos são: a formação de um vínculo afetivo de interação da criança com os pais e o cuidador; o estabelecimento de uma

rotina planejada, estruturada e organizada e; a vivência de estímulos multissensoriais adequados para a idade. Tais estratégias proporcionam conforto, segurança, organização no espaço temporal e bem-estar (WHITE-TRAUT et al., 2013).

Brasil (2016) define estimulação precoce como:

A aplicação de um programa de acompanhamento e intervenção clínico-terapêutica multiprofissional com bebês de alto-risco e com crianças pequenas acometidas por patologias orgânicas, buscando o melhor desenvolvimento neuropsicomotor, bem como de efeitos na aquisição da linguagem, na socialização e na estruturação subjetiva, podendo contribuir, inclusive, na estruturação do vínculo mãe/bebê e na compreensão e no acolhimento familiar dessas crianças.

Segundo Miranda et al. (2012) não existe diferença entre estimulação e intervenção precoce, sendo esta um conjunto de ações que tentam proporcionar à criança experiências necessárias desde seu nascimento para desenvolver ao máximo o seu potencial psicofísico-social.

A estimulação precoce deve ser realizada quando for identificado risco ou atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. Objetiva-se evitar ou minimizar os distúrbios neuropsicomotores, possibilitando um desenvolvimento adequado para a idade (WHITE-TRAUT et al., 2013).

Para a realização da prática da estimulação precoce são utilizados jogos, atividades, técnicas de facilitação de movimento e postura. Toda a intervenção é adaptada ao grau de comprometimento e à fase de desenvolvimento em que a criança se encontra (TICI, 2010).

Os benefícios alcançados com a estimulação precoce são: o desenvolvimento da percepção visual, do seu próprio corpo e do corpo do outro, e sua relação com o espaço, o tempo e também com seus movimentos. A intervenção também possibilita à criança vivenciar experiências que despertam o interesse em explorar, adquirir habilidades e entender o que ocorre em torno de si mesma.

O acompanhamento da intervenção precoce e as orientações aos pais, familiares ou cuidadores devem ser realizados por profissionais da saúde com experiência na área. Isto potencializará os efeitos positivos dessa abordagem no desenvolvimento da criança (BRASIL, 2016).

A metodologia de aplicação da intervenção precoce é definida pela equipe a partir das necessidades observadas na avaliação. Posteriormente a terapia deverá ser baseada nesses resultados, onde serão realizados estímulos multissensoriais, de habilidade motora (rolar, sentar, engatinhar e deambular), de coordenação visual, de percepção, de interação e de cognição (WHITE-TRAUT et al., 2013).

3.2 TECNOLOGIA EDUCATIVA

A tecnologia educativa é um recurso estratégico aplicado com o objetivo de disseminar um determinado conhecimento. Sua escrita deve ser clara e de fácil compreensão, de forma a contemplar o público alvo. Pode levar em conta características socioeconômicas e culturais, como nível de escolaridade e localização geográfica (DODT, 2011).

Segundo Freitas e Rezende Filho (2011) e Reberte, Hoga e Gomes (2012) as tecnologias educativas impressas direcionam a novos caminhos para a promoção da saúde por intermédio da solicitação da participação da população no processo de construção compartilhada de conhecimentos. Este tipo de tecnologia tem como benefício oferecer aos usuários a possibilidade de acessar posteriormente o conteúdo, que serve como guia em caso de dúvidas. Também serve para motivar novamente o usuário a dar continuidade na aplicação do conteúdo, lembrar as orientações verbais e contribuir nas tomadas de decisões diárias direcionadas àquelas orientações contempladas pelo material.

As tecnologias são classificadas em três tipos: leve, leve-dura e dura. São consideradas tecnologias leves aquelas que habitam o espaço relacional entre sujeitos. As leve-duras consiste nos saberes estruturados e as duras são relacionadas a equipamentos e máquinas (MERHY, 2002).

São exemplos de tecnologias educativas impressas do tipo leve-dura os manuais, os folhetos, os folders, os livretos, os álbuns seriados e as cartilhas. A cartilha educativa é um tipo de tecnologia leve-dura, indicada para o uso em serviços de saúde pelos profissionais em suas atividades laborais educativas. O material deve ser de boa compreensão, com linguagem direta, simples e clara, direcionada ao indivíduo de baixo nível de escolaridade para que o mesmo seja capaz de ler e compreender o assunto. A escrita da tecnologia deve ser elaborada com palavras comuns, voz ativa e curta, facilitando assim a leitura e compreensão do material

(REBERTE; HOGA; GOMES, 2012; RODRIGUÊS, 2014; DOACK; DOACK; ROOT,1996).

Como forma de promoção da saúde e troca de conhecimento, e dadas as vantagens da utilização deste tipo de material educativo, optou-se neste estudo a elaboração de uma cartilha educativa. O intuito dessa tecnologia é intervir nos eventos que afetam a vida das pessoas, levando assim a melhoria na qualidade em saúde (SMITH; TANG; NUTBEAM, 2006).

3.3 ESTIMULAÇÃO SENSORIOMOTORA PARA PAIS E/OU CUIDADORES DE CRIANÇAS PREMATURAS

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura por meio da busca de artigos no portal CAPES, incluindo as bases de dados PubMed, *Web of Science*, CINAHL, PsycINFO e LILACS, no período de janeiro de 2005 a dezembro de 2015.

Para o alcance do objetivo proposto foi selecionado como método de pesquisa a revisão integrativa de literatura, seguindo as seguintes etapas: (1) identificação do tema e seleção de hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; (2) estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos /amostragem ou busca na literatura; (3) definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; (4) avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; (5) interpretação dos resultados; (6) apresentação da revisão/síntese do conhecimento evidenciado nos artigos analisados ou apresentação da revisão integrativa.

Foi estabelecida a seguinte pergunta norteadora: “Qual o conhecimento científico produzido sobre a orientação aos pais e cuidadores sobre estimulação sensoriomotora de prematuros”?

Os critérios de inclusão utilizados foram os seguintes: a publicação deverá conter como temática de estudo questões sobre estimulação sensoriomotora em prematuros ou estimulação sensoriomotora realizada por pais/cuidadores no domicílio; artigos em inglês, espanhol e português, publicados no período de janeiro 2005 até dezembro de 2015. Foi pesquisado no periódico da CAPES que inclui as bases de dados: PubMed, Web of Science, CINAHL, PsycINFO e LILACS.

As avaliações foram incluídas, após acordo, pelos os dois avaliadores, e conflitantes pontos de vista foram discutidos até que o consenso fosse alcançado. Foram estabelecidos como critérios de exclusão: as publicações cujos sujeitos de pesquisa fossem crianças acima de dois anos de idade corrigida, artigos que não estivessem disponíveis online na íntegra, editoriais, cartas ao editor, estudo reflexivo, relatos de experiências, publicações duplicadas, bem como estudos que não abordassem a temática relevante ao objetivo da revisão. Foram excluídos artigos de orientação para profissionais de saúde, artigos de revisão de literatura.

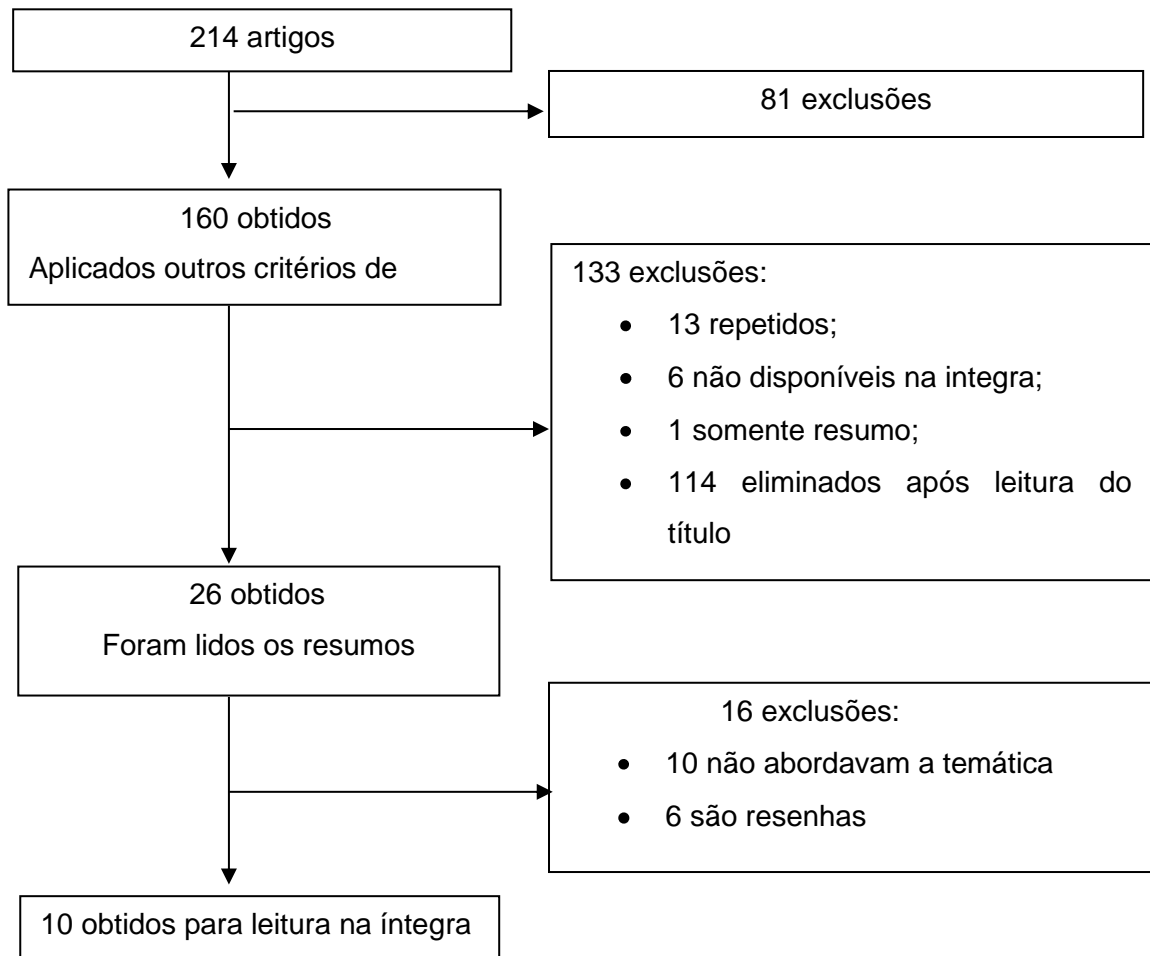
Utilizou-se a terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no Medical Subject Headings (MeSH), pelos quais identificamos os seguintes descritores: prematuro AND desenvolvimento infantil AND intervenção precoce (Busca 1: premature infant AND child development AND early intervention); (Infant, Premature Infant, Premature; Child Development; Early Intervention).

As bases de dados utilizadas permitiram que se realizasse uma busca avançada com quatro descritores ao mesmo tempo. A busca aos artigos ocorreu no mês de janeiro de 2016, resultando em 241 referências levantadas no CAPES. Após utilizar os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos permaneceram 160 publicações, das quais, treze repetiam-se em outras bases de dados, seis não estavam disponíveis na íntegra por acesso gratuito, um era somente resumo e 114 foram eliminados após a leitura do título, totalizando 133 exclusões.

Dos 26 artigos restantes, foram lidos os resumos e excluídos 12 destes por não abordarem a temática em questão de orientações de estimulação sensoriomotora em prematuros realizada pelos pais; um se detinha apenas a aspectos de estresse no recém-nascido e neuropsicológicos, dois eram revisões sistemáticas relacionadas a ferramentas de avaliação em desenvolvimento infantil e um era voltado para orientar enfermeiros.

Assim, após o percurso metodológico descrito, foram selecionados dez artigos (FIGURA 1) para a leitura na íntegra, que contemplaram a pergunta norteadora do presente trabalho, bem como atendiam aos critérios previamente estabelecidos.

Figura 1 – Perfil de artigos nesta revisão integrativa de literatura, Fortaleza-CE



Fonte: Elaborada pela autora.

As dez referências encontradas constituíram a amostra do estudo e foram examinadas mediante instrumento adaptado com base em Ursi (2005) e extraído os principais dados. Este instrumento possibilitou a análise dos seguintes aspectos: identificação do estudo (título do artigo, título do periódico, autores, país, idioma, ano de publicação), tipo de revista científica, características metodológicas do estudo (tipo de publicação, tecnologia utilizada/desenvolvida e público alvo das mesmas), e resultados.

Os artigos foram organizados por ano de publicação e fixados aos formulários correspondentes. A análise dos dados exigiu tradução, leitura e releitura dos artigos. Os dados foram organizados em quadros contendo informações detalhadas de cada artigo, para facilitar a análise posterior.

Por fim, partiu-se da identificação das ideias centrais dos artigos, passando pela interpretação dos sentidos subjacentes às ideias e pelo agrupamento desses sentidos em núcleos, obtendo-se a discussão de temas.

A análise dos artigos se deu numa perspectiva qualitativa, sendo priorizada a interpretação dos sentidos das ideias centrais presentes no conjunto da literatura analisada. A leitura dos artigos selecionados permitiu a identificação das cinco temáticas: intervenção com o método canguru (Artigo 1, 4 e 10), cuidado dos pais em domicílio (Artigo 2, 9 e 10), interação mãe-bebê (todos os artigos), intervenção precoce (artigos 1, 2, 4, 5, 6 e 10) e intervenção educativa para pais (artigo 2, 4, 7, 8, 9 e 10).

Posteriormente foi elaborada uma revisão integrativa baseado na intervenção educativa para pais e cuidadores, estimulando a intervenção precoce e fortalecendo a relação mãe-bebê por meio da estimulação sensoriomotora.

Por meio da análise dos dez artigos selecionados verificou-se que a maioria (7-70%) foi encontrada na base de dados Pubmed. Observou-se que prevaleceram as publicações ocorridas a partir do ano 2000 (7-70%), realizadas nos Estados Unidos (EUA) (4-40%), o idioma era inglês (10-100%) (QUADRO 1).

Quadro 1 – Distribuição das referências incluídas na revisão integrativa de acordo com o título do periódico, ano de publicação, base de dados e área de atuação. Fortaleza, CE, 2017

Artigo	Título do Periódico	Ano de publicação	Base de dados	Publicação
1	Elsevier Inc.	2014	PubMed	Enfermagem
2	Journal of Applied Developmental Psychology	2008	Science Direct	Psicologia
3	Infant Behavior & Development	2009	PubMed	Enfermagem
4	Pediatric Research	2010	PubMed	Médica
5	Elsevier Inc.	2010	Science Direct	Enfermagem
6	Development Medicine & child Neurology	2005	PubMed	Médica
7	Infants & Young Children	2013	Web of Science	Médica
8	Early Human Development	2006	PubMed	Médica
9	Elsevier Inc.	2015	PubMed	Médica
10	New born Infant Nurs Rev	2012	PubMed	Enfermagem

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 2 – Distribuição do tipo de estudo e resultados. Fortaleza, CE, 2017

(Continua)

Título do artigo	Autores	Intervenção estudada	Resultados	Recomendação/ Conclusão
1. Maternal-Preterm Skin-to-Skin Contact Enhances Child Physiologic Organization and Cognitive Control Across the First 10 Years of Life	Ruth Feldman, Zehava Rosenthal, and Arthur I. Eidelman	Determinar a eficácia do contato pele a pele ente mãe e prematuro utilizando o método canguru em 73 prematuros e para o grupo controle foi mantido o cuidado padrão na incubadora, sendo avaliados durante 14 dias consecutivos.	O uso do método canguru em prematuros reduziu o desenvolvimento cognitivo, funções executivas, melhora na arritmia sinus respiratória, controle cognitivo e organização ao dormir, e reduziu a ansiedade materna. apresentou melhora na regulação fisiológica, funções executivas e reciprocidade de mãe- filho nos 10 anos.	Estes resultados são os primeiros a demonstrar os efeitos em longo prazo da intervenção precoce baseado em toque promovendo: organização e regulação fisiológica, controle comportamental e participação dos pais na estimulação de seus bebês. Reforça-se a necessidade de se estender o estudo utilizando o contato pele a pele com qualquer criança, sendo ela prematura ou não.
2. Long-term maternal effects of early childhood intervention: Findings from the Infant Health and Development Program	Anne Martin, Jeanne Brooks-Gunn, Pamela Klebanov, Stephen L. Buka, Marie C. McCormick	Verifica se os efeitos da estimulação precoce podem ser observados nas mães até 15 anos após a intervenção, considerando os quatro domínios em suas vidas: emprego, saúde mental, ambiente familiar e educação de qualidade.	O único domínio que apresentou efeitos duradores foi relacionado ao emprego. Para crianças de baixo peso que receberam estimulação precoce foi estatisticamente relevante a permanência das mães no trabalho quando comparado ao grupo que não recebeu o mesmo estímulo.	A pesquisa foi limitada por ter apresentado dificuldade nas visitas de acompanhamento. Sugere-se que novos estudos sejam realizados com um acompanhamento preciso das mães e das crianças com baixo peso nas idades de acompanhamento de 5, 8 e 18 anos.

Quadro 2 – Distribuição Do tipo de estudo e resultados. Fortaleza, CE, 2017

(Continuação)

Título do artigo	Autores	Intervenção estudada	Resultados	Recomendação/ Conclusão
<p>3. Effectiveness of a Modified Mother–Infant Transaction Program on Outcomes for Preterm Infants from 3 to 24 months of age</p>	<p>Carol A. Newnham, Jeannette Milgrom, Helen Skouteris</p>	<p>Formou-se dois grupos de mães (intervenção com 35 e controle com 33) para investigação da interação mãe-bebê, temperamento infantil e estresse materno aos 3 e 6 meses de idade da criança. Aos 24 meses foi realizada a avaliação do desenvolvimento infantil através do relato dos pais. Em ambos os grupos foram realizadas coleta de dados demográficos. O grupo controle recebeu cuidados hospitalares padrão, enquanto no grupo de intervenção foram realizadas sete sessões durante duas semanas, onde os pais observaram padrões fisiológicos e comportamentais de suas crianças.</p>	<p>As crianças submetidas à intervenção demonstraram aos 6 meses serem mais próximas, adaptáveis e felizes. Apresentaram também redução de cólicas, choro excessivo e sono; tornaram-se abertas a novas experiências (brinquedo, pessoas e interação), sendo capaz de atender ao seu ambiente e a interação social e capaz de se auto-regular. Nos aspectos de resolução de problemas, comunicação e cognição não ocorreu diferença significativa. Com relação a depressão materna não foram encontrados diferenças entre os grupos.</p>	<p>A intervenção foi capaz de ajudar as mães a ajustar rapidamente a sua experiência de educar uma criança em risco. Não foi possível encontrar quaisquer diferenças de grupo relativas a depressão materna. Apesar do pré-termo apresentar dificuldade na interação mãe-bebê, o presente estudo sugere que essa relação pode ser revertida. As limitações encontradas no estudo foram: o tamanho da amostra, a natureza e o número de testes estatísticos que foram limitados pela pequena amostra. No entanto, os resultados são consistentes com um positivo efeito na intervenção e apontam para a necessidade de mais estudos com uma amostra maior, mais detalhada e abrangente.</p>

Quadro 2 – Distribuição Do tipo de estudo e resultados. Fortaleza, CE, 2017

(Continuação)

Título do artigo	Autores	Intervenção estudada	Resultados	Recomendação/ Conclusão
4.Early Sensitivity Training for Parents of Preterm Infants: Impact on the Developing Brain	Jeannette Milgram, Carol Newnham, Peter j. Anderson, Lex W. Doyle, Alan W. Gemmill, Katherine Lee, Rod W. Hunt, Marilyn Bear, and Terrieinder	A eficácia do treinamento de sensibilidade para pais na redução experiências estressantes para a criança. A Avaliação se deu através de exames de ressonância magnética	No grupo de intervenção o tratamento inclui reconhecer sinais de estresse infantil, mecanismos de "shut-down", permanência de alerta. Foram realizados massagens, método canguru e banho terapêutico. Foi observado um significativo aumento na maturação e conectividade na substância branca. Não ocorreram efeitos significativos em ambos os grupos nos volumes cerebrais ou nos resultados médicos em curto prazo.	O treinamento de sensibilidade realizado pelos pais na Unidade de Terapia Intensiva-UTI com suas crianças estimulou o desenvolvimento da substância branca e microestrutural em prematuros. Este método parece ser uma abordagem promissora para a intervenção precoce em UTI com benefícios em curto prazo iniciais para o desenvolvimento do cérebro que poderia contribuir na função cognitiva. O estudo sugere a realização de novos estudos randomizados de intervenção em crianças prematuras utilizando a ressonância magnética como um biomarcador precoce de lesão cerebral e desenvolvimento.

QUADRO 2 – Distribuição Do tipo de estudo e resultados. Fortaleza, CE, 2017
(Conclusão)

Título do artigo	Autores	Intervenção estudada	Resultados	Recomendação/ Conclusão
5. Development Mother–infant interaction improves with a developmental intervention for mother–preterm infant dyads	Rosemary White-Trauta,*, Kathleen F. Norra, Camille Fabiyic, Kristin M. Rankinb, Zhyouing Lia, Li Liub	<p>Objetivo deste artigo é examinar o impacto da intervenção H-HOPE (Hospital to Home: Optimizing the Infant’s Environment) na interação entre mãe e prematuro durante a alimentação e brincadeiras, com idade corrigida de 6 semanas.</p> <p>Dois grupos foram analisados: intervenção de H-HOPE e controle de atenção.</p> <p>A intervenção de esperança inclui estimulação infantil duas vezes ao dia, durante 5 dias utilizando estímulos auditivo, tátil, visual e vestibular.</p>	A intervenção H-HOPE promoveu um impacto importante na interação da mãe com o bebê prematuro, tanto na alimentação quanto na brincadeira.	<p>Sugere investigação sobre o impacto em longo prazo do H-HOPE utilizando medidas confiáveis para verificar a interação entre pais e filhos avaliando a linguagem, o desenvolvimento cognitivo e motor e a interação social da criança, alimentação e brincadeiras.</p> <p>O estudo defende que a H-HOPE influencia positivamente no desenvolvimento de resposta mútua e na interação social, através da utilização de estímulos auditivo, tátil, visual e vestibular, facilitando assim a mãe a interpretar os sinais sociais apresentados pela criança. Esta técnica deve ser considerada como parte de do padrão de cuidados para este público.</p>

Fonte: Elaborado pela autora.

**Quadro 3 – Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão
integrativa. Fortaleza-CE, 2016**

(continua)

Título do artigo	Autores	Intervenção estudada	Resultados	Recomendação/ Conclusão
6.The Infant Behavioral Assessment and Intervention Program to support preterm infants after hospital discharge: a pilot study	Karen Koldewijn; Marie-Jeanne Wolf P; Aleid van Wassenaer; Anita Beelen P; Imelda JM de Groot; Rodd Hedlund Med	Investigar a viabilidade de realizar a Avaliação do Comportamento infantil e do Programa de Intervenção (IBAIP) em um grupo de recém-nascidos prematuros. Foi comparada na idade de 6 meses a organização neurocomportamental e competência de auto-regulação de um grupo de intervenção com um grupo controle que havia recebido os cuidados de acompanhamento padrão.	O comprometimento neurocomportamental não diferiu entre a escala de Avaliação Comportamental do Neonato (NBAS) e a Avaliação do Comportamento Infantil (IBA), exceto grupo motor do NBAS, sobre o qual a intervenção do Grupo foi significativamente melhor. O Grupo de intervenção mostrou redução do estresse e aumento da competência de auto-regulação quando comparado com o grupo controle.	Os resultados deste estudo piloto indicam que, o programa de Avaliação do Comportamento infantil e do Programa de Intervenção (IBAIP) é potencialmente útil e vantajoso por apresentar resultados promissores em recém-nascidos prematuros, pois, não tem efeitos prejudiciais sobre as crianças do estudo. Diante do resultado exposto sugere-se a continuidade das pesquisas através de um estudo randomizado e controlado com longo prazo de Follow-up.
7.Effects of Video-Modeling on the Interaction Skills of First-Time Fathers of Late Preterm Infants	Karen Marie Benzies; Joyce Magill-Evans; Jana Kurilova, BA; Alberto Nettel-Aguirre; Laurie Blahitka; Thierry Lacaze-Masmonteil	Avaliar os efeitos de uma intervenção comportamental-educacional inovadora para pais de pré-termo tardio. 111 prematuros, foram divididos em 3 grupos: intervenção com 2 visitas domiciliares (n = 46), intervenção com 4 visitas (n = 23) e comparação (n = 42). A intervenção consistiu na filmagem da interação pai e filho e posterior feedback positivo para melhorar a interação e desenvolvimento da linguagem.	O grupo de intervenção com 4 visitas pontuou na escala de ensino de interação entre pais e filhos significativamente mais alto quando comparado ao grupo controle. Nos outros itens não houve diferença significativa ou relevante.	O objetivo de melhorar o desempenho através do fortalecimento das habilidades dos pais em interação com seus filhos foram alcançados. A intervenção através de auto-modelagem por vídeo é promissora para melhorar as habilidades de pais de recém-nascidos prematuros. Pesquisas adicionais são necessárias para determinar os efeitos em longo prazo para o pai e a criança.

**Quadro 3 – Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão
integrativa. Fortaleza-CE, 2016**

(continuação)

Título do artigo	Autores	Intervenção estudada	Resultados	Recomendação/ Conclusão
8. The effects of an early development al mother—child intervention program on neurodevelo pment outcome in very low birth weight infants: A pilot study	M. L. Gianni, O. Piccolini, M. Ravasi, L. Gardon, C. Vegni, M. Fumagalli, F. Mosca	Avaliar os efeitos de um programa de intervenção precoce para o desenvolvimento materno infantil pós-alta no neurodesenvolvemento de bebês de muito baixo peso ao nascer. São 36 crianças divididas aleatoriamente em intervenção e controle sendo utilizada a avaliação da escala de desenvolvimento metal de Griffiths e as escalas relacionadas.	Aos 36 meses de idade cronológica, comparados com os controles, as crianças do grupo de intervenção apresentaram escores mais elevados nas subescalas pessoais e sociais, coordenação olho-mão e raciocínio prático.	O programa de intervenção mãe-criança de desenvolvimento pós-alta pode ter um efeito positivo no resultado de neurodesenvolvimento tardio de crianças muito baixo peso. Sugerem-se estudos adicionais realizando a comparação de diferentes modalidades de intervenção precoce para identificar as crianças e os domínios do desenvolvimento neurológico que poderiam tirar melhor proveito tais programas e avaliar a persistência dos efeitos das intervenções
9. Influences of a dedicated parental training program on parent-child interaction in preterm infants	Alina Steinhardt, Patricia Hinner, Thomas Kühn, Charles C. Roehr, Mario Rüdiger, Jörg Reichert a,	Investigar a interação entre pais e filhos em dois centros que tinham políticas de envolvimento precoce dos pais nos cuidados do recém-nascido. Em ambas as unidades (PC-A e PC-B) os pais foram treinados em cuidados infantis diariamente para integra-lo na rotina da criança. No grupo PC-A os pais receberam 9 horas de treinamento de intervenção complexa. As análises foram realizadas através de clips de vídeo das interações entre pais e recém-nascidos.	Não houve diferença filosófica nos cuidados, apenas nas recomendações específicas. Relativo ao comportamento interativo das mães com seus bebês, 56% do grupo PC-A apresentou boa sensibilidade, contra apenas 20% do PC-B. Os bebês do PC-A demonstraram também menos sinais de stress e mais sinais de interatividade (interação face a face, movimentos oculares e de cabeça) quando comparado ao PC-B.	O estudo demonstrou efeito significativo do programa de intervenção realizado no PC-A, melhorando o desenvolvimento neurológico dos prematuros. As limitações do estudo foram: escolha dos participantes não aleatória; diferenças aparentemente imperceptíveis entre as unidades podem ter influenciado nos resultados do estudo; o estudo não afirma quais partes do programa influenciaram mais ou menos nos resultados obtidos. Futuros estudos são necessários para testar também os efeitos financeiros do programa. Seria importante saber se os investimentos iniciais na melhoria dos cuidados não só influenciariam os resultados a curto e longo prazo, mas também contribuiriam para reduzir os custos de saúde.

Quadro 3 – Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão integrativa. Fortaleza-CE, 2016

(conclusão)

Título do artigo	Autores	Intervenção estudada	Resultados	Recomendação/ Conclusão
10. Frequency of Premature Infant Engagement and Disengagement Behaviors During Two Maternally Administered Interventions	Rosemary White-Traut; Teresa Wink; Tali Minehart, BSN, RN; Diane Holditch-Davis, PhD, RN, FAAN	O estudo compara a frequência de Interação e dispersão durante duas intervenções administradas pela mãe: a primeira com estímulos auditivos multi-sensoriais, táteis, visuais e vestibulares (ATVV) e a segunda com o método canguru (KC).	O método ATVV promove um resultado positivo quando comparado ao KC. A intervenção do ATTV na criança favorece o comportamento de autorregulação, o estado de alerta, estimula as relações de interação social e apego mãe-bebê e melhora o desenvolvimento infantil. A avaliação se deu através de vídeos que foram analisados onde o codificador era cego. No entanto, a verdadeira cegueira nunca será possível uma vez que os avaliadores, inevitavelmente, observam as mães realizando as diferentes intervenções.	Esta pesquisa tem várias limitações: amostra pequena, ambiente não estritamente controlado que pode ter fornecido estímulos adicionais alheios às intervenções. Apesar destas limitações, este estudo é o primeiro a comparar KC e as intervenções ATVV em relação a estimular comportamentos de interação social. É necessária uma pesquisa prospectiva futura com uma amostra maior que aborda os benefícios das duas intervenções na organização neurocomportamental. Essas informações podem ser usadas para melhorar protocolos existentes para promover o desenvolvimento saudável de recém-nascidos prematuros

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 4 – Tipos de estudo

Artigo	Tipo de estudo
1	Estudo experimental, abordagem qualitativa
2	Estudo experimental randomizado; revisão sistemática da literatura
3	Estudo experimental randomizado
4	Randomizados em uma intervenção ou de controle condição.
5	Estudo controlado randomizado
6	Estudo experimental caso controle
7	Estudo de intervenção
8	Ensaio clínico randomizado
9	Estudo de intervenção controlada
10	Estudo de Intervenção controlada

Fonte: Elaborado pela autora.

**Quadro 5 – Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão
integrativa. Fortaleza-CE, 2016**

(continua)

Título do artigo	Autores	Intervenção estudada	Resultados	Recomendação/ Conclusão
Early Sensitivity Training for Parents of Preterm Infants: Impact on the Developing Brain	Jeannette milgrom, carol newnham, peter j. Anderson, lex w. Doyle, alan w. Gemmill, katherine lee, rod w. Hunt, merilyn bear, and terrieinder	Avaliada a eficácia do treinamento pais na redução experiências estressantes . Intervenção consistiu em 10 sessões na Terapia Intensiva Neonatal Unit (UTI).	Maturação e conectividade de branco importa, caracterizado por medidas de difusão de RM de ADC e FA, foram significativamente aumentada no grupo de intervenção, que exibiu maior restrição na ADC e aumento da FA. Não havia efeitos significativos em ambos os volumes cerebrais ou no curto prazo médica resultados. Assim, o treinamento de sensibilidade para os pais na UTIN é associado a uma melhora cerebral substância branca micro-estrutural desenvolvimento em prematuros.	O treinamento de sensibilidade para os pais na UTIN é associado a uma melhora cerebral substância branca micro-estrutural desenvolvimento em prematuros.
Effectiveness of a Modified Mother–Infant Transaction Program on Outcomes for Preterm Infants from 3 to 24 months of age	Carol A. Newnham Jeannette Milgrom, Helen Skouteris	Interação mãe-bebê e estresse parental foram avaliados em 3 e 6 meses e desenvolvimento infantil foi medida pelo relato dos pais aos 24 meses. Intervenção comparada com duplas de controle observado aumento na interação mãe-bebê.	Estes resultados sugerem que a intervenção foi capaz de ajudar as mães a se ajustar rapidamente a sua experiência de ser pai de uma criança em situação de risco. Nós não encontramos diferenças entre os grupos em depressão materna como a hipótese possivelmente devido à baixa pontuação no início do estudo. Este estudo suporta teorias de desenvolvimento transacionais (Sameroff & Chandler, 1975) e sugerem que o recém-nascido prematuro de déficits iniciais afetam a interação mãe-bebê negativamente de forma cumulativa e experimental que então minar desenvolvimento infantil ótima. Os resultados também sugerem que estas relações de causa-efeito pode ser revertido. Os problemas com a preocupação estudo principalmente às limitações do tamanho da amostra (e do dispendioso, demorado natureza deste tipo da intervenção com esta população). A natureza e o número de testes estatísticos foram limitados pela pequena amostra. Dentro Adicionalmente, o uso de um ecrã de desenvolvimento a 2 anos, não foi ótima. No entanto, os resultados são consistentes com uma positiva efeito da intervenção e apontam para a necessidade de mais estudos com uma amostra maior, mais intervencionistas e abrangente avaliações de desenvolvimento aos 24 meses, incluindo os mecanismos elucidando de melhor desenvolvimento.	

**Quadro 5 – Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão
integrativa. Fortaleza-CE, 2016**

(continuação)

Título do artigo	Autores	Intervenção estudada	Resultados	Recomendação/ Conclusão
Effects of Video-Modeling on the Interaction Skills of First-Time Fathers of Late Preterm Infants	karen Marie Benzies; Joyce Magill-Evans; Jana Kurilova, BA; Alberto Nettel-Aguirre; Laurie Blahitka; Thierry Lacaze-Masmonteil	Este estudo avaliou os efeitos de uma intervenção educativa-comportamental inovadora pela primeira vez para pais de pré-termo final (gestação 34-36 semanas) crianças objectivo de reforçar a criança de ambiente através do reforço das competências dos pais em interacção com os seus jovens criança.	A intervenção consistiu de uma interação jogo pai-filho gravar vídeo de e fornecer feedback positivo e sugestões para melhorar o desenvolvimento de interação e linguagem. Pais, no grupo 4-visita pontuaram significativamente mais alto do que os pais na comparação grupo como medido pela Escala de Ensino Interação Criança, Pais Pontuação total. Havia não há diferenças entre os grupos para pontuação no estresse parental Índice-3 ou o que é ser o Pai de um bebê é como-Avaliação subescala.	A intervenção de vídeo auto-modelagem tem a promessa para melhorar as competências dos pais de prematuros tardios. Mais pesquisas são necessárias para determinar os efeitos a longo prazo para o pai e a criança.
5.Frequency of Premature Infant Engagement and Disengagement Behaviors During Two Maternally Administered Interventions	Rosemary White-Traut; Teresa Wink; TaliMinehart, BSN, RN; Diane Holditch-Davis, PhD, RN, FAAN	Este estudo comparou a frequência de engate e desengate comportamentos infantis prematura durante dois administrada matematicamente intervenções, a auditiva, tátil, visual e vestibular intervenção multi-sensorial (ATV) e canguru (KC)	Nossos resultados mostram que a intervenção ATVV provoca ambos os sinais positivos e negativos do bebê e nossa pesquisa mostra que antes ATVV promove o estado de alerta silencioso. Ao facilitar o comportamento de auto-regulação da criança e promover o estado de alerta, a intervenção ATVV tem o potencial para reforçar mother infant interação social e apego e melhorar o desenvolvimento infantil. Com base em nossos resultados KC provocou menos pistas engate e desengate durante o intervenção, potencialmente limitando a oportunidade para o engajamento social mãe-bebê.	Esta pesquisa tem várias limitações, incluindo um pequeno tamanho da amostra, a conduta da pesquisa na UTI em oposição a um ambiente mais controlado, e de codificação pelo codificador primário que estava ciente do propósito do estudo maior. Os limites de tamanho pequeno da amostra generalização dos resultados, mas eles fornecem novos dados sobre as respostas comportamentais infantis para a intervenção ATVV e KC. Todas realizaram suas intervenções atribuídas em um UTIN, assim, o ambiente não era estritamente controlada e pode ter fornecido adicional estímulos alheios às intervenções. O ambiente da UTIN pode ter provocado comportamental pistas dos bebês que não foram diretamente relacionados com KC ou a intervenção ATVV. No entanto, a UTIN é o ambiente natural em que as mães executar essas intervenções. Assim, estudando-as na UTIN, nós sacrificado algum controle, a fim de ganhar validade ecológica. Embora 25% dos vídeos foram codificados por um codificador que segundo era cego para os fins deste estudo piloto e o estudo principal maior, numa escala maior ensaio clínico deve ser realizado com codificadores que são cegas para o objectivo do estudo.

**Quadro 5 – Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão
integrativa. Fortaleza-CE, 2016**

(continuação)

Título do artigo	Autores	Intervenção estudada	Resultados	Recomendação/ Conclusão
				<p>No entanto, a verdadeira cegueira nunca será possível uma vez que os codificadores, inevitavelmente, ver as mães realização de intervenções diferentes.</p> <p>Apesar destas limitações, este estudo é o primeiro a comparar KC e as intervenções ATVV em relação a emergir comportamentos sociais interativas. pesquisa prospectiva futuro com uma maior amostra é garantido que aborda os benefícios das duas intervenções sobre neurocomportamental organização. Tal informação pode ser utilizada para melhorar os protocolos existentes para promover desenvolvimento saudável de prematuros. Além disso, a pesquisa examinando o impacto da ATVV intervenção sobre comportamentos sociais interativas aos 3 e 6 meses poderia reforçar a nossa compreensão dos seus efeitos de curto prazo sobre o engajamento social. O potencial para a ATVV intervenção como uma aplicação clínica para ensinar os pais a reconhecer e responder ao seu pistas comportamentais do recém-nascido prematuro pode levar a um melhor apoio para as crianças 'emergente interações sociais e promover os resultados do desenvolvimento.</p>
<p>Influences of a dedicated parental training program on parent–child interaction in preterm infants</p>	<p>Alina Steinhardt, Patricia Hinner, Thomas Kühn, Charles C. Roehr, Mario Rüdiger, Jörg Reichert a,</p>	<p>Investigar influências sobre a interação entre os recém-nascidos prematuros e seus pais por um dedicado programa de formação parental sobre o atendimento de recém-nascidos prematuros.</p>	<p>Um programa de treinamento dedicado, estruturado, e encorajando ativamente por pais de recém-nascidos prematuros foi encontrado para ser mais fortemente correlacionada direção de aumento do neurodesenvolvimento mãe-criança-interações que uma abordagem dos pais mero integrador na rotina de cuidados diários</p>	<p>Conflitos de interesse de Todos os autores declaram que não têm conflitos de percebidas ou reais interesse. Divulgamos a ter relações financeiras e pessoais com pessoas ou organizações que poderiam influenciar de forma inadequada o nosso trabalho.</p>

**Quadro 5 – Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão
integrativa. Fortaleza-CE, 2016**

(continuação)

Título do artigo	Autores	Intervenção estudada	Resultados	Recomendação/ Conclusão
7. Long-term maternal effects of early childhood intervention: Findings from the Infant Health and Development Program	Anne Martin, Jeanne Brooks-Gunn, Pamela Klebanov, Stephen L. Buka, Marie C. McCormick	O presente estudo examina se os efeitos sobre as mães encontradas em um programa de intervenção precoce persistir até 15 anos após a intervenção.	Os resultados sugerem que os serviços de intervenção precoce podem ter mais sucesso alterar um curso de vida da mãe de seu estilo de saúde ou parentalidade mental.	Mais pesquisas são necessárias para investigar os fatores que influenciam as decisões tomadas por mães de baixo peso ao nascer bebês sobre se e quando trabalhar fora de casa.
Maternal-Preterm Skin-to-Skin Contact Enhances Child Physiologic Organization and Cognitive Control Across the First 10 Years of Life	Ruth Feldman, Zehava Rosenthal, and Arthur I. Eidelman	Não identificado claramente	Estes resultados são os primeiros a demonstrar os efeitos a longo prazo da intervenção baseada em toque logo no início fisiológica das crianças organização e controle comportamental e têm implicações importantes para as práticas de cuidado de bebês prematuros. Os resultados demonstram a cascata dinâmica de regulação fisiológica da criança e disposições dos pais na formação de resultado desenvolvimental e podem informar a construção de intervenções precoces mais direcionadas	Estudos futuros deverão centrar-se sobre os efeitos da KC em casos de potenciais interrupções de ligação materno-infantil, incluindo depressão pós-parto materna, crianças em situação de risco para o autismo, ou recém-nascidos hospitalizados por condições médicas. Finalmente, seria importante para testar se para qualquer ser humano infante-prematuro ou nascidos a termo-se reforçar a presença ininterrupta da mãe e contato corporal total durante o período neonatal pode ajudar reduzir os altos níveis de estresse não regulamentada, distúrbios do sono, e dificuldades cognitivas observadas em muitas das crianças de hoje.
Developmental Mother-infant interaction improves with a developmental intervention for mother-preterm infant dyads	Rosemary White-Traut*, Kathleen F. Norra, Camille Fabiyc, Kristin M. Rankin, Zhyoung Lia, Li Liub	Objetivo deste artigo é examinar o impacto da H-HOPE em padrões de interação infantil mãe-prematuro durante a alimentação e jogar em idade corrigida (CA) de 6 semanas.	Intervindo com ambos os pais e o bebê, a abordagem promissora para ajudar prematuros atingir os padrões sociais essenciais para o desenvolvimento ideal. Os resultados deste estudo destacam a importância de examinar a interação criança-mãe prematuro durante tanto a alimentação e jogar para obter uma imagem completa da qualidade global dos seus padrões de interação em desenvolvimento. Alimentação tem prioridade durante os primeiros dias de vida, especialmente para prematuros mais frágeis.	Uma questão importante que merece investigação futura é o impacto a longo prazo do H-HOPE na interação entre pais e filhos e, linguagem de desenvolvimento cognitivo e motor social da criança. Embora os benefícios de longo prazo da mãe-bebê positiva interaction are bem estabelecida, mais trabalho é necessário para estabelecer o papel da intervenção na promoção de interações positivas e benefícios a longo prazo. Outra área em que é necessária mais investigação é o desenvolvimento de medidas confiáveis da qualidade de mãe-infante interaction através da alimentação e situações de jogo que são fáceis de administrar e preditiva de desenvolvimento futuro.

**Quadro 5 – Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão
integrativa. Fortaleza-CE, 2016**

(continuação)

Título do artigo	Autores	Intervenção estudada	Resultados	Recomendação/ Conclusão
			<p>Em 6 semanas CA, mães e recém-nascidos prematuros estão começando toengage em jogo com mais regularidade. Assim, no nosso 6 semana de avaliação CA, as duplas tinham mais experiência em interação durante a alimentação, e estão apenas começando a desenvolver sua capacidade de resposta mútua durante o jogo. É digno de nota que a intervenção H-HOPE, que constrói a capacidade da mãe e do bebê prematuro, teve um impacto positivo sobre a interação mãe-bebê durante tanto alimentação e jogar.</p>	<p>Medidas atuais exigem formação e tempo, e eles ainda não são apropriados para uso por médicos ocupados</p> <p>Implicações</p> <p>Há um consenso nacional crescente de que intervenções sensoriais deve ser incorporada no padrão de tratamento para prematuros. Meio Ambiente Exploratória Grupo Física (Liu et al., 2007) aprovou a incorporação de intervenções sensoriais, incluindo massagem, como o padrão de cuidado para apoiar o desenvolvimento do cérebro recém-nascido e desenvolvimento healthand longo prazo. Além disso, eles recomendam que estas intervenções devem começar cedo, depois de 30-31 semanas GA. Porque Mães de prematuros também têm necessidades não satisfeitas de apoio precoce e educação, as intervenções que suportam tanto mother sand seus prematuros seria especialmente valioso. H-HOPE oferece um modelo de intervenção precoce que aborda a needs of a mãe e a criança para melhorar a sua capacidade de resposta mútua e interação social. O componente dirigida-infantil de H-HOPE, o ATVV, apoiado capacidade do recém-nascido prematuro para expor pistas mais claras durante a interação com suas mães, o que facilita a capacidade da mãe para ler e interpretar os sinais sociais da criança. O componente dirigida-mãe de H-HOPE ajudou mães compreender e responder adequadamente aos comportamentos seus de prematuros. Ao construir as capacidades of both a criança e a mãe, a interação social entre mãe e filho foi melhorada. H-HOPE deve ser considerada como parte de thestandard de cuidados para mães e recém-nascidos prematuros.</p>

**Quadro 5 – Apresentação da síntese de artigos incluídos na revisão
integrativa. Fortaleza-CE, 2016**

(conclusão)

Título do artigo	Autores	Intervenção estudada	Resultados	Recomendação/ Conclusão
The effects of an early developmental mother—child intervention program on neurodevelopment outcome in very low birth weight infants: A pilot study	M..L. Gianni, O. Picciolini, M. Ravasi, L. Gardon, C. Vegni, M. Fumagalli, F. Mosca	Avaliar os efeitos de um pós-alta de desenvolvimento materno-infantil precoce programa de intervenção sobre o resultado do neurodesenvolvimento em 36 meses em recém-nascidos de muito baixo peso.	No início de pós-descarga programa de intervenção de desenvolvimento mãe-filho possa ter um efeito positivo sobre o resultado do neurodesenvolvimento mais tarde das crianças MBP	
The Infant Behavioral Assessment and Intervention Program to support preterm infants after hospital discharge: a pilot study	Karen Koldewijn; Marie-Jeanne Wolf P; Aleid van Wassenaer ; Anita Beelen P; Imelda JM de Groot; Rodd Hedlund MEd	Neste estudo piloto foi investigada a viabilidade da criança Avaliação Comportamental e Programa de Intervenção (IBAIIP) em um grupo de recém-nascidos prematuros. Com a idade de 6 meses, o organização neurocomportamental e competência de auto-regulação de um grupo de intervenção foi comparado com um grupo controle que havia recebido os cuidados de acompanhamento padrão.	Os resultados deste estudo piloto indicam que o Comportamental Infantil Avaliação e Programa de Intervenção é um potencialmente útil programa que pode ser vantajoso em recém-nascidos prematuros, pois não ter efeitos prejudiciais sobre crianças neste estudo piloto mas reduziu o estresse e aumento da competência de auto-regulação aos 6 meses de idade corrigida. Estes resultados promissores mandado uma avaliação mais aprofundada, em um estudo randomizado controlado, com longo prazo de seguimento	Não teve efeitos prejudiciais para os bebês neste estudo piloto mas redução do stress e aumentou a competência da auto-regulação com 6 meses de idade corrigida. Estes resultados promissores garantem mais avaliação em um estudo controlado randomizado, com longo prazo Follow-up

Foi verificado que todos os artigos abordavam a realização de mais de um tipo de estímulos precoces parentais e de interação mãe-bebê, comparando-os. As técnicas de intervenção precoces mais utilizadas foram: estímulo multissensorial, artigos (1), (2), (4), (5), (6) e (10), e o método canguru, nos artigos (1) (4) e (10). Destaca-se a estimulação multissensorial como a estratégia de intervenção de maior resultado quando comparado ao método canguru. Além disso, o principal público-alvo identificado nos artigos foram as mães.

O Método Mãe Canguru (MMC) consiste em uma das opções de intervenção utilizadas nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI). O MMC é dividido em três etapas, promovendo a humanização da assistência, acolhendo a família, o vínculo e estimulando o aleitamento materno. Oferece inúmeras vantagens e benefícios aos RNPT/BP (BRASIL, 2013), além de redução nos custos, em comparação com a UTIN, resultando em importante economia no SUS. Cabe ressaltar que o MMC não substitui as incubadoras e as tecnologias, mas completa a humanização na assistência, sendo acenada como uma “metodologia salvadora de baixo custo” (SANTOS; AZEVEDO FILHO, 2016).

O MMC é realizado colocando o bebê em contato pele a pele na posição vertical, junto ao peito dos pais ou de outros familiares para mantê-los aquecidos e facilitar a amamentação. Foi criado para auxiliar na recuperação de bebês de baixo peso e prematuros (WHITE-TRAUT et al., 2012).

Para Milgrom et al. (2010) O MMC traz inúmeros benefícios para o bebê prematuro, os pais e para a equipe de saúde, destacando-se: estímulo ao sistema olfativo do bebê de forma a sentir o cheiro do pai, mãe e/ou cuidador, que ofertará o calor do seu corpo; estímulo ao desenvolvimento; a melhora na organização fisiológica; a estimulação do bom humor materno, que influencia positivamente o desenvolvimento físico e emocional do bebê; redução do estresse, da dor e do choro do recém-nascido; estabilização do batimento cardíaco, da oxigenação e da temperatura do corpo do bebê. Além disso, no MMC, ao ouvir o som do coração e a voz da mãe, o bebê fica mais calmo e sereno, há um aumento do vínculo mãe-filho, o aleitamento materno é favorecido, ocorre a redução do risco de infecção hospitalar, aumenta a confiança dos pais nos cuidados com o bebê. O método ainda contribui para otimização dos leitos de UTIN (BRASIL, 2013; MOTA; SÁ; FROTA, 2005).

Em uma revisão integrativa de literatura, Santos e Azevedo Filho (2016) afirmam que o MMC é uma ótima proposta de atenção humanizada ao recém-nascido pré-termo ou baixo peso, trazendo consigo muitas vantagens e benefícios, dentre eles a melhora no aleitamento materno exclusivo, ganho de peso de ponderal adequado, melhora no vínculo mãe-bebê, nos sinais vitais, na homeostase, na resposta fisiológica, psicoafetiva e neurocomportamental, no desenvolvimento motor e cognitivo, na redução dos níveis de infecção, reinternações e morbimortalidade e na redução dos custos para a saúde pública comparado a outros métodos.

A pesquisa do artigo 1 determina a eficácia do contato pele a pele entre mães e prematuros utilizando o MMC. Esse estudo demonstra os efeitos em longo prazo da intervenção precoce baseado em toque. O toque reforça o desenvolvimento cognitivo, a organização, a regulação fisiológica, o controle comportamental e a participação dos pais na estimulação de seus bebês (FELDMAN, ROSENTHAL, EIDELMAN, 2013).

Para Mota, Sá e Frota, a posição canguru influencia na organização neurofisiológica e no desenvolvimento, promove também estímulos sensoriais e motores. Com esse método o recém-nascido receberá estimulações táteis adequadas à sua idade, que promoverão uma maturação cerebral, apresentando comportamentos de alerta, levando-o a interagir melhor com o ambiente, respondendo bem a estímulos visuais e sonoros.

No estudo de White-Traut et al. (2012) foram realizadas intervenções comparando os benefícios de estímulos diferentes em dois os grupos. No primeiro grupo foi utilizado o MMC e no outro o multissensorial. O estudo concluiu que o método multissensorial pode apresentar mais benefícios no desenvolvimento do prematuro, por oferecer mais estímulos simultaneamente quando comparado ao MMC.

O estudo científico de Feldman, Rosenthal, Eidelman (2013) utilizou o toque terapêutico através do MMC. Ele demonstrou que os efeitos em longo prazo se estenderam até os 10 anos de vida, promovendo o crescimento e o desenvolvimento motor e cognitivo dos pré-termos.

O Artigo 10 compara o MMC e as intervenções ATVV em relação a estimular comportamentos de interação social. Teve como objetivo comparar a frequência de interação e dispersão durante duas intervenções maternas, a primeira, com estímulos multissensoriais auditivos, táteis, visuais e vestibulares (ATVV), e a

segunda com o MMC. A avaliação se deu por meio de vídeos que foram analisados com um codificador cego. Foi verificado que o método ATVV promove um resultado melhor em relação ao MMC. A intervenção do ATTV na criança favorece o comportamento de autorregulação, o estado de alerta, estimula as relações de interação social e apego mãe-bebê e melhora o desenvolvimento infantil. Esta pesquisa apresenta várias limitações: amostra pequena e ambiente não estritamente controlado que pode ter fornecido estímulos adicionais alheios às intervenções, além da cegueira do codificador não ser totalmente cego, pois observa o estímulo que é realizado. (WHITE-TRAUT et al., 2012).

Na experiência clínica da pesquisadora o MMC tem indicação para uso na UTI, estimulando positivamente o desenvolvimento do prematuro, o ganho de peso e os sistemas tátil e olfativo. Já a estimulação multissensorial pode ser realizada tanto no ambiente da UTI quanto no domicílio, ativando simultaneamente vários sistemas sensoriais. Esta estimulação tem como benefício: ganho de habilidades motoras, funções executivas e cognitivas, agregando assim mais ganhos positivos no sistema sensorial quando comparado ao uso exclusivo do MMC. Pode-se concluir que o ideal seria unir os estímulos MMC e o multissensorial, buscando assim a abertura do máximo de canais de estimulação, favorecendo ainda mais o desenvolvimento do prematuro.

No intuito de oferecer suporte centrado na criança e na família através da prevenção, avaliação, intervenção e educação, e nas diversas necessidades que possam vir a existir Miranda et al. (2012) sugere que seja realizado um trabalho interdisciplinar. A equipe de trabalho deve envolver profissionais da área da educação, da saúde e do serviço social. A criança deve ser estimulada visando seu crescimento global, aspectos sociais, emocionais, físicos e intelectuais.

Segundo Milgrom et al. (2010), após o nascimento os prematuros são expostos a fatores estressantes (exposição ao barulho, luz, cheiro forte e experiências dolorosas), que podem afetar negativamente o desenvolvimento precoce do cérebro e resultados neurocomportamentais subsequentes. Para Koldewijn (2005) a prematuridade leva ao surgimento de problemas adaptativos pela exposição precoce ao meio externo, como: ausência de controle fisiológico, problemas de regulamento motor, dificuldades em obter informações no processamento sensorial, atenção ou problemas afetivos e dificuldade na

competência de comportamento na autorregulação. Sendo assim, se faz necessário a estimulação precoce dessas crianças e o acompanhamento pós-alta da UTI.

De acordo com Lima e Figueira (2011) é necessário intervir precocemente com bebês sempre que forem identificados os fatores de risco que possam vir a comprometer o seu desenvolvimento levando a desordens neuromotoras. A etiologia dos fatores de riscos pode ser de natureza biológica ou ambiental. Dentre os fatores biológicos destacam-se: prematuridade, atraso de crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer, hipóxia perinatal, necessidade de suporte ventilatório prolongado, infecções, malformações do sistema nervoso central, asfixia perinatal e infecções (perinatais ou nos primeiros dias de nascimento). Como fatores ambientais destacam-se a pobreza, o baixo nível sociocultural e a psicopatologia familiar.

A intervenção precoce é a oferta de um serviço centrado na família e direcionado a assistência à criança. Seu intuito é prevenir, reduzir ou minimizar possíveis sequelas provenientes dos efeitos dos fatores de risco ou tratar desordens neuromotoras. Também atua esclarecendo, orientando os pais e cuidadores, promovendo assim a melhoria do conhecimento e da autonomia das famílias e direcionando os cuidados específicos e individuais indicados para cada criança. Desta forma os pais e familiares aprendem a identificar e lidar melhor com a necessidade do seu filho.

Segundo White-Traut et al. (2012) a oferta de estímulos multissensoriais, a exposição a um ambiente saudável e as experiências positivas despertam no bebê o interesse na interação com o ambiente externo, contribuindo com a sua interação social. Esse tipo de estímulo ensina os pais a identificar, reconhecer e responder as necessidades comportamentais apresentadas pelo seu bebê. Quanto mais precoce for o início da estimulação maior será a resposta positiva aos estímulos gerados.

Conforme Miranda et al. (2012) o período que vai da concepção aos primeiros anos de idade é o período mais crítico para o desenvolvimento da criança. Nos três anos de idade encontra-se o período de maior destaque, estando o sistema nervoso exposto a inúmeros fatores que podem interferir nas seguintes áreas: cognitiva, motora, sensorial e comportamental. O cérebro possui uma intrincada rede de circuitos neurais capazes de realizar muitas conexões e de se modificar através das experiências, constituindo assim a plasticidade neuronal, tornando-o mais susceptível à aprendizagem quando estimulado.

Um estudo realizado por Milgrom et al. (2010) teve como objetivo verificar a eficácia do treinamento de sensibilidade para pais na redução de experiência estressante para a criança. A avaliação se deu através de exames de ressonância magnética. No grupo de intervenção o tratamento incluiu reconhecer sinais de estresse infantil, mecanismos de “shut-down” e permanência de alerta. Foram realizadas massagens, MMC e banho terapêutico. Foi observado um significativo aumento na maturação e conectividade na substância branca, no entanto, não ocorreram efeitos significativos em ambos os grupos nos volumes cerebrais ou nos resultados médicos em curto prazo. O treinamento de sensibilidade realizado pelos pais na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal-UTIN com suas crianças estimulou o desenvolvimento da substância branca e microestrutural. Este método parece ser uma abordagem promissora para a intervenção precoce em UTIN com benefícios em curto prazo iniciais para o desenvolvimento do cérebro que poderiam contribuir na função cognitiva.

White-Traut et al. (2013) defende que a utilização de estímulos auditivo, tátil, visual e vestibular influencia positivamente no desenvolvimento de resposta mútua e na interação social, facilitando assim a mãe a interpretar os sinais sociais apresentados pela criança. Esta técnica deve ser considerada como parte do padrão de cuidados para este público.

A pesquisa de Martin et al. (2008) teve como objetivo verificar se os efeitos da estimulação precoce podem ser observados nas mães até 15 anos após a intervenção, considerando quatro domínios em suas vidas: emprego, saúde mental, ambiente familiar e educação de qualidade. O único domínio que apresentou efeitos duradores foi relacionado ao emprego. Para crianças de baixo peso que receberam estimulação precoce foi estatisticamente relevante a permanência das mães no trabalho quando comparado ao grupo das mães que não trabalhavam. Esta pesquisa foi limitada por ter apresentado dificuldade nas visitas de acompanhamento. Sugere-se que novos estudos sejam realizados com um acompanhamento preciso das mães e das crianças com baixo peso nas idades de acompanhamento de 5, 8 e 18 anos. Assim Martin et al. (2008) afirma que os cuidados domiciliares efetuados pelos pais devem ser orientados pela equipe interdisciplinar de forma que esses pais possam se sentir seguros em desempenhar as orientações ofertadas.

O Artigo 1 relata que uma das formas de realizar a estimulação precoce na UTI consiste na utilização do MMC, que fornece estímulo sensorial tátil por meio do contato pele a pele e estímulo olfativo através do cheiro da mãe.

A estimulação e a intervenção precoce têm o mesmo significado, consistem na atuação de medidas de prevenção, avaliação, intervenção e educação das famílias e crianças envolvidas, e que devem ser realizadas por uma equipe interdisciplinar.

Para Barbosa e Pessoa (2012) o recém-nascido prematuro de risco necessita de um cuidado específico quando comparado a um atermo. A presença de um filho prematuro leva aos pais a apresentarem perspectivas e ansiedades em relação a todas as suas ações. Diante dos aspectos significativos e complexos presentes na prematuridade se faz necessário uma importante participação dos pais e familiares no cuidado do seu filho. Westrup (2004) comunga da mesma opinião afirmando que se faz necessário a realização de uma abordagem de intervenção educativa de cuidados centrados na família. Essa intervenção tem como foco apoiar o desenvolvimento, estimular o reconhecimento do recém-nascido como um ser humano pleno e encorajar os cuidadores a deixar-se guiar pelas necessidades atuais do bebê e da família.

No artigo 8 foi realizada uma intervenção com um grupo controle orientando pais e cuidadores acerca de estímulos e cuidados específicos e outro grupo nos quais os pais não recebiam orientação de estimulação. Observa-se que quando os pais são orientados a intervir com seus filhos existem ganhos consideráveis no desenvolvimento de suas crianças, quando comparado com os pais que não receberam orientação.

Gianni et al. (2006) sugere a utilização de programas de intervenção precoce trabalhando a relação mãe-filho de forma preventiva, podendo ter um efeito positivo no neurodesenvolvimento das crianças de muito baixo peso ao nascer. Para Steinhardt et al. (2015) quando as mães são treinadas para interpretar os sinais da criança corretamente e responder apropriadamente, essas crianças aprendem a interagir com a mãe.

Tecklin (2002) sugere a realização de um programa de educação envolvendo uma equipe interdisciplinar, pais e cuidadores. Esse programa deve esclarecer possíveis dúvidas que possam surgir relacionadas aos cuidados diários,

ao desenvolvimento e à estimulação domiciliar de prematuros de acordo com a idade.

Todos os artigos estudados abordam a categoria interação mãe-bebê. A interação mãe bebê é a primeira forma de comunicação pós-parto, sendo consequência de uma relação na fase intrauterina. A comunicação também ocorre com o cuidador que tenha tido contato desde o nascimento.

A criança nos primeiros meses possui interesse por fala, rosto, olhar e toque, despertando assim o desejo de interagir não só com os pais e o cuidador. Para compreender melhor a necessidade da criança é necessária uma qualidade de convivência para que o cuidador seja capaz de interpretar os seus sinais através do olhar, da expressão facial e/ou ruído, sendo assim possível identificar a presença de sentimento de felicidade, dor, desconforto, fralda suja, calor ou convite para brincar.

Destaca-se como benefício da interação mãe-bebê para as crianças conforto, organização no desenvolvimento motor, emocional e cognitivo, confiança, equilíbrio emocional, ganho de peso e qualidade no sono. Para a mãe os benefícios são a troca de afeto, responsabilidade, aumento do vínculo, estimulação do conhecimento da criança e o sentimento de tomar posse da sua maternidade. Já para ambos os benefícios são interação equilibrada, emocional completo, afetividade e aumento do vínculo.

Atualmente sabe-se que o vínculo inicia na gestação e continua a fortalecer durante o ciclo grávido, puerperal e na infância. A qualidade do vínculo irá estabelecer uma ligação afetiva e influenciar marcas no desenvolvimento psicológico, afetivo, cognitivo e motor. Desta forma se fazem necessárias orientações aos pais a fim de compreender seus filhos e estabelecer formas de identificar as suas necessidades.

A estimulação precoce já é considerada um fator primordial na saúde da criança e do adolescente por existirem políticas públicas voltadas à família e as crianças. Assim, é a partir de uma intervenção profilática precoce nos primeiros anos de vida que poderemos oferecer transformações na qualidade de vida das crianças.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de estudo metodológico, que tem como foco a identificação de construtos ou componentes a serem medidos por meio da construção e validação de tecnologias educativas. São exemplos dessas tecnologias: folderes, guias de orientação, manuais de ilustração, cartilhas educativas e escalas, que tem como fim a sua implantação em prática clínica (FONSECA, 2002; RODRIGUÊS, 2014).

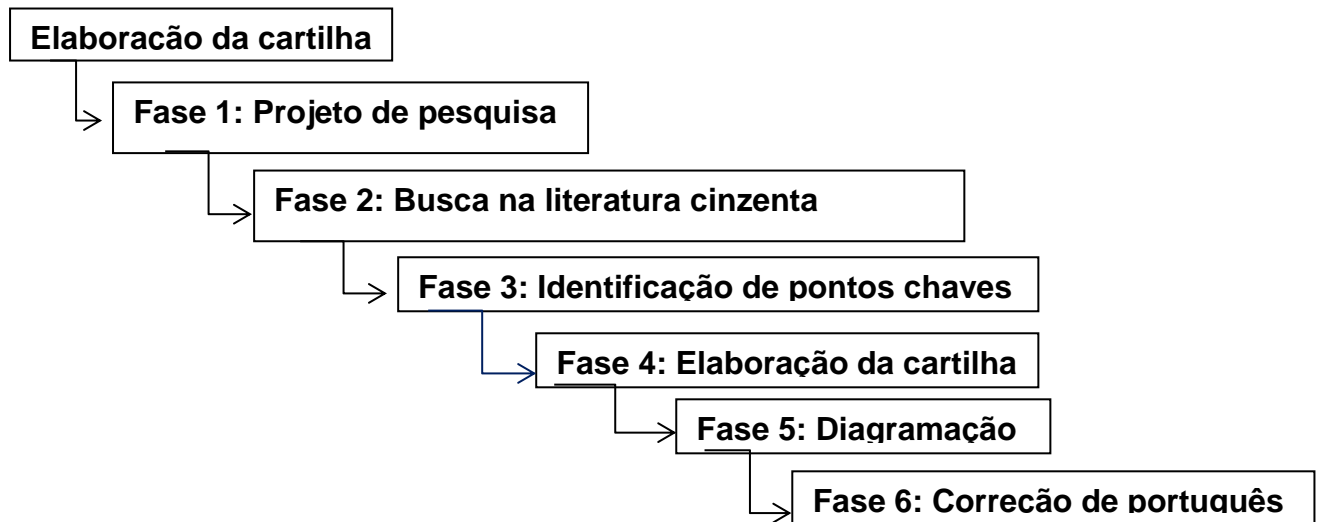
4.2 ELABORAÇÃO DA CARTILHA EDUCATIVA

Este estudo resultou na elaboração e produção de uma cartilha educativa, que tem como finalidade orientar, motivar e auxiliar pais e cuidadores de prematuros na realização de estímulos sensório-motores em seus domicílios.

No processo de construção do material foram seguidos os passos para a elaboração de uma revisão integrativa da literatura sugerida por Mendes et al. (2008). A coleta de dados nos artigos foi realizada por meio da aplicação do instrumento de URSI (2005) adaptado para o estudo. O processo de elaboração do material educativo foi, em parte, fundamentado no estudo propostos por Rebert et al. (2012) e adaptado à realidade dessa pesquisa.

A elaboração da cartilha foi composta por duas fases (FIGURA 2): Fase 1 – Identificação das evidências (Diagnóstico situacional baseado na revisão integrativa da literatura) e recomendação para a construção da cartilha sobre "o que posso fazer para ajudar o meu filho prematuro a se desenvolver?"; Fase 2- Diagramação e ilustração da cartilha.

Figura 2 – Representação gráfica da elaboração da cartilha



Fonte: Elaborado pela autora.

Fase 1 – Projeto de pesquisa

A primeira fase consistiu da elaboração do projeto de pesquisa.

Fase 2 – busca na literatura cinzenta.

A segunda fase consistiu no levantamento de conteúdo realizado através da literatura cinzenta e em baseado em evidência científica atual, em livros e nas categorias da revisão integrativa da literatura. Sua elaboração ocorreu de acordo com as recomendações das seguintes publicações do Ministério da Saúde: “Manual técnico de atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde” e “Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor”. Este último, apesar de ter sido elaborado para crianças com microcefalia aborda a estimulação sensório-motora no desenvolvimento neuropsicomotor da criança com atraso no desenvolvimento, permitindo sua utilização como fonte de pesquisa (BRASIL, 2011; BRASIL, 2016).

Nesta fase também foram pesquisados livros e *Websites* a fim de se obter exemplos para as ilustrações. As imagens didáticas selecionadas foram usadas como base para a elaboração das ilustrações por um profissional especializado e com experiência em desenvolvimento de gravuras que representam as informações

fornecidas nos textos. O conteúdo preliminar e as imagens foram desenvolvidos e submetidos ao processo de edição e diagramação, obedecendo a critérios relacionados ao conteúdo, estrutura/organização, linguagem, *layout* e *design*, sensibilidade cultural e adequação à população adulta (MAINE, 2016).

Fase 3 – IDENTIFICANDO PONTOS CHAVES.

Na fase três foram identificados os pontos chaves abordados nas literaturas levantadas.

FASE 4 – ELABORAÇÃO DA CARTILHA

Nesta fase foi realizada a elaboração dos assuntos e textos abordados na cartilha.

No que se refere aos itens *layout* e tipografia Hoffmann e Warral (2004) sugere: o uso de fonte tamanho 12, no mínimo; evitar o uso de itálicos; utilizar negrito apenas para destacar palavras-chave; assegurar um bom contraste entre a cor da fonte e do papel (fundo). Em oposição ao exposto acima, Moreira, Nóbrega e Silva (2003) sugere que o *Layout* e tipografia o uso da fonte tamanho 16, no mínimo, em tópicos e subtópicos. Propõe também o uso de recursos como títulos, subtítulos, negritos e marcadores, com o intuito de facilitar a compreensão da mensagem pelos leitores.

O conteúdo do material educativo deve expor o objetivo, as evidências e referências adequadas, a inclusão do nome dos autores e os dados da publicação. Já a linguagem deve evitar julgamentos ou paternalismo, apresentar nível de escolaridade para a população alvo de cinco a seis anos de estudo, conter frases reduzidas e que expressem apenas uma ideia por frase, ser escrita na voz ativa, em estilo convencional, na segunda pessoa e também evitar jargões e abreviações (HOFFMANN; WARRAL, 2004).

Hoffmann e Warral (2004) também afirmam que a organização deve conter informações em sequências baseadas no que a maioria da população alvo gostaria de saber. Sugere que o material contenha subtítulos, parágrafos curtos, apenas uma ideia por parágrafo e o resumo dos pontos principais no fim de cada seção ou material. Já a aprendizagem e a motivação devem se fazer presentes com

o intuito de agregar recursos que incentivem a leitura (ex: espaço em branco para escrever questões).

Segundo Moreira, Nóbrega e Silva (2003) o uso de ilustração no material educativo tem o objetivo de explicar ou destacar ideias importantes do texto. São necessárias ilustrações de boa qualidade, de alta definição e familiares para que o público-alvo capte a mensagem principal ao visualizar o material. Complementando, Hoffmann e Warral (2004) afirmam que o uso de ilustrações facilita o entendimento do leitor e sugere também a utilização de desenhos simples e familiares e a construção de legendas explicativas para cada ilustração.

FASE 5 – DIAGRAMAÇÃO E ILUSTRAÇÃO DA CARTILHA

Baseado nas sugestões descritas na fase 1 foram criadas imagens e textos curtos contemplando os assuntos. A versão inicial da cartilha foi produzida na dimensão 210 mm x 148 mm, a fonte do texto é *Times New Roman*, tamanho 14. O título, tamanho 22, e o subtítulo, tamanho 16, possuem fonte *Lithos*. O programa utilizado para os desenhos foi *Adobe Illustrator CS3* e para diagramação *Adobe InDesign CS6*.

No mês de fevereiro de 2017 a 1^o versão (ANEXO B) da cartilha educativa foi entregue pelo profissional.

FASE 6 – CORREÇÃO DE PORTUGUÊS

O material foi enviado ao corretor de português para serem feitas as modificações.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

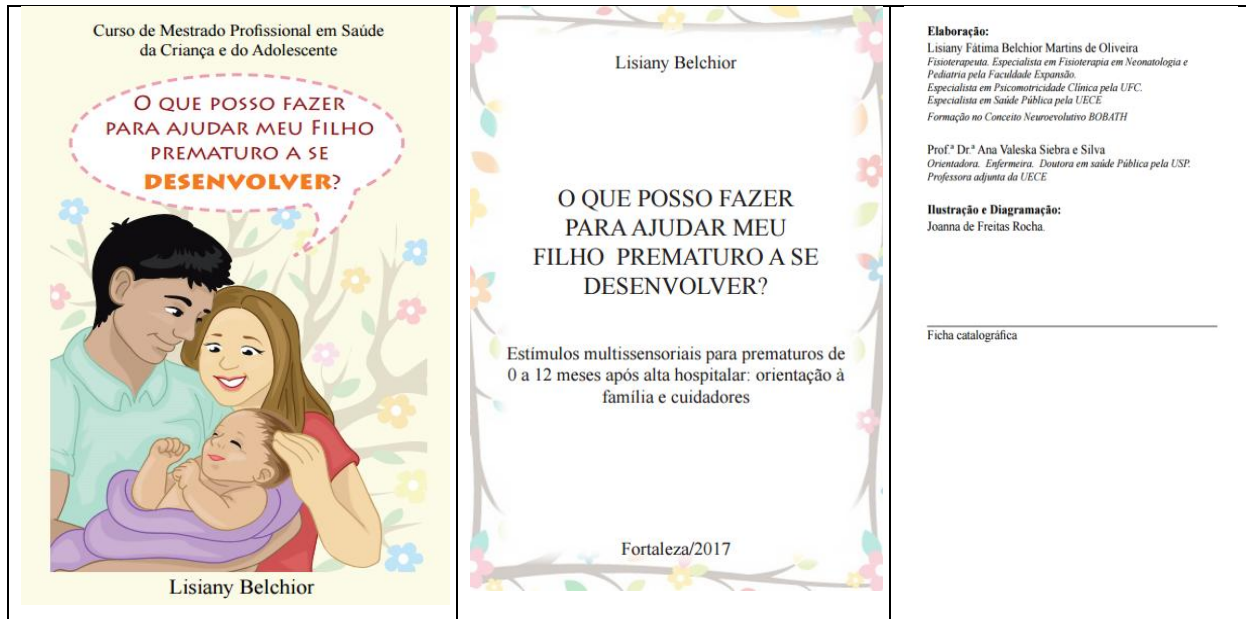
O primeiro ano de vida dos lactentes necessita de uma maior atenção da família e dos profissionais multidisciplinares por ser uma fase de rápida transformação emocional e psicomotora, podendo apresentar déficit mental e/ou motor. Que pode ser prevenido com uma estimulação precoce pelos cuidadores ou terapeutas.

A cartilha foi composta por 32 páginas e 78 figuras, contendo capa, contracapa e sumário. O conteúdo foi disposto nos seguintes tópicos: apresentação, estimulação multissensorial, dicas, estimulação de zero a três meses, estimulação de quatro a seis meses, estimulação de sete a nove meses, estimulação de dez a 12 meses e referências.

Optou-se por uma sequência temporal de evolução da cartilha para facilitar a compreensão a exemplo das obras dos seguintes autores Prado e Vale (2012); Lanza, Gazzotti e Palazzin (2012) e Tecklin (2002). Dessa forma o cuidador vai acompanhar a sequência da cartilha junto com o crescimento da criança. Apesar das mudanças no desenvolvimento da criança ocorrerem mensalmente, optou-se dividir as orientações por trimestre. Dessa forma, foi evitada a produção de excesso de informação ao público alvo e reduzido o tamanho da cartilha, diminuindo assim os custos de produção, sem, no entanto, ocorrer perda de qualidade das informações contidas no material.

A capa contém a figura dos pais com a criança no colo vestida de roxo, por esta ser a cor que representa o prematuro. Na segunda página foi repetido o nome da autora, o título, a cidade e o ano de publicação. Na terceira página são citados os autores da cartilha.

Figura 3 – Capa, contra capa e autores da cartilha



Fonte – Elaborada pela autora

Observamos na quarta página o sumário, que contempla o tópico os assuntos abordados na cartilha: Apresentação, Estimulação Multissensorial, Estimulação de zero a três meses, Estimulação de quatro a seis meses, Estimulação de sete a nove meses, Estimulação de dez a 12 meses e Referências.

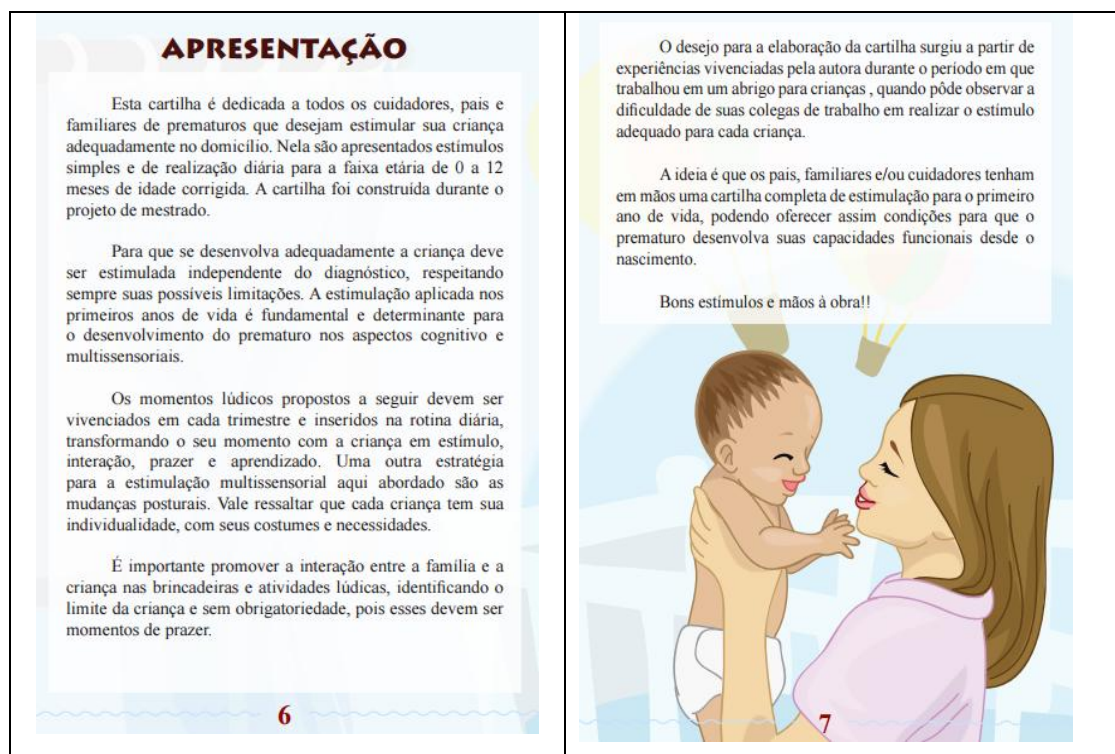
Figura 4 – Sumário da cartilha

SUMÁRIO	
APRESENTAÇÃO _____	6
ESTIMULAÇÃO MULTISSENSORIAL _____	8
DICAS _____	10
ESTÍMULOS MULTISSENSORIAIS DE 0 A 3 MESES DE IDADE CORRIGIDA _____	12
ESTÍMULOS MULTISSENSORIAIS DE 4 A 6 MESES DE IDADE CORRIGIDA _____	17
ESTÍMULOS MULTISSENSORIAIS DE 7 A 9 MESES DE IDADE CORRIGIDA _____	21
ESTÍMULOS MULTISSENSORIAIS DE 10 A 12 MESES DE IDADE CORRIGIDA _____	26
REFERÊNCIAS _____	31

Fonte – Elaborada pela autora

A apresentação da cartilha (página 6 e 7) relata que esse material é dedicado aos pais, familiares e cuidadores de prematuros que desejam estimular adequadamente sua criança no domicílio. Para Brasil (2016), é importante promover a interação entre a família e a criança nas brincadeiras e atividades lúdicas, identificando o limite da criança e sem obrigatoriedade, pois devem ser momentos de prazer. Desta forma se fortalece o vínculo afetivo e a interação entre a família e a criança. O ideal seria que todas as crianças recebessem os estímulos de seus cuidadores na primeira infância, que inclui o período do nascimento até a criança ser capaz de ficar em pé e andar, pois esses estímulos ajudam nas suas aquisições neuropsicomotoras.

Figura 5 – Apresentação da Cartilha



Fonte – Elaborada pela autora

A página 8 aborda as finalidades (GONÇALVES, 2012), indicações e contra indicações da estimulação multissensorial (PRADO; VALE, 2012; MIRANDA et al., 2012). Ao final da página é dado destaque à informação “Não realizar se estiver ansiosa, nervosa ou irritada”. A mãe quando realiza a estimulação nessas condições pode transferir esse sentimento à criança (FRÉDÉRIK, 1995; BENZIES, 1994).

Figura 6 – Finalidades da cartilha

ESTIMULAÇÃO MULTISSENSORIAL

A estimulação multissensorial oferece experiências onde o bebê vai sentir, ver, ouvir e cheirar. A vivência precoce dessas experiências estimulará o desenvolvimento cerebral possibilitando o envio de sinais ao cérebro resultando no aprendizado. As sugestões a seguir devem ser colocadas em prática para o melhor aproveitamento desse momento lúdico.

INDICAÇÃO:

Crianças nascidas com idade gestacional abaixo de 37 semanas e 1 dia que apresentam riscos no desenvolvimento sensório-motor, afim de prevenir, intervir e tratar possíveis atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor decorrentes da prematuridade.

CONTRAINDICAÇÃO:

Os estímulos a seguir não devem ser realizados se o bebê estiver cansado, com fome ou sono, se foi vacinado há menos de 3 dias, se apresentar irritação na pele, febre, se estiver dormindo ou se apresentar sinais de infecção (vômito e diarreia).

Quando observado um ou mais sinais (caretas e por língua para fora da boca, alguma rigidez muscular, alojjo da alimentação, soluços, dedos abertos, abertura repentina dos braços, cor azulada nos lábios, cansaço, tosse e/ou choro) os estímulos devem ser interrompidos.

ATENÇÃO PAIS OU CUIDADOR: Não realize se você estiver ansioso, nervoso ou irritado.

8

Fonte – Elaborada pela autora

A página 9 descreve os benefícios da estimulação multissensorial e o planejamento do ambiente (LÉVY, 2007). Beziere (1994) relata que os primeiros meses de vida da criança são fundamentais para a estruturação das potencialidades. Os estímulos multissensoriais são importantes para a percepção corporal e interação com o meio externo. A participação dos pais nos momentos de estímulos ajuda a criança a conseguir melhores resultados, enriquecimento de movimento, habilidade manual e liberdade de movimento.

Figura 7 – Benefícios da estimulação multissensorial e o planejamento do ambiente

PRINCIPAIS BENEFÍCIOS

- ✓ Reforça o vínculo família-bebê;
- ✓ Alivia a tensão, reduz o hormônio de stress e o estado de ansiedade;
- ✓ Estimula o desenvolvimento psicomotor e a liberação do hormônio de crescimento;
- ✓ Aumenta a concentração;
- ✓ Reduz cólicas e prisão de ventre;
- ✓ Promove sono tranquilo;
- ✓ Estimula futuras conquistas motoras;
- ✓ Enriquece o movimento, habilidade manual e motricidade, estimulando o equilíbrio e a estabilidade.

PLANEJAMENTO DO AMBIENTE

O ambiente deve ser tranquilo e sem excesso de luminosidade. Quando possível, coloque uma música para encorajar a criança, aumentando sua atenção. Procure fazer no mesmo horário sempre que possível, estabelecendo uma rotina, e evite ser interrompida.

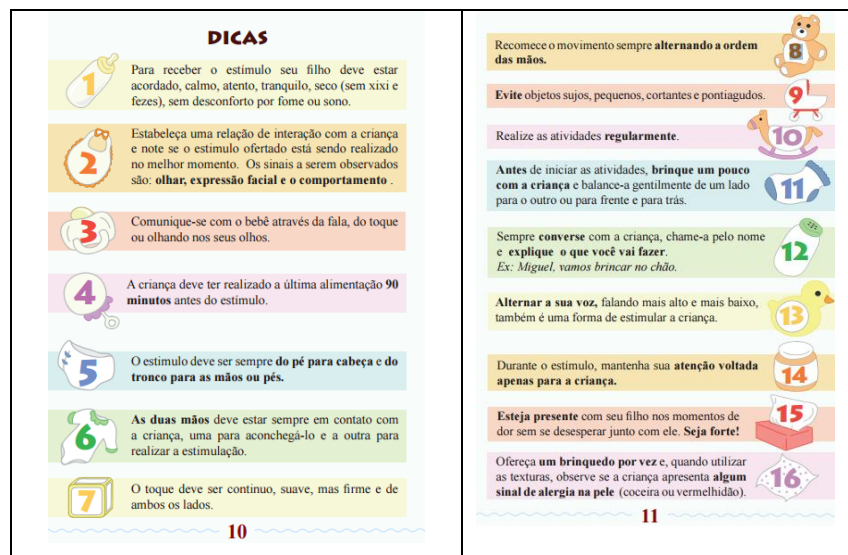
Material a ser utilizado: Óleo ou hidratante corporal, diferentes texturas: algodão, escova de dente, escova de cabelo da criança, esponja, pincel, tecido com textura diferente (macio e áspero), tapete de eva, rolo de toalha e triângulo de espuma.

9

Fonte – Elaborada pela autora

As páginas 10 e 11 oferecem dicas relacionadas aos cuidados e as realizações dos estímulos. No primeiro mês de vida a estimulação multissensorial é ofertada, através de carinho, da atenção voltada a criança, do olhar para o lactente durante a amamentação, transmitir amor de forma falada ou cantada no embalo para dormir, mostrar objetos com alto contraste, como objetos de alto contraste como, por exemplo, preto e o branco, para a criança seguir com os olhos. Essas pequenas atitudes estimulam a plasticidade neural (LISSAUER; GRAHAM, 2009).

Figura 8 - Dicas relacionadas aos cuidados e as realizações dos estímulos



Fonte – Elaborada pela autora

As páginas 12 a 16 citam orientações de como realizar a estimulação multissensorial em crianças de zero a três meses de idade corrigida. Os assuntos pontuados consistem em sugestões de brinquedos, brincadeiras, estímulos multissensoriais a serem realizados com texturas e estímulos de coordenação motora. São destacadas também as vivências posturais de braços, barriga para cima e de lado, transporte no colo, de retirada do berço e a troca de fralda (BRASIL, 2016; PRADO; VALE, 2012; GONÇALVES, 2012, MIRANDA et al., 2012).

Figura 9 - Orientações de como realizar a estimulação multissensorial em crianças de zero a três meses de idade corrigida

<p>ESTÍMULOS MULTISSENSORIAIS DE 0 A 3 MESES DE IDADE CORRIGIDA</p> <p>Enquanto o bebê estiver acordado, evite deixá-lo muito tempo na mesma posição: coloque-o de bruços e de lado. Nesta fase inicial, ele irá fortalecer os músculos do pescoço, ombros e costas.</p> <p>1. ESTÍMULOS AUDITIVOS</p> <p>Desde o nascimento, a voz da mãe acalma e o tranquiliza, assim como a batida do coração, porque está acostumado à sua musicalidade familiar. Músicas suaves agradará a criança.</p> <p>2. ESTÍMULOS VISUAIS (BRINQUEDOS E BRINCADEIRAS)</p> <p>Tocar rostos familiares e descobrir o seu próprio corpo; Sentir tecidos ou outros materiais de texturas diferentes:</p> <p>1º mês: pano macio, fralda - prefere brinquedos preto e branco; 2º mês: borracha mole; 3º mês: borracha dura, choacalho, caixa de música e móveis.</p> <p>3. ESTÍMULOS TÁTEIS (TEXTURAS)</p> <p>Deslize a textura na criança das costas das mãos até o ombro e do ombro até a palma das mãos.</p> <p>Deslize a textura na criança sobre a parte superior do pé até o quadril e do quadril até a parte de baixo de pé</p>  <p>12</p>	<p>Deslize suas mãos no braço, de fora para dentro, e no antebraço, de dentro para fora, simultaneamente. Já na palma da mão deslize seus polegares abrindo em sentido oposto.</p>  <p>Deslize as mãos na coxa, de dentro para fora, e na perna, de fora para dentro, simultaneamente. Já no pé deslize e afaste os seus polegares em sentido oposto.</p>  <p>Outra forma de movimentação é abrir e cruzar os dois braços juntos (Simulando um abraço).</p>  <p>Segure com uma mão cada perna e também faça a abertura e cruzamento.</p>  <p>Com as duas mãos na barriga faça movimentos circulares no sentido horário (topo - direita - baixo - esquerda.)</p>  <p>13</p>	<p>Deslize suas mãos no braço, de fora para dentro, e no antebraço, de dentro para fora, simultaneamente. Já na palma da mão deslize seus polegares abrindo em sentido oposto.</p>  <p>Deslize as mãos na coxa, de dentro para fora, e na perna, de fora para dentro, simultaneamente. Já no pé deslize e afaste os seus polegares em sentido oposto.</p>  <p>Outra forma de movimentação é abrir e cruzar os dois braços juntos (Simulando um abraço).</p>  <p>Segure com uma mão cada perna e também faça a abertura e cruzamento.</p>  <p>Com as duas mãos na barriga faça movimentos circulares no sentido horário (topo - direita - baixo - esquerda.)</p>  <p>13</p>
<p>4. ESTÍMULOS POSTURAIS</p> <p>• DE BRUÇOS</p> <p>Coloque o bebê de bruços sobre suas pernas, com os braços livres. Mostre um brinquedo na altura dos olhos dele, à distância de um palmo, para que ele levante a cabeça. Pode utilizar um rolo de esponja ou toalha ou um travesseiro no formato de triângulo. Caso precise, ajude-o a levantar a cabeça.</p>  <p>• BARRIGA PARA CIMA</p> <p>Coloque-o de costas sobre suas pernas e converse com ele. Pode mostrar um brinquedo.</p>  <p>A partir do 3º mês, fixe brinquedos no berço, na altura do umbigo, estimulando-o a pegar com as mãos.</p>  <p>• DE LADO</p> <p>Coloque a criança deitada de lado, com os braços na linha média. Um travesseiro ou rolo nas costas oferece apoio. Mostre um brinquedo a frente.</p>  <p>14</p>	<p>5. TRANSPORTE NO COLO</p> <p>• NO 1º AO 3º MÊS</p> <p>Coloque a criança com os dois braços acima do seu ombro, de costas. O bumbum se apoia no seu antebraço e a sua mão livre apoia as costas do bebê.</p> <p>Coloque a criança ora no braço direito, ora no esquerdo.</p> <p>• APÓS O 3º MÊS</p> <p>Pode carregá-la virada para frente formando uma cadeira com seus braços, mantendo as pernas do bebê juntas. Pode carregá-lo de bruços também.</p>  <p>6. TROCA DE FRALDAS</p> <p>A troca de fraldas deve ser iniciada virando a criança para um lado. Em seguida realize a limpeza e posicione a fralda atrás. Retorne com a criança para a posição inicial e feche a fralda.</p>  <p>7. HORA DO BANHO</p> <p>Torne a hora do banho mais relaxante. Estimule o corpo do bebê, tocando-o e passando uma esponja ou um pano atalhado em seus braços, barriga, costas, pernas, sola dos pés e palma das mãos.</p>  <p>15</p>	<p>8. COMO RETIRAR O BEBÊ DO BERÇO</p> <p>Coloque-o de lado, com as costas viradas para você. Passe seu braço entre as pernas dele, chegando até o ombro encostado no colchão. Então levante a criança, apoiando-a no seu peito.</p>  <p>Outra opção é segurar o bebê pelos punhos e levantar a cabeça e o tronco levemente e puxá-la para sentar.</p>  <p>Evite deixar o berço encostado na parede para que a criança possa olhar para os dois lados.</p>  <p>16</p>

Fonte – Elaborada pela autora

O estímulo deve ser realizado sempre no sentido do pé para a cabeça e do tronco para as mãos. As duas mãos devem estar sempre em contato com a criança, uma para aconchegá-la e outra para realizar a estimulação. O toque deve ser contínuo suave, mas firme e de ambos os lados. O movimento realizado deve ser sempre com alternância das mãos do estimulador (BENZIES, 1994).

A técnica de Benziés (1994) tem como princípio estimular a criança a partir dos movimentos de enrolamento, endireitamento, torção e tensão, estimulando assim uma adequada coordenação motora. A técnica tem como benefício a tonicidade equilibrada de seus músculos e estimula as aquisições motoras futuras. Deve ser usada em membros superiores e inferiores. Consiste no enrolamento que favorece o tensionamento para atingir a postura ereta de forma estável, isso ocorre quando todos os músculos da coordenação são ativados. O movimento de torção consiste em girar uma articulação para dentro e a outra para fora promovendo uma tensão estimulando o alinhamento da coordenação motora.

A criança no primeiro trimestre deve ser estimulada de prono para favorecer a extensão da cabeça. Sugere-se também o uso de um rolo de toalha ou esponja posicionada sob o corpo da criança para estimulá-la a despertar o interesse para que possa olhar para os pais ou para um brinquedo (PRADO; VALE, 2012). Nessa posição as habilidades do bebê ainda se limitam a virar e erguer a cabeça, devido à flexão fisiológica ainda esta presente, no entanto esses movimentos ativam o sistema vestibular, provocando estímulos de endireitamento da cabeça (BLY, 1994).

As páginas 17 a 20 compreendem de quatro a seis meses. São sugeridas atividades envolvendo estímulos multissensoriais: Estímulos auditivos, Estímulos visuais (Brinquedos e Brincadeiras), Estímulos táteis (Texturas) (LANZA; GAZZOTTI; PALAZZIN, 2012), Estímulos posturais (braços, barriga para cima, sentado, de lado, troca de fraldas, hora do banho e transporte no colo) (PRADO; VALE, 2012). Essas atividades são importantes para a ativação muscular no controle de cabeça completo e o desenvolvimento da ativação visual em relação aos meses anteriores. O controle cervical completo favorece uma maior exploração visual ao seu redor (BRASIL, 2016). A criança vira a cabeça quando ouve barulho, procura olhar os rostos, usa os reflexos de equilíbrio, orienta-se no espaço, brinca com o corpo e depois olha para a mão. Em breve chegará à coordenação entre olhar e preensão (LÉVY, 2007).

Figura 10 - Orientações de como realizar a estimulação multissensorial em crianças de quatro a seis meses de idade corrigida

<p>ESTÍMULOS MULTISSENSORIAIS DE 4 A 6 MESES DE IDADE CORRIGIDA</p> <p>A partir dessa fase, as atividades e brincadeiras devem ser realizadas no chão, tapetes de eva, caixa de papelão ou com cobertores/edredons em cima do chão.</p> <p>1. ESTÍMULOS AUDITIVOS</p> <p>Use a sua voz para chamar sua atenção da criança, você pode também falar com diferentes vozes, tons, canções e risos. Objetos de som despertam seu interesse.</p> <p>2. ESTÍMULOS VISUAIS (BRINQUEDOS E BRINCADEIRAS)</p> <p>Nesse trimestre a criança utiliza a mão para explorar o seu próprio corpo e objetos. Preferem brinquedos que façam barulhos e se movam.</p> <p>3. ESTÍMULOS TÁTEIS (TEXTURAS)</p> <p>Coloque o bebê em uma bacia com brinquedos de texturas ou, caso a criança não tenha alergia, sementes (arroz, feijão ou milho), areia, isopor, papel celofane ou crepom, argila, bola de gude, amoeba, gelo, gel (cabelo), espuma de barbear, hidratante, massageador, tinta e jornal amassado.</p> <p>CUIDADO PARA A CRIANÇA NÃO COLOCAR OS OBJETOS NA BOCA!</p> <p>17</p>	<p>4. ESTÍMULOS POSTURAIS</p> <p>* DE BRUÇOS</p> <p>Deite a criança no tapete de eva com um brinquedo à sua frente. Mostre o brinquedo ao lado e acima da cabeça da criança para que ela tente alcançá-lo.</p> <p>Chame atenção com sons, para a criança virar a cabeça de um lado para o outro. Se possível, realize com a criança em frente ao espelho.</p> <p>* BARRIGA PARA CIMA</p> <p>Deite-o, com um mobile na altura do umbigo, para que possa brincar com as mãos e os pés, tocando-o.</p> <p>* SENTADO</p> <p>Segure no colo a criança virada para frente formando uma cadeira com seus braços e mantendo suas pernas juntas. Nessa posição, balance-o: de um lado para o outro para frente e para trás para cima e para baixo</p> <p>18</p>	<p>Sentar a criança de costas para você, apoiando as mãos à frente no chão ou tapete, as pernas devem estar afastadas e os joelhos um pouco dobrados, com um brinquedo à frente. Você pode dar apoio a criança segurando na cintura dela.</p> <p>Coloque a criança sentada de frente para você. Passe as suas pernas um pouco abertas e esticadas por cima das pernas da criança, que devem estar esticadas. Outra opção é você passar somente uma perna sua sobre as pernas da criança.</p> <p>Coloque a criança na postura sentada com um brinquedo acima da sua cabeça, para que possa brincar alternando as mãos.</p> <p>* DE LADO</p> <p>Coloque a criança de lado sobre o tapete de eva com um brinquedo na altura dos seus olhos.</p> <p>19</p>	<p>* DE LADO</p> <p>Coloque a criança de barriga para cima, mostrando um brinquedo à sua frente, no centro do seu corpo. Direcione o brinquedo do centro para a diagonal. Você pode ajudar a criança virando a perna dela por cima da outra, facilitando o rolar. Realize esse movimento para os dois lados.</p> <p>5. TROCA DE FRALDAS</p> <p>Evite trocar a criança nessa idade em trocadores altos, prefira fazer a higiene da mesma na cama ou em um local que não ofereça risco de queda para a criança.</p> <p>6. HORA DO BANHO</p> <p>Brinque batendo na água, chamando atenção para brinquedos dentro da banheira.</p> <p>7. TRANSPORTE NO COLO</p> <p>Coloque a criança sentada no seu antebraço com uma perna reta e sua mão segurando embaixo do joelho dobrado. A sua outra mão deve segurar a mão da criança que está próxima ao seu ombro, girando o tronco da criança.</p> <p>20</p>
---	--	---	---

Fonte – Elaborada pela autora

Nessa fase Lévy (2007) e Prado e Vale (2012) sugerem que as atividades e brincadeiras devem ser realizadas no chão. Pode-se utilizar tapete de eva, caixa de papelão ou cobertores para posicionar a criança em cima, evitando que ela se machuque. Quanto aos brinquedos que despertam mais interesse destacam-se o próprio corpo da criança (mãos) e brinquedos que façam barulhos e se movam.

Em relação aos estímulos posturais Prado e Vale (2012) sugerem que os pais devem procurar formas para realizar a troca de vestuários que promova novas experiências e rotações de tronco. Na postura de prono devem ser oferecidos brinquedos na lateral da criança ora de um lado, ora do outro. Essa posição estimula e facilita a transferência de seu peso, assim como o alcance do brinquedo.

As páginas 21 a 25 abordam a idade de sete a nove meses, pontuando atividades que envolvem estímulos multissensoriais: auditivos, visuais (Brinquedos e Brincadeiras), táteis (Texturas) (LANZA; GAZZOTTI; PALAZZIN, 2012), posturais (bruços, barriga para cima, sentado, de lado, troca de fraldas, hora do banho e transporte no colo) (PRADO, VALE, 2012). Segundo Lévy (2007) é nessa idade que a criança tem o desejo de alcançar e agarrar tudo, e de fazer tudo sozinha.

Figura 11 - Orientações de como realizar a estimulação multissensorial em crianças de sete a nove meses de idade corrigida



Fonte – Elaborada pela autora

Long e Cintas, (2001) abordam que a postura supina oferecer como estímulo a consciência corporal através do brincar com as mãos e os pés, da utilização da boca e das mãos para explorar os brinquedos. Tenta rolar de supino para lateral com a condução dos membros superiores ou inferiores. Nessa idade a criança é capaz de realizar as atividades motoras amplas, como rolar, sentar, engatinhar e levantar. Também possui a capacidade motora fina, que envolve a manipulação de variados tipos de objetos. No entanto, para isso acontecer a criança deve ser estimulada com recursos sensoriais.

A postura de supino deve ser usada para incentivar o rolar através da fixação visual em um objeto ou no rosto do estimulador que deverá se movimentar para a diagonal e lateral acima dos olhos da criança. A criança se direciona em busca de alcançar o objeto, rolando o corpo. Essa atividade também promove estímulos vestibulares e labirínticos, auxiliando nas aquisições das reações labirínticas e retificação (BRASIL, 2016).

Como atividade a ser realizada na postura sentada a fim de estimular o equilíbrio, como descrito na página 21 da cartilha, o brinquedo deve ser colocado na lateral da criança sentada. Dessa forma a mesma deverá rotacionar o tronco e alcançar o brinquedo com a mão contralateral ao brinquedo. Nesta mesma página é incentivada a posição de engatinhar, pois esta oferece uma descarga de peso por igual nos braços e pernas. Para facilitar o posicionamento pode-se usar uma toalha para suspender a criança levemente na altura do tronco (PRADO; VALE, 2012).

As atividades de dez a 12 meses encontram-se propostas nas páginas 26 a 30 descrevendo atividades com os seguintes estímulos multissensoriais: auditivos, visuais (brinquedos e brincadeiras), táteis (texturas: andar sobre areia, grama e/ou pisos irregulares) (LANZA; GAZZOTTI; PALAZZIN, 2012), posturais (sentado, de lado, troca de fraldas, hora do banho e transporte no colo). Nessa faixa etária a criança permanece muito pouco tempo nessa posição, logo senta, engatinha e/ou fica de pé (PRADO; VALE, 2012).

Figura 12 - Orientações de como realizar a estimulação multissensorial em crianças de dez a doze meses de idade corrigida



Fonte – Elaborada pela autora

Na página 27 estimula-se a criança realizar a mudança de postura de sentado para semi-ajoelhado e posteriormente para de pé, usando um brinquedo como motivação para realizar o movimento.

BRASIL (2016) sugere que nessa idade seja realizada a estimulação da postura de agachar, de ajoelhada com apoio, do semi-ajoelhado e da transferência para o ortostatismo a partir do semi-ajoelhado, transferência do sentado para de pé, estimulação do ortostatismo e do andar. Dessa forma a criança se tornará capaz de explorar o ambiente.

Prado e Vale (2012) completa a ideia citada anteriormente. Nessa fase a criança também desenvolve equilíbrio e controle em torno do quadril através da realização das mudanças de posturas. A criança realiza mudanças posturais para desempenhar atividades como ficar de pé segurando em móveis, mexer nas painéis da

cozinha, engatinhar embaixo das cadeiras na intenção de alcançar um objeto, podendo também ser estimulada a levantar-se alinhando os joelhos para atingir a postura de pé.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final da elaboração desta pesquisa que teve como objeto a construção de uma cartilha educativa para pais e cuidadores de crianças nascidas prematuras, observou-se a escassez de estudos atuais na literatura e de material de orientação aos pais, o que levou à utilização de referências antigas, contudo consideradas adequadas sobre o tema em questão.

Como limitação desse estudo tem-se a não validação do material. Sugere-se a continuidade dessa pesquisa com a realização do processo de validação página a página, a ser realizada por juízes de conteúdo, técnicos e *design* e com o público alvo.

Recomenda-se também o desenvolvimento de outras tecnologias (vídeos, panfletos e álbum seriado) que visem à divulgação de informações para a estimulação domiciliar de crianças prematuras. Acreditando-se que nenhum conhecimento é finito e inflexível, propõem-se a realização de revisões anuais do conteúdo do material educativo com base nas inovações científicas e nas novas demandas de conhecimento apresentada pelos pais.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L. B. **Fisioterapia respiratória em neonatologia e pediatria**. Rio de Janeiro: MedBook, 2011.

BENZIES, K. M. et al. Effects of video-modeling on the interaction skills of first-time fathers of late preterm infants. **Infants & Young Children.**, v. 26, n. 4, p. 333-348, out./dez. 2013.

BLY, L. **Motor skills acquisition in the first year**. San Antonio: Therapy Skill Builders, 1994.

BRASIL. **LEI Nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm>. Acesso em: 15 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html> Acesso em: 17 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Política Nacional de Assistência Social PNAS/2004**. Brasil: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção á saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção e humanizada ao recém-nascido de baixo-peso: Método Canguru: manual técnico**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 204 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de 0 a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BURNS, Y. Desenvolvimento da motricidade desde o nascimento até os 2 anos de idade. In: BURNS, Y. MACDONALD, J. **Fisioterapia e crescimento na infância**. São Paulo: Santa livraria, 1999.

CADERNO DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE. **Região de saúde Fortaleza**, 2016. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/83-cadernos-de-informacao-em-saude?download=1377%3A01-fortaleza>>. Acesso em: 14 ago. 2016.

DOACK, C. C.; DOACK, L. G.; ROOT, J. H. **Theaching patients whith low literacy skills**. 2. ed. Philadelphia: J. B. Lippincott, 1996.

DODT, R. C. M. **Elaboração e validação de tecnologia educativa para autoeficácia da amamentação**. 2011.166 f. Tese. (Doutorado em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 113-150.

FELDMAN, R.; ROSENTHAL, Z.; EIDELMAN, A. I. Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. **Biol Psychiatry**, v. 75, n. 1, p. 56-64, jan. 2014.

FELICE, T. D. et al. Desenvolvimento apendicular de lactentes pré-termos com 9 meses de idade cronológica Motor. **Med. rehabil.**, v. 29, n. 1, p. 19-22, jan./abr. 2010.

FONSECA, L. M. M. **Cuidados com o bebê prematuro**: cartilha educativa para orientação materna. 2002. 151 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

FRÉDÉRICK, L. **Shantala uma arte tradicional massagem para bebês**. Rio de Janeiro: Groud. 1995.

FREITAS, F. V.; REZENDE FILHO, L. A. Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. **Interface Comun Saúde Educ.**, v. 15, n. 36, p. 243-255, 2011.

GIANNI, M. L. et al. The effects of an early developmental mother–child intervention program on neurodevelopment outcome in very low birth weight infants: A pilot study. **Early Human Development**, v. 82, n. 10, p. 691-695, 2006.

GONÇALVES, M. C. P. **Prematuridade**: desenvolvimento neurológico e motor: avaliação e tratamento. Rio de Janeiro: Revier, 2012.

HOFFMANN, T.; WARRALL, L. Designing effective Written health education materials: considerations for health Professionals. **Disabil Rehabil.**, v. 26, n. 9, p. 1166-1172, 2004.

KOLDEWIJN, K. The infant behavioral assessment and intervention program to support preterm infants after hospital discharge: a pilot study. **Dev Med Child Neurol.**, v. 47, n. 2, p. 105-112, fev. 2005.

LANZA, F. C.; GAZZOTTI, M. R.; PALAZZIN, A. **Fisioterapia em pediatria e neonatologia**: da UTI ao Ambulatório. São Paulo: Roca, 2012.

LÉVY, J. **O despertar do bebê**: práticas de educação psicomotora. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

LIMA, M.; FIGURAIRA, F. Abordagem da fisioterapia ao recém-nascido de alto risco. In: ANDRADE, L. B. (Org.). **Fisioterapia respiratória em neonatologia e pediatria**. Rio de Janeiro: Medbook, 2011.

LISSAUER, T.; GRAHAM, C. **Manual ilustrado de pediatria**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

LONG, T. M.; CINTAS, H. L. **Manual de fisioterapia pediátrica**. Rio de Janeiro: Revinter, 2001. 327 p.

LORENA; S. H. T.; BRITO, J. M. S. Estudo retrospectivo de crianças pré-termo no Ambulatório de Especialidades Jardim Peri-Peri. **Arq. Bras. Oftalmol.**, v. 72, n. 3, São Paulo, maio/jun. 2009.

MAINE, H. A **Guide to creating and evaluating patient materials**. Guidelines for effective print communication. Disponível em: <http://www.mainehealth.org/workfiles/MH_LRC/MH_Print%20Guidelines_Intranet.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2016.

MARTIN, A. et al. Long-term maternal effects of early childhood intervention: Findings from the Infant Health and Development Program (IHDP). **Journal of Applied Developmental Psychology**, v. 29, n. 2, p. 101–117, mar./abr. 2008.

MENDES, K. D. S. et al. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008.

MILGROM, J. et al. Early sensitivity training for parents of preterm infants: impact on the developing brain. **Pediatr Res.**, v. 67, n. 3, p. 330-305, mar. 2010.

MIRANDA, L. Intervenção precoce: novos tempos. In: MIRANDA, L.; AMARAL, J.; BRASIL, R. (Orgs). **Desenvolvimento da criança em risco neuropsicomotor: prevenção, avaliação, intervenção e educação**. Fortaleza: Expressão Gráfica; NUTEP, 2012.

MOREIRA, M. F.; NÓBREGA, M. M. L. SILVA, M. I. T. Comunicação escrita: contribuição para a elaboração de material educativo em Saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 56, n. 2, p. 184-188, 2003.

MOTA, L. A.; SÁ, F. E.; FROTA, M. A. Estudo comparativo do desenvolvimento sensório-motor de recém-nascidos prematuros da unidade de terapia intensiva neonatal e do método canguru. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 18, n. 4, p. 191-198, out./dez. 2005.

PRADO, C.; VALE, L. A. **Fisioterapia neonatal e pediátrica**. Barueri: Manole, 2012.

PRETTI, L. C. et al. Caracterização dos fatores ambientais e o controle cervical de lactentes nascidos pré-termo. **Fisioter. mov.**, Curitiba, v. 23, n. 2, p. 239-250, jun. 2010.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A.; GOMES, A. L. Process of construction of an educational booklet for health promotion of pregnant women. **Rev Latino Am Enfermagem.**, v. 20, n. 1, p. 101-810, 2012.

RIBEIRO, J.; BELTRAME, T. S. Características neuromotoras e biopsicossociais de lactentes com histórico de risco biológico. **Fisioterapia movimento**, Curitiba, v. 23, n. 1, p. 25-34, jan./mar. 2010.

RODRIGUÊS, I. P. **Construção e validação de material educativo para identificação de sinais de alerta à saúde em crianças menores de dois meses**. 2014. 126 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Criança e do Adolescente) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2014.

SANTOS, M. H.; AZEVEDO FILHO, F. M. Benefícios do método mãe canguru em recém-nascidos pré-termo ou baixo peso: uma revisão da literatura. **Ciencias da Saude**, v. 14, n. 1, p. 67-76, jan./jun. 2016.

SMITH, B. J.; TANG, K. C.; NUTBEAM, D. WHO health promotion glossary: new terms. **Health Promot Int.**, v. 21, n. 4, p. 340-305, 2006.

STEINHARDT, A. et al. Influences of a dedicated parental training program on parent-child interaction in preterm infants. **Early human development**, v. 91, n. 3, p. 205-210, 2015.

TECKLIN, J. S. **Fisioterapia pediátrica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 13-34.

URSI, E. S. **Prevenção de lesão de pele no perioperatório**: revisão integrativa da literatura. 2005. 130 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

WESTRUP, B. et al. **Apoio para o desenvolvimento centrado na família, em unidades de cuidados neonatais intensivos**. Suécia, 2004. Disponível em: <<http://www.encyclopedia-crianca.com/sites/default/files/textes-experts/pt-pt/2568/apoio-para-o-desenvolvimento-centrado-na-familia-em-unidades-de-cuidados-neonatais-intensivos.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2016.

WHITE-TRAUT, R. et al. Frequency of premature infant engagement and disengagement behaviors during two maternally administered interventions. **Newborn and Infant Nursing Reviews**, v. 12, n. 3, p. 124-131, 2012.

WHITE-TRAUT, R. Mother–infant interaction improves with a developmental intervention for mother–preterm infant dyads. **Infant Behavior and Development.**, v. 36, n. 4, p. 694-706, dez. 2013.

APÊNDICE

Curso de Mestrado Profissional em Saúde
da Criança e do Adolescente

O QUE POSSO FAZER
PARA AJUDAR MEU FILHO
PREMATURO A SE
DESENVOLVER?



Lisiany Belchior



Lisiany Belchior

**O QUE POSSO FAZER
PARA AJUDAR MEU
FILHO PREMATURO A SE
DESENVOLVER?**

Estímulos multissensoriais para prematuros de
0 a 12 meses após alta hospitalar: orientação à
família e cuidadores

Fortaleza/2017

Elaboração:

Lisiany Fátima Belchior Martins de Oliveira

*Fisioterapeuta. Especialista em Fisioterapia em Neonatologia e
Pediatría pela Faculdade Expansão.*

Especialista em Psicomotricidade Clínica pela UFC.

Especialista em Saúde Pública pela UECE

Formação no Conceito Neuroevolutivo BOBATH

Prof.^a Dr.^a Ana Valeska Siebra e Silva

Orientadora. Enfermeira. Doutora em saúde Pública pela USP.

Professora adjunta da UECE

Ilustração e Diagramação:

Joanna de Freitas Rocha.

Ficha catalográfica

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO_____	6
ESTIMULAÇÃO MULTISSENSORIAL__	8
DICAS_____	10
ESTÍMULOS MULTISSENSORIAIS DE 0 A 3 MESES DE IDADE CORRIGIDA__	12
ESTÍMULOS MULTISSENSORIAIS DE 4 A 6 MESES DE IDADE CORRIGIDA____	17
ESTÍMULOS MULTISSENSORIAIS DE 7 A 9 MESES DE IDADE CORRIGIDA____	21
ESTÍMULOS MULTISSENSORIAIS DE 10 A 12 MESES DE IDADE CORRIGIDA____	26
REFERÊNCIAS_____	31

O desejo para a elaboração da cartilha surgiu a partir de experiências vivenciadas pela autora durante o período em que trabalhou em um abrigo para crianças , quando pôde observar a dificuldade de suas colegas de trabalho em realizar o estímulo adequado para cada criança.

A ideia é que os pais, familiares e/ou cuidadores tenham em mãos uma cartilha completa de estimulação para o primeiro ano de vida, podendo oferecer assim condições para que o prematuro desenvolva suas capacidades funcionais desde o nascimento.

Bons estímulos e mãos à obra!!



ESTIMULAÇÃO MULTISSENSORIAL

A estimulação multissensorial oferece experiências onde o bebê vai sentir, ver, ouvir e cheirar. A vivência precoce dessas experiências estimulará o desenvolvimento cerebral possibilitando o envio de sinais ao cérebro resultando no aprendizado. As sugestões a seguir devem ser colocadas em prática para o melhor aproveitamento desse momento lúdico.

INDICAÇÃO:

Crianças nascidas com idade gestacional abaixo de 37 semanas e 1 dia que apresentam riscos no desenvolvimento sensório-motor, afim de prevenir, intervir e tratar possíveis atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor decorrentes da prematuridade.

CONTRAINDICAÇÃO:

Os estímulos a seguir não devem ser realizados se o bebê estiver cansado, com fome ou sono, se foi vacinado há menos de 3 dias, se apresentar irritação na pele, febre, se estiver dormindo ou se apresentar sinais de infecção (vômito e diarreia).

Quando observado um ou mais sinais (caretas e por língua para fora da boca, alguma rigidez muscular, alojjo da alimentação, soluços, dedos abertos, abertura repentina dos braços, cor azulada nos lábios, cansaço, tosse e/ou choro) os estímulos devem ser interrompidos.

ATENÇÃO PAIS OU CUIDADOR: Não realize se você estiver ansioso, nervoso ou irritado.

PRINCIPAIS BENEFÍCIOS

- ✓ Reforça o vínculo família–bebê;
- ✓ Alivia a tensão, reduz o hormônio de stress e o estado de ansiedade;
- ✓ Estimula o desenvolvimento psicomotor e a liberação do hormônio de crescimento;
- ✓ Aumenta a concentração;
- ✓ Reduz cólicas e prisão de ventre;
- ✓ Promove sono tranquilo;
- ✓ Estimula futuras conquistas motoras;
- ✓ Enriquece o movimento, habilidade manual e motricidade, estimulando o equilíbrio e a estabilidade.

PLANEJAMENTO DO AMBIENTE

O ambiente deve ser tranquilo e sem excesso de luminosidade. Quando possível, coloque uma música para encorajar a criança, aumentando sua atenção. Procure fazer no mesmo horário sempre que possível, estabelecendo uma rotina, e evite ser interrompida.

Material a ser utilizado: Óleo ou hidratante corporal, diferentes texturas: algodão, escova de dente, escova de cabelo da criança, esponja, pincel, tecido com textura diferente (macio e áspero), tapete de eva, rolo de toalha e triângulo de espuma.

DICAS



Para receber o estímulo seu filho deve estar acordado, calmo, atento, tranquilo, seco (sem xixi e fezes), sem desconforto por fome ou sono.



Estabeleça uma relação de interação com a criança e note se o estímulo ofertado está sendo realizado no melhor momento. Os sinais a serem observados são: olhar, expressão facial e o comportamento .



Comunique-se com o bebê através da fala, do toque ou olhando nos seus olhos.



A criança deve ter realizado a última alimentação 90 minutos antes do estímulo.



O estímulo deve ser sempre do pé para cabeça e do tronco para as mãos ou pés.



As duas mãos deve estar sempre em contato com a criança, uma para aconchegá-lo e a outra para realizar a estimulação.



O toque deve ser contínuo, suave, mas firme e de ambos os lados.

Recomece o movimento sempre alternando a ordem das mãos.



Evite objetos sujos, pequenos, cortantes e pontiagudos.



Realize as atividades regularmente.



Antes de iniciar as atividades, brinque um pouco com a criança e balance-a gentilmente de um lado para o outro ou para frente e para trás.



Sempre converse com a criança, chame-a pelo nome e explique o que você vai fazer.
Ex: Miguel, vamos brincar no chão.



Alternar a sua voz, falando mais alto e mais baixo, também é uma forma de estimular a criança.



Durante o estímulo, mantenha sua atenção voltada apenas para a criança.



Esteja presente com seu filho nos momentos de dor sem se desesperar junto com ele. Seja forte!



Ofereça um brinquedo por vez e, quando utilizar as texturas, observe se a criança apresenta algum sinal de alergia na pele (coceira ou vermelhidão).



ESTÍMULOS MULTISSENSÓRIAS DE 0 A 3 MESES DE IDADE CORRIGIDA

Enquanto o bebê estiver acordado, evite deixá-lo muito tempo na mesma posição: coloque-o de bruços e de lado. Nesta fase inicial, ele irá fortalecer os músculos do pescoço, ombros e costas.

1. ESTÍMULOS AUDITIVOS

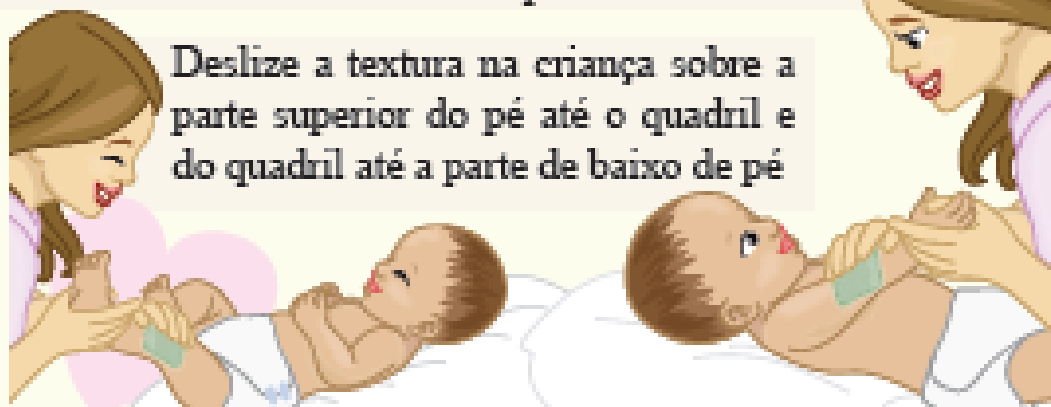
Desde o nascimento, a voz da mãe o acalma e o tranquiliza, assim como a batida do coração, porque está acostumado à sua musicalidade familiar. Músicas suaves agrada a criança.

2. ESTÍMULOS VISUAIS (BRINQUEDOS E BRINCADEIRAS)

Tocar rostos familiares e descobrir o seu próprio corpo;
Sentir tecidos ou outros materiais de texturas diferentes:
1º mês: pano macio, fralda - prefere brinquedos preto e branco;
2º mês: borracha mole;
3º mês: borracha dura, chocalho, caixa de música e móveis.

3. ESTÍMULOS TÁTEIS (TEXTURAS)

Deslize a textura na criança das costas da mãos até o ombro e do ombro até a palma da mãos.



Deslize a textura na criança sobre a parte superior do pé até o quadril e do quadril até a parte de baixo de pé

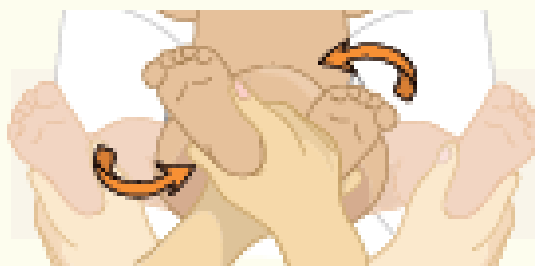
Deslize suas mãos no braço, de fora para dentro, e no antebraço, de dentro para fora, simultaneamente. Já na palma da mão deslize seus polegares abrindo em sentido oposto.



Deslize as mãos na coxa, de dentro para fora, e na perna, de fora para dentro, simultaneamente. Já no pé deslize e afaste os seus polegares em sentido oposto.

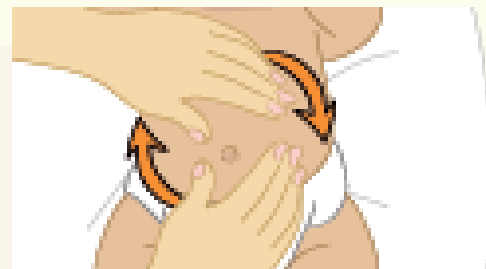


Outra forma de movimentação é abrir e cruzar os dois braços juntos (Simulando um abraço).



Segure com uma mão cada perna e também faça a abertura e cruzamento.

Com as duas mãos na barriga faça movimentos circulares no sentido horário (topo - direita - baixo - esquerda.)



4. ESTÍMULOS POSTURAIS

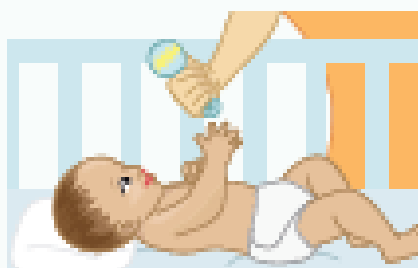
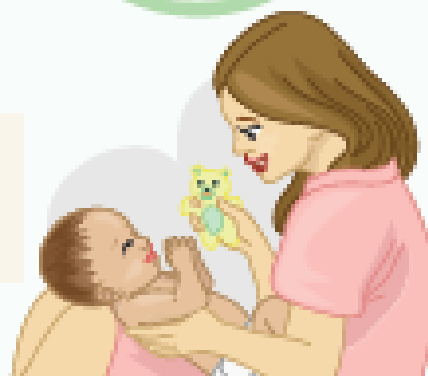
• DE BRUÇOS

Coloque o bebê de bruços sobre suas pernas, com os braços livres. Mostre um brinquedo na altura dos olhos dele, à distância de um palmo, para que ele levante a cabeça. Pode utilizar um rolo de esponja ou toalha ou um travesseiro no formato de triângulo. Caso precise, ajude-o a levantar a cabeça.



• BARRIGA PARA CIMA

Coloque-o de costas sobre suas pernas e converse com ele. Pode mostrar um brinquedo.



A partir do 3º mês, fixe brinquedos no berço, na altura do umbigo, estimulando-o a pegar com as mãos.

• DE LADO

Coloque a criança deitada de lado, com os braços na linha média. Um travesseiro ou rolo nas costas oferece apoio. Mostre um brinquedo a frente.



5. TRANSPORTE NO COLO

+ NO 1º AO 3º MÊS

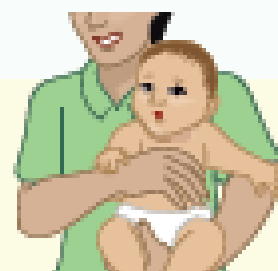
Coloque a criança com os dois braços acima do seu ombro, de costas. O bumbum se apoia no seu antebraço e a sua mão livre apoia as costas do bebê.



Coloque a criança ora no braço direito, ora no esquerdo.

+ APÓS O 3º MÊS

Pode carregá-la virada para frente formando uma cadeira com seus braços, mantendo as pernas do bebê juntas. Pode carregá-lo de bruços também.



6. TROCA DE FRALDAS

A troca de fraldas deve ser iniciada virando a criança para um lado. Em seguida realize a limpeza e posicione a fralda atrás. Retorne com a criança para a posição inicial e feche a fralda.



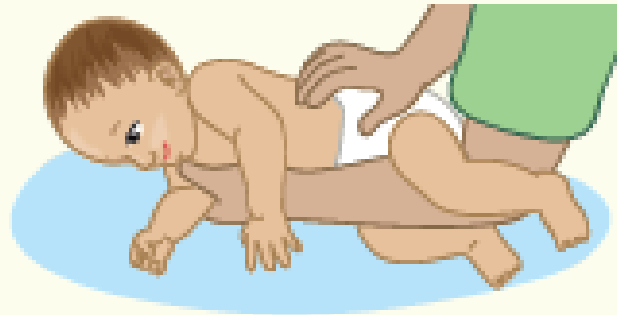
7. HORA DO BANHO

Tome a hora do banho mais relaxante. Estimule o corpo do bebê, tocando-o e passando uma esponja ou um pano atalhado em seus braços, barriga, costas, pernas, sola dos pés e palma da mãos.



8. COMO RETIRAR O BEBÊ DO BERÇO

Coloque-o de lado, com as costas viradas para você. Passe seu braço entre as pernas dele, chegando até o ombro encostado no colchão. Então levante a criança, apoiando-a no seu peito.



Outra opção é segurar o bebê pelos punhos e levantar a cabeça e o tronco levemente e puxá-la para sentar.



Evite deixar o berço encostado na parede para que a criança possa olhar para os dois lados.

ESTÍMULOS MULTISSENSORIAIS DE 4 A 6 MESES DE IDADE CORRIGIDA

A partir dessa fase, as atividades e brincadeiras devem ser realizadas no chão, tapetes de eva, caixa de papelão ou com cobertores/edredons em cima do chão.

1. ESTÍMULOS AUDITIVOS

Use a sua voz para chamar sua atenção da criança, você pode também falar com diferentes vozes, tons, canções e risos. Objetos de som despertam seu interesse.



2. ESTÍMULOS VISUAIS (BRINQUEDOS E BRINCADEIRAS)

Nesse trimestre a criança utiliza a mão para explorar o seu próprio corpo e objetos. Preferem brinquedos que façam barulhos e se movam.

3. ESTÍMULOS TÁTEIS (TEXTURAS)

Coloque o bebê em uma bacia com brinquedos de texturas ou, caso a criança não tenha alergia, sementes (arroz, feijão ou milho), areia, isopor, papel celofane ou crepom, argila, bola de gude, amoeba, gelo, gel (cabelo), espuma de barbear, hidratante, massagador, tinta e jornal amassado.



CUIDADO PARA A CRIANÇA NÃO COLOCAR OS OBJETOS NA BOCA!

4. ESTÍMULOS POSTURAIS

• DE BRUÇOS

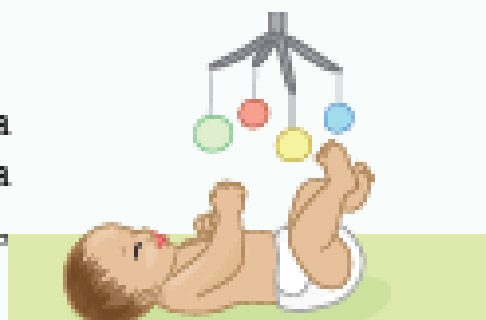
Deite a criança no tapete de eva com um brinquedo à sua frente. Mostre o brinquedo ao lado e acima da cabeça da criança para que ela tente alcançar.

Chame atenção com sons, para a criança virar a cabeça de um lado para o outro. Se possível, realizar com a criança em frente ao espelho.



• BARRIGA PARA CIMA

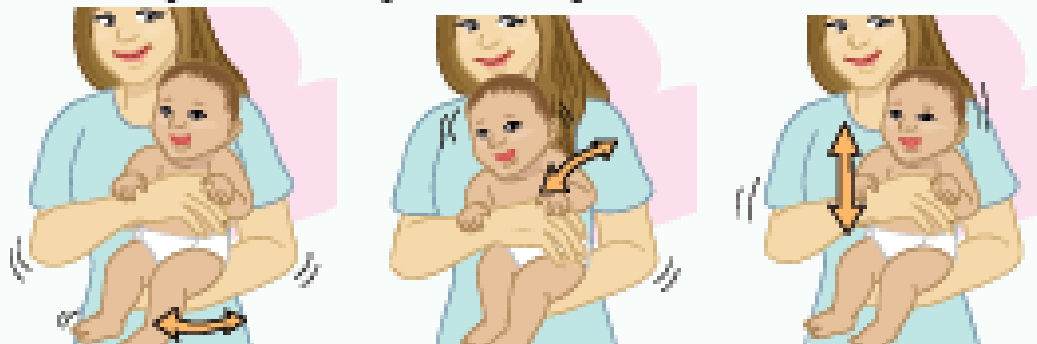
Deite-o, com um mobile na altura do umbigo, para que possa brincar com as mãos e os pés, tocando-o.

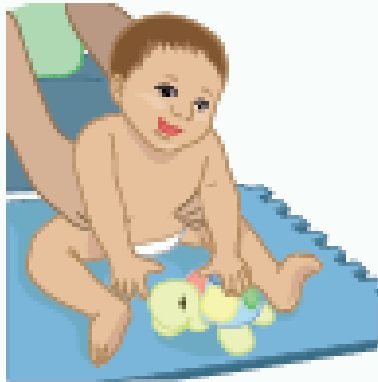


• SENTADO

Segure no colo a criança virada para frente formando uma cadeira com seus braços e mantendo suas pernas juntas. Nessa posição, balance-o:

de um lado para o outro para frente e para trás para cima e para baixo





Sentar a criança de costas para você, apoiando as mãos à frente no chão ou tapete, as pernas devem estar afastadas e os joelhos um pouco dobrados, com um brinquedo à frente. Você pode dar apoio à criança segurando na cintura dela.

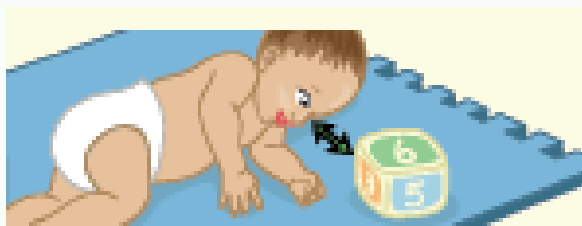
Coloque a criança sentada de frente para você. Passe as suas pernas um pouco abertas e esticadas por cima das pernas da criança, que devem estar esticadas. Outra opção é você passar somente uma perna sua sobre as pernas da criança.



Coloque a criança na postura sentada com um brinquedo acima da sua cabeça, para que possa brincar alternando as mãos.



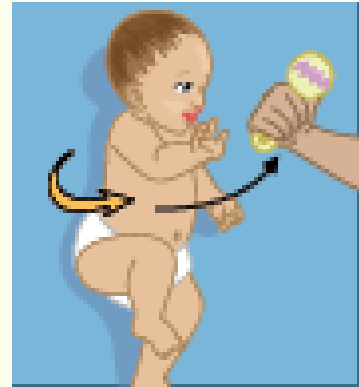
• DE LADO



Coloque a criança de lado sobre o tapete de EVA com um brinquedo na altura dos seus olhos.

• DE LADO

Coloque a criança de barriga para cima, mostrando um brinquedo à sua frente, no centro do seu corpo. Direcione o brinquedo do centro para a diagonal. Você pode ajudar a criança virando a perna dela por cima da outra, facilitando o rolar. Realize esse movimento para os dois lados.



5. TROCA DE FRALDAS

Evite trocar a criança nessa idade em trocadores altos, prefira fazer a higiene da mesma na cama ou em um local que não ofereça risco de queda para a criança.

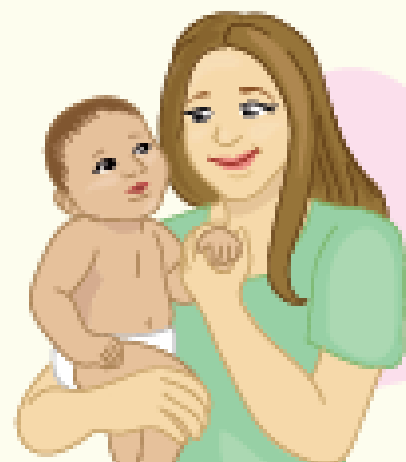


6. HORA DO BANHO

Brinque batendo na água, chamando atenção para brinquedos dentro da banheira.

7. TRANSPORTE NO COLO

Coloque a criança sentada no seu antebraço com uma perna reta e sua mão segurando embaixo do joelho dobrado. A sua outra mão deve segurar a mão da criança que está próxima ao seu ombro, girando o tronco da criança.



ESTÍMULOS MULTISSENSORIAIS DE 7 A 9 MESES DE IDADE CORRIGIDA

Coloque a criança por mais tempo no chão (sem tapete de EVA) para estimular o engatinhar.

1. ESTÍMULOS AUDITIVOS

Uma forma de diversão para a família é a música, coloque diferentes tipos de músicas, desde clássica até rock, e observe as reações da criança. Você pode fazer mímica com seu rosto e o seu corpo para a criança enquanto a música toca.

2. ESTÍMULOS VISUAIS (BRINQUEDOS E BRINCADEIRAS)

* Coloque-o de frente para o espelho para que possa brincar com a sua imagem;

* Nessa idade costuma:

- Jogar objetos no chão e observar o que acontece;
- Amassar papel e empurrar objetos;
- Gostar de novidades e detalhes visuais;
- Segurar várias formas de objetos;

* Brinquedos: do tipo de abrir e fechar; bater e abaixar; empurrar e cair;

3. ESTÍMULOS TÁTEIS (TEXTURAS)

Você pode brincar com a criança de pintar (com tintas antialérgicas) paredes, folhas, caixas de papelão e até mesmo seu próprio corpo. Você pode também solicitar que no banho a criança passe uma esponja em seu próprio corpo.



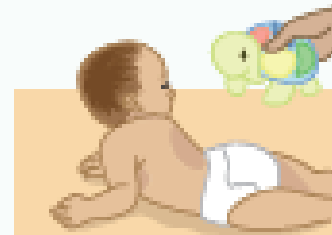
4. ESTÍMULOS POSTURAIS

• DE BRUÇOS

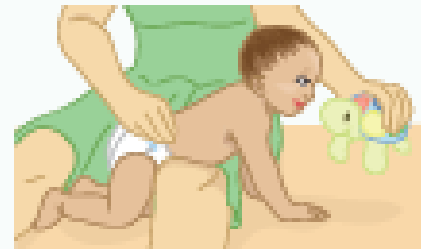
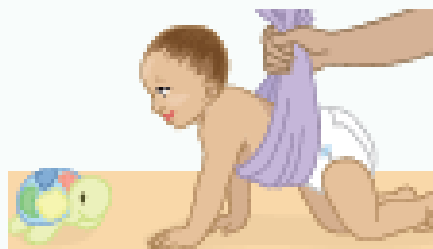


Coloque o brinquedo acima da cabeça da criança, que irá esticar o cotovelo e elevar o tronco para pegá-lo.

Com o brinquedo na lateral, chame a atenção da criança para que ela rode o tronco.

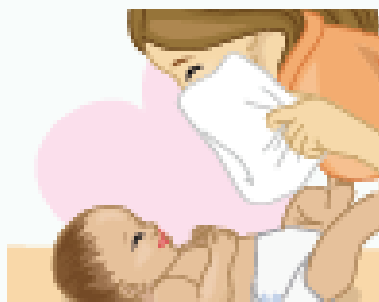


Coloque a criança na posição de engatinhar sobre uma das suas pernas ou suspenda seu tronco com uma toalha.



• BARRIGA PARA CIMA

Coloque um pano cobrindo o seu rosto e brinque de esconde-esconde chamando a atenção da criança.



Coloque uma meia colorida ou uma pulseira no pé da criança para que brinque.



• DE LADO

Quando colocada nessa posição a criança não vai ficar por muito tempo e já rola para a posição de bruços ou senta.

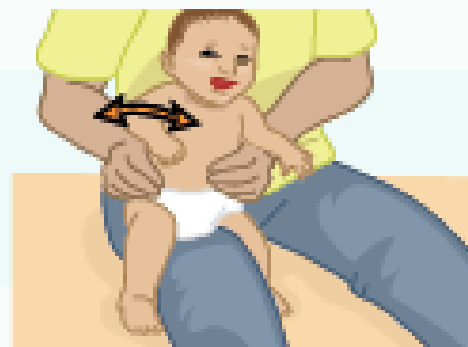
• SENTADO

Coloque a criança sentada e mostre o brinquedo atrás dela para que gire o tronco e pegue o brinquedo.



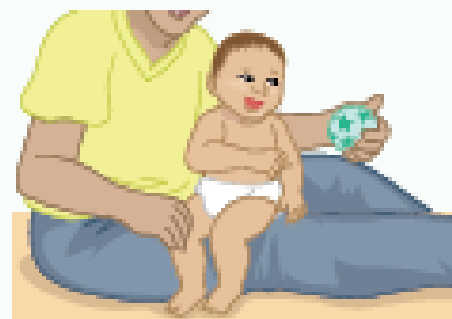
Coloque a sua mão no quadril da criança sentada de costas para você na sua perna (posição de cavalinho), os pés da criança devem estar apoiados no chão. Realize movimentos de balanço transferindo o peso da criança ora para o pé direito ora para o esquerdo.

Você pode também realizar movimentos de balanço para cima e para baixo.



Nesta mesma posição você deve colocar um brinquedo a frente da criança para que a mesma se incline e pegue o brinquedo retomando a posição inicial.

Com a criança sentada em um banco ou na sua perna, os pés apoiados para frente, mostre o brinquedo na lateral para que ela possa pegar.

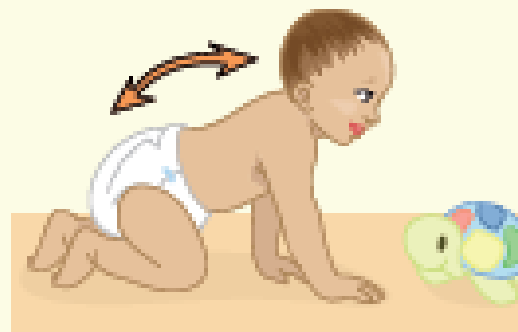


+ SENTADO PARA BRUÇOS

Sente a criança com uma perna dobrada ao lado do bumbum e a outra dobrada mais à frente do corpo, as suas mãos apoiadas no chão.



Mostre um brinquedo para que ela consiga ficar de quatro e se movimente para frente e para trás.



5. TROCA DE FRALDAS

Descrito anteriormente em 0 a 3 meses.

6. HORA DO BANHO

Coloque brinquedos dentro da banheira, mostrando e falando as partes do corpo para a criança.

7. TRANSPORTE NO COLO

Coloque a criança sentada no seu antebraço com uma perna reta e sua mão segurando embaixo do joelho dobrado. A sua outra mão deve segurar a mão da criança que está próxima ao seu ombro, girando o tronco da criança.



8. COMO RETIRAR O BEBÊ DO BERÇO

Deite a criança de costas com as pernas esticadas. Segure-a pela cabeça e pelo ombro direito, levante-a um pouco fazendo com que apoie o cotovelo e a mão esquerda. Faça o mesmo exercício com o outro lado. Pode fazer também com as pernas dobradas.



PARA A SEGURANÇA DO SEU BEBÊ

- ✓ Tapar todas as tomadas das paredes e eliminar todos os fios que possam causar acidentes;
- ✓ Retirar do chão os objetos que o bebê possa engolir, tropeçar ou se machucar;
- ✓ Vestir o bebê com roupas que facilitam sua movimentação;
- ✓ Não deixar no chão lençóis e cobertores que possam asfixiar o bebê.

ESTÍMULOS MULTISSENSORIAIS DE 10 A 12 MESES DE IDADE CORRIGIDA

Coloque a criança para andar com apoio sobre a areia, grama e/ou pisos irregulares.

1. ESTÍMULOS AUDITIVOS

Você pode solicitar ordens simples como pedir para que a criança pegue algum brinquedo, que possa ir ao seu encontro.

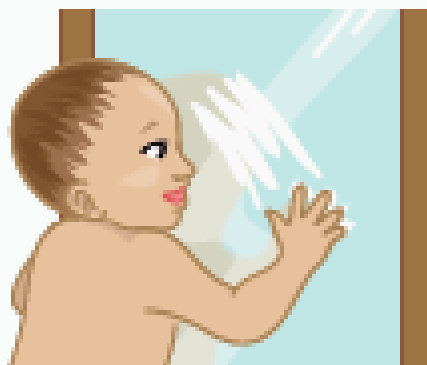
2. ESTÍMULOS VISUAIS (BRINQUEDOS E BRINCADEIRAS)

A criança nessa idade é capaz de planejar o movimento, reconhecer as partes do corpo, empilhar blocos, abrir e fechar potes, puxar brinquedos pequeno, colocar e tirar um brinquedo pequeno de dentro de uma bacia maior, colocar o dedo em buracos, apontar os desenhos em livros e revistas.

Brinquedos: Copos de diferentes tamanhos; brinquedos de encaixar (círculo, triângulo e quadrado).

3. ESTÍMULOS TÁTEIS (TEXTURAS)

Você pode utilizar creme de barbear ou ventosas em um espelho ou então gelatina em um depósito plástico.



4. ESTÍMULOS POSTURAIS

• DE BRUÇOS

Não permanece muito tempo nessas posturas, logo senta, engatinha e/ou fica de pé.

• BARRIGA PARA CIMA

Não permanece muito tempo nessas posturas, logo senta, engatinha e/ou fica de pé.



• SENTADO

Coloque-o sentado em um banquinho, cadeira ou na sua perna sempre com os pés apoiados. Coloque um brinquedo à frente e à cima da altura do olho da criança para que a mesma segure à frente e se puxe com os braços e se ponha de pé para alcançar o brinquedo. Se necessário você pode ajudar a criança a se levantar segurando no quadril levando o mesmo para cima, ajudando assim a ficar de pé.

• SENTADO PARA AJOELHADO

Ponha a criança sentada no chão de frente para um móvel fixo com um brinquedo em cima. A criança vai se puxar no apoio para ficar ajoelhado. Você pode ajudar segurando pelo quadril e incentivando para que a criança se puxe e brinque ajoelhado.



• SENTADO PARA EM PÉ

Coloque a criança sentada de frente para uma superfície fixa para que ela possa fazer apoio. Coloque um brinquedo em cima para motivar a criança. Ela vai se puxar para ficar de pé. Você pode ajudar segurando pelo quadril e incentivando para que ela se puxe.



• MARCHA LATERAL

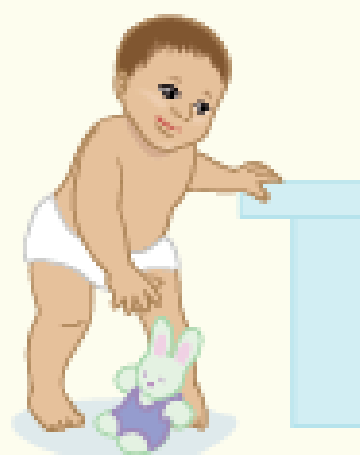


Coloque a criança de pé no chão segurando em algo fixo. Coloque um brinquedo em uma ponta e a criança na outra fazendo com que a criança pegue o brinquedo.



• AGACHAR

Coloque a criança em pé, segurando em um apoio fixo, e o brinquedo no chão para que ela possa se abaixar e pegá-lo.



• ANDAR PARA FRENTE

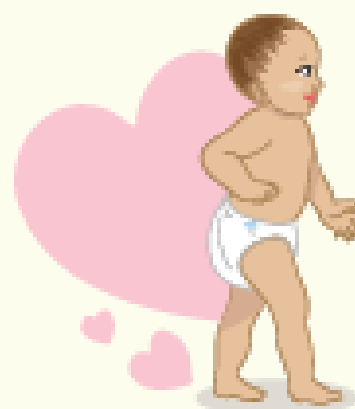
COM APOIO

Coloque a criança em pé no chão com as mãos na cadeira. Estimule a criança mostrando como empurrar. Quando conseguir, dará os primeiros passos.



SEM APOIO

Coloque a criança em pé com apoio em uma superfície fixa e fique a uma pequena distância próxima chamando para ir ao seu encontro.



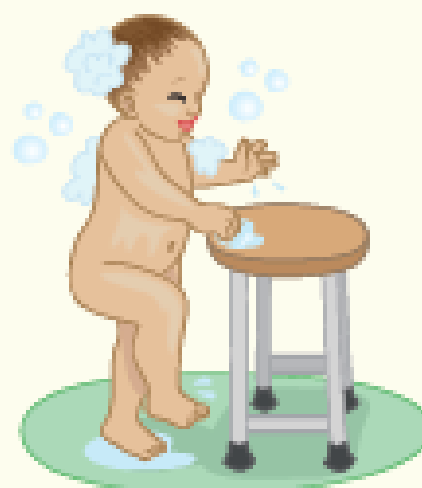
5. TROCA DE FRALDAS

Descrito anteriormente de 0 a 3 meses.

6. HORA DO BANHO

Coloque um tapete de banho embaixo dos pés da criança e coloque suas mãos apoiadas para evitar quedas. Diga o nome das partes do corpo que você vai lavar e solicite a participação da criança.

Exemplo: “Agora vamos lavar o pé, levanta o pé para a mamãe”.



7. TRANSPORTE NO COLO

Coloque a criança sentada no seu antebraço com uma perna reta e sua mão segurando em baixo do joelho dobrado. A sua outra mão deve segurar a mão da criança que estar próximo ao seu ombro, girando o tronco da criança.



8. COMO RETIRAR O BEBÊ DO BERÇO

O berço deve ter espaço suficiente para a criança se movimentar, e deve ser de preferência com grades para que ela possa ver tudo que a rodeia. Você pode pendurar acima ou ao redor da cama móveis coloridos e brinquedos.



REFERÊNCIAS

- ANDRADE, L. B. **Fisioterapia respiratória em neonatologia e pediatria**. Rio de Janeiro: MedBook, 2011.
- BLY, L. **Motor skills acquisition in the first year**. San Antonio: Therapy Skill Builders, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de 0 a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- BRASIL. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BURNS, Y. Desenvolvimento da motricidade desde o nascimento até os 2 anos de idade. In: BURNS, Y. MACDONALD, J. **Fisioterapia e crescimento na infância**. São Paulo: Santa livraria, 1999.
- GONÇALVES, M. c. P. **Prematuridade: desenvolvimento neurológico e motor: avaliação e tratamento**. Rio de Janeiro: Revier, 2012.
- LANZA, F. C.; GAZZOTTI, M. R.; PALAZZIN, A. **Fisioterapia em pediatria e neonatologia: da UTI ao Ambulatório**. São Paulo: Roca, 2012.
- LÉVY, J. **O despertar do bebê: práticas de educação psicomotora**. 11. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.
- LIMA, F. et al. Abordagem da fisioterapia ao recém-nascido de alto risco. In: BARBOSA, L. A. et al. **Fisioterapia respiratória em neonatologia e pediatria**, Rio de Janeiro: Medbook, 2011, 378 p.
- LISSAUER, T.; GRAHAM, C. **Manual ilustrado de pediatria**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.
- MIRANDA, L. Intervenção precoce: novos tempos. In: MIRANDA, L.; AMARAL, J.; BRASIL, R. **Desenvolvimento da criança em risco neuropsicomotor: prevenção, avaliação, intervenção e educação**. Fortaleza: Expressão Gráfica; NUTEP, 2012.
- PRADO C.; VALE, L. A. **Fisioterapia neonatal e pediátrica**. Tamboré: Manole, 2012.
- RIBEIRO, J.; BELTRAME, T. S. Características neuromotoras e biopsicossociais de lactentes com histórico de risco biológico. **Fisioterapia movimento**, Curitiba, v. 23, n. 1, p. 25-34, jan./mar. 2010.
- TECKLIN, J. S. **Fisioterapia pediátrica**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 13-34.
- TOBY, M. L.; HOLLY, L. C. **Manual de fisioterapia pediátrica**, Rio de Janeiro: REVINTER, 2001.



UNIVERSIDADE
ESTADUAL DO CEARÁ

ANEXO

ANEXO A – Instrumento para coleta de dados em pesquisa de revisão adaptado para o estudo de Ursi, 2005

1. IDENTIFICAÇÃO

Título do artigo	
Autores	
Título do periódico	
Ano de publicação	
Objetivo do estudo	
Disponível em:	() LILACS () SCIELO () Pepsic Outros:

2. TIPO DE REVISTA CIENTÍFICA

Publicação de psicologia	
Publicação médica	
Publicação de enfermagem	
Publicação de saúde coletiva	
Publicação de outras áreas	

3 CARACTERÍSTICAS METODOLÓGICAS DO ARTIGO

Tipo de publicação	Pesquisa <input type="checkbox"/> abordagem quantitativa <input type="checkbox"/> Estudo experimental <input type="checkbox"/> Descritiva <input type="checkbox"/> Exploratória	<input type="checkbox"/> transversal <input type="checkbox"/> caso controle <input type="checkbox"/> coorte <input type="checkbox"/> estudo de caso <input type="checkbox"/> abordagem qualitativa
	Não pesquisa <input type="checkbox"/> Revisão de literatura <input type="checkbox"/> Revisão de experiência <input type="checkbox"/> Revisão integrativa <input type="checkbox"/> Revisão bibliográfica <input type="checkbox"/> Revisão sistemática da literatura Outras/qual?	
Objeto ou questão de investigação		
Descritores		

4 RESULTADOS

Resultados Citar os principais	
Conclusões do estudo ou considerações finais	
Implicações	

Fonte: Instrumento adaptado com base em URSI (2005).