

MEDICINA:

Campo teórico, métodos e
geração de conhecimento

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(ORGANIZADOR)

2



MEDICINA:

Campo teórico, métodos e
geração de conhecimento

Benedito Rodrigues da Silva Neto
(ORGANIZADOR)

2



Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Bruno Oliveira

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^o Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



Medicina: campo teórico, métodos e geração de conhecimento 2

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Yaiddy Paola Martinez
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Benedito Rodrigues da Silva Neto

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M489 Medicina: campo teórico, métodos e geração de conhecimento 2 / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-258-0140-7

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.407222804>

1. Medicina. 2. Saúde. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da (Organizador). II. Título.

CDD 610

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora

Ponta Grossa – Paraná – Brasil

Telefone: +55 (42) 3323-5493

www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br



Atena
Editora
Ano 2022

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

Uma definição categórica sobre as Ciências Médicas, basicamente, gira em torno do aspecto do desenvolvimento de estudos relacionados à saúde, vida e doença, com o objetivo de formar profissionais com habilidades técnicas e atuação humanística, que se preocupam com o bem estar dos pacientes, sendo responsáveis pela investigação e estudo da origem de doenças humanas, e além disso, buscando proporcionar o tratamento adequado para a recuperação da saúde.

O campo teórico da saúde no geral é um pilar fundamental, haja vista que todo conhecimento nas últimas décadas tem se concentrado nos bancos de dados que fornecem investigações e métodos substanciais para o crescimento vertical e horizontal do conhecimento. Atualmente as revisões bibliográficas no campo da saúde estabelecem a formação dos profissionais, basta observarmos a quantidade desse modelo de material produzido nos trabalhos de conclusão de curso das academias, assim como nos bancos de dados internacionais, onde revisões sistemáticas também compõe a geração de conhecimento na área.

Assim, formação e capacitação do profissional da área da saúde, em sua grande maioria, parte de conceitos e aplicações teóricas bem fundamentadas que vão desde o estabelecimento da causa da patologia individual, ou sobre a comunidade, até os procedimentos estratégicos paliativos e/ou de mitigação da enfermidade.

Dentro deste aspecto acima embasado, a obra que temos o privilégio de apresentar em cinco volumes, objetiva oferecer ao leitor da área da saúde exatamente este aspecto informacional, isto é, teoria agregada à formação de conhecimento específico. Portanto, de forma integrada, a nossa proposta, apoiada pela Atena Editora, proporciona ao leitor produções acadêmicas relevantes abrangendo informações e estudos científicos no campo das ciências médicas.

Desejo uma proveitosa leitura a todos!

Benedito Rodrigues da Silva Neto

SUMÁRIO


CAPÍTULO 1..... 1

A INFLUÊNCIA DA FALTA DE INFORMAÇÃO ALIADA À PRESSÃO MIDIÁTICA NA BUSCA DE PROCEDIMENTOS ESTÉTICOS

Hellen Bianca Araújo Malheiros

Eugênia Cristina Vilela Coelho

Vanessa Resende Souza Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4072228041>

CAPÍTULO 2..... 4

A RELAÇÃO ENTRE A INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CONGESTIVA E O DESENVOLVIMENTO DA ANEMIA

Maria Clara Martins Costa


Camila Kizzy Trindade Oliveira

Brenda Tavares Falcão

Thais Ferreira De Carvalho E Silva

Virna De Moraes Brandão

João Victor Alves Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4072228042>


CAPÍTULO 3..... 10

ACHADOS ELETROCARDIOGRÁFICOS EM ATLETAS DE FUTEBOL

Izabel Carminda de Mourão Lemos

Arlene dos Santos Pinto

Kátia do Nascimento Couceiro


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4072228043>

CAPÍTULO 4..... 15

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA VIOLÊNCIA FÍSICA NACIONAL ENTRE OS ANOS DE 2014 E 2017

Marina Martins Bartasson Vitória

Jessica Reis Lopes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4072228044>

CAPÍTULO 5..... 25

APLICAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DE RISCO PARA LESÕES DECORRENTES DO POSICIONAMENTO CIRÚRGICO EM PACIENTES CRÍTICOS

Ana Paula Narcizo Carcuchinski

Rosane Maria Sordi

Liege Segabinazzi Lunardi

Terezinha de Fátima Gorreis

Flávia Giendruczak da Silva


Andreia Tanara de Carvalho

Adelita Noro

Paula de Cezaro

Rozemy Magda Vieira Gonçalves

Elizabete Rosane Palharini Yoneda Kahl

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4072228045>

CAPÍTULO 6..... 34

AVALIAÇÃO DOS CASOS DE HANSENÍASE NOTIFICADOS EM TERESINA, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2015 A DEZEMBRO DE 2018

Alessandro Henrique de Sousa Oliveira Altino

Ana Lúcia França da Costa

Veridiana Mota Veras

Beatriz Teles Aragão

Ítalo Fernando Mendes Lima

Nicácia Carvalho Dantas da Fonsêca

Luís Felipe Vieira Soares Barradas

João Vicente Vieira Soares Barradas

Beatriz Pereira Martins

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4072228046>

CAPÍTULO 7..... 47

CISTO DERMOIDE DE OVÁRIO: RELATO DE CASO


Cirênio de Almeida Barbosa

Amanda Baraldi de Souza Araujo

Lucas Batista de Oliveira

Marlúcia Marques Fernandes

Ana Luiza Marques Felício de Oliveira

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4072228047>

CAPÍTULO 8..... 54

COMPREENSÃO DO ENFRENTAMENTO DE CRIANÇAS DURANTE ATENDIMENTO ONCOLÓGICO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

João Daniel de Souza Menezes

Jéssica Reis do Rosário

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4072228048>

CAPÍTULO 9..... 66

DIAGNÓSTICO PRECOCE DE CÂNCER EM IDOSOS: UM DESAFIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Paloma Emmanuelle Lopes Ferreira

Laura Carvalho Tavares Lazzarin

Isabelle Luz Pereira De Souza

Leticia Ianni Zandrini

Barbara dos Reis Dal Lago Rodrigues

Viviane Lara Leal


Livia Romão Belarmino

Gabriela Gouveia

Aline Barros Falcão de Almeida

Doani Casanova Cardelle Teixeira

Tauany Maria de Cássia Souza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.4072228049>

CAPÍTULO 10..... 73


ENFRENTAMENTO DA PANDEMIA DE COVID-19: RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UM PROJETO DE EXTENSÃO DE UMA UNIVERSIDADE PÚBLICA DO CENTRO-OESTE DE MINAS GERAIS

Rhayra Alani Villa Deléo

Vinícius Cunha Lemos

Priscila Cristian do Amaral

Eduardo Sérgio da Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.40722280410>


CAPÍTULO 11..... 82

FADIGA E ALTERAÇÕES DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA EM TRATAMENTO ADJUVANTE

Bárbara Veloso Almeida

Katheen Wenffeny Almeida Mendes

Renata Ribeiro Durães

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.40722280411>

CAPÍTULO 12..... 94

IMPORTÂNCIA DO SEGUIMENTO AMBULATORIAL DE PREMATUROS: PREVENINDO SEQUELAS

Cristiane Maria Carvalho Lopes

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.40722280412>

CAPÍTULO 13..... 106

MANIFESTAÇÃO E RECORRÊNCIA DAS INFECÇÕES VAGINAIS E SUA POSSÍVEL RELAÇÃO COM O USO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Brenna Cardoso Magalhães Lyra

Camila Casas de Oliveira

Dominique Bezerra Feijó de Melo

Júllia Vivi Weidlich

Julie Amarilla Costa

Laura Menezes de Carvalho Cruz

Lícia Maria Santos Araújo

Lívia de Sousa Rezende

Lucas Antônio Moraes de Abreu

Tayná Fernanda Castelo Branco Sakamoto

Vanessa Holanda de Souza Ribeiro da Costa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.40722280413>


CAPÍTULO 14..... 112

PAPEL DOS RECEPTORES DE ESTRÓGENO NOS TECIDOS ORAIS

Paula Hueb de Menezes Oliveira

Suelyn Danielle Henklein

Poliana Ferreira Santos
Cezar Penazzo Lepri
Vinícius Rangel Geraldo Martins
Erika Calvano KÜchler
Flares Baratto-Filho
Isabela Ribeiro Madalena

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.40722280414>

CAPÍTULO 15..... 124

RELATO DE EXPERIÊNCIA - INFECTOCARDS: UMA FERRAMENTA PARA O ENSINO DE INFECTOLOGIA

Higno Rafael Machado Martins
Thiago Tadeu Santos de Almeida
Igor Ferreira Cortez
Walter Tavares

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.40722280415>

CAPÍTULO 16..... 130

RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE PRÁTICAS GERENCIAIS, EDUCATIVAS E ASSISTENCIAIS DO MÉDICO EM UM BANCO DE LEITE HUMANO


Francine Fiorot Prando de Vasconcelos
Babylaine Viana Cupertino
Carolina Guidone Coutinho
Claudia Frederico Gabler
Cintia de Matos Rocha
Janderson Raniel Ton

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.40722280416>

CAPÍTULO 17..... 137

SIMULADOR MECÂNICO PARA TREINAMENTO DE TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS

Julia Mayumi Gregorio
Edson Ide
Bruno da Costa Martins
Paulo Sakai
Carlos Kiyoshi Furuya Júnior
Ana Paula Samy Tanaka Kotinda
Fellipe Cicuto Ferreira Rocha
Sérgio Eiji Matuguma
Lucas Giovinazzo Castanho Barros
Lucas Zouain Figueiredo


 <https://doi.org/10.22533/at.ed.40722280417>

CAPÍTULO 18..... 142

SUBNOTIFICAÇÃO E EPIDEMIOLOGIA DOS CASOS DE FEBRE DE MAYARO NO TOCANTINS, 2009-2019

Isadora Vieira da Silva Aroso
Maiane Siewes de Souza

Lívia de Sousa Rezende
Beatriz Araújo Pirett
Anderlanny Moura Bernardes
Taynara Santos de Souza
Anna Carolina Pereira Gomes
Hidelberto Matos Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.40722280418>

CAPÍTULO 19..... 147

TRATAMENTO DE ÁGUA PARA CONSUMO HUMANO NA REGIÃO DO AMAZONAS,
ATRAVÉS DO USO DE SEMENTES DE *MORINGA OLEÍFERA*


Mirely Ferreira dos Santos
Bárbara Dani Marques Machado Caetano
Luís Gustavo Marcolan

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.40722280419>

CAPÍTULO 20..... 161

TUTORIAL DE MONTAGEM DO SIMULADOR MECÂNICO PARA TREINAMENTO DE
TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS


Julia Mayumi Gregorio
Edson Ide
Bruno da Costa Martins
Paulo Sakai
Carlos Kiyoshi Furuya Júnior
Ana Paula Samy Tanaka Kotinda
Fellipe Cicuto Ferreira Rocha
Sérgio Eiji Matuguma
Lucas Giovinazzo Castanho Barros
Lucas Zouain Figueiredo

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.40722280420>

CAPÍTULO 21..... 168

ULCERATIVE COLITIS AFTER PNEUMONIA BY COVID-19: A CASE REPORT

Ana Carolina Machado da Silva
Arlene dos Santos Pinto
Ana Beatriz Cruz Lopo Figueiredo
Aline de Vasconcellos Costa e Sá Storino
Railane Lima de Paula

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.40722280421>

SOBRE O ORGANIZADOR 174

ÍNDICE REMISSIVO..... 175

IMPORTÂNCIA DO SEGUIMENTO AMBULATORIAL DE PREMATUROS: PREVENINDO SEQUELAS

Data de aceite: 01/04/2022

Cristiane Maria Carvalho Lopes

RESUMO: Observa-se nos últimos anos um aumento na sobrevida de neonatos principalmente nos com peso de nascimento maior de 1000g, embora ainda se registre taxas de mortalidade por infecções e asfixias acima do desejável, esta estatística exclui os que apresentam anomalia congênita. A morbidade, no entanto, não emparelha esse mesmo dado de sobrevida. Muitos são os fatores que estão contribuindo para esse declínio tais como: estruturação de redes para planejamento familiar e pré-natal, com identificação de fatores de risco sociais e biológicos, utilização de corticóide antenatal, presença de pediatras na sala de parto com conhecimento das normas de reanimação, oferta de cuidados intensivos para o binômio mãe e filho, uso precoce de surfactante, manejo nutricional, suporte ventilatório e cardiovascular adequado, entre outros. O seguimento pós-alta hospitalar é uma estratégia importante para minimizar as sequelas decorrentes da prematuridade, pois necessitam de um monitoramento contínuo por uma equipe de multiprofissionais com abordagem respiratória, metabólica, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aporte nutricional e psicossocial. Esse trabalho tem como objetivo estruturar um cronograma de seguimento ambulatorial pós-alta a fim de contribuir na prevenção ou na minimização da morbidade.

PALAVRAS-CHAVE: Recém-nascido Prematuro; Desenvolvimento Infantil; Crescimento.

ABSTRACT: It is observed in recent years that there has been an increase in the survival rate of neonates especially those with birth weights greater than 1,000g, although mortality rates due to infections and asphyxias are still above than those that are desirable, this statistic excludes those with a congenital anomaly. Morbidity however does not match the same survival data. Many factors are contributing to this decline, such as: structuring hospitals, medical centers, and clinics for family and prenatal planning, identification of social and biological risk factors, use of antenatal corticosteroids, presence of pediatricians with knowledge of the procedures and resuscitation in the delivery room, provide intensive care for the binomial mother and child, early use of surfactant, nutritional advice, adequate ventilatory and cardiovascular support, among others. Post-discharge hospital follow-up is an important strategy to minimize sequelae due to prematurity, since they require continuous monitoring by a multi-professional team with a respiratory and metabolic approach, growth and development monitoring, nutritional and psychosocial support. This work aims to structure a follow up post-discharge outpatient schedule in order to contribute to the prevention or minimization of morbidity.

KEYWORDS: Infant, Premature; Child Development ; Growth.

1 | INTRODUÇÃO

A incidência de nascidos pré-termos que sobrevivem vem aumentando com o decorrer dos anos incluindo nesta estatística também os considerados muito baixos peso, seja pelo pré-natal mais qualificado quanto pela assistência eficiente da criança no ambiente hospitalar com conhecimento, técnica, habilidade da equipe condutora com controle das complicações decorrentes da prematuridade.

Saber conduzir essas crianças ambulatorialmente é uma tarefa importante para que a morbidade crônica (déficit de crescimento e atraso no neuro desenvolvimento) seja a menor possível.

1.1 Incidência da prematuridade e suas complicações

Com os avanços que vem acontecendo a partir do século XIX relacionados com a prática de cuidados em Neonatologia, houve uma redução significativa na morbidade e mortalidade infantil.

Pode-se citar como fatores determinantes nesta conquista: maior recurso da medicina reprodutiva possibilitando mulheres terem filhos mais tarde e com um acompanhamento gestacional de excelência, a cobertura mais eficiente de pré-natais, incentivo ao aleitamento materno, à normatização do atendimento em sala de parto com a presença do pediatra durante o parto para recepcionar o RN, avanços na ventilação por pressão positiva protetora, uso de surfactante exógeno, uso de Palivizumabe na prevenção da infecção pelo Vírus Sincicial Respiratório, hipotermia protetora e pelo trabalho realizado por equipes multiprofissionais atuantes dentro e fora do ambiente hospitalar (Pereira, 2014; Magalhães et al, 2013).

É notória a sobrevida de recém-nascidos pré-termo, mesmo sem estimar os dados de nascidos prematuros tardios que erroneamente foram classificados como o termo (Theme et al, 2004; Linhares et al, 2003).

Com todas as progressões alcançadas, a mortalidade neonatal ainda é alta sendo responsável por quase 70% das mortes no primeiro ano de vida, assim estratégias e ações devem ser tomadas continuamente para que essa realidade seja transformada (Brasil, 2014).

Quanto menor a idade gestacional que ocorre os nascimentos maiores são as complicações bem como mais elevadas às taxas de morbidade e mortalidade (Vieira et al, 2009). A prematuridade e o baixo-peso ao nascimento aumentam o tempo de hospitalização, uso de medicamentos e de suporte ventilatório e com isso elevam as chances de paralisia cerebral decorrentes de asfixia perinatal, sepses, hemorragias intraventriculares, meningites, pneumonias, doença da membrana hialina, displasia broncopulmonar, icterícias, distúrbios metabólicos, enterocolite necrotizante, dificuldades de manter a temperatura corporal e da alimentação, entre outras. Essas complicações causam um impacto no desenvolvimento neurológico e motor, além de serem responsáveis por reinternações nos primeiros anos de

vida. (Silva et al, 2005; Rugolo, 2005, Silveira et al,2005; Restiffe et al, 2006; Resegue et al, 2008).

Essas crianças apresentam uma limitação de seu desenvolvimento, com uma procura maior de serviços terapêuticos e um processo pedagógico educacional mais elaborado na idade escolar (Formiga, 2009).

Os dados demonstram forte relação de riscos e sequelas decorrentes da prematuridade, fazendo necessário o seguimento destas crianças (Alberman, 1992; Mello et al, 2002). Segundo estudo realizado por Hack et al. (1996) os prematuros extremos apresentam maiores chances de retardo de desenvolvimento com QI abaixo da média, retinopatia, hemorragia intraventricular GIII e IV e paralisia cerebral.

Há necessidade de um acompanhamento rigoroso com apoio técnico e social a fim de se dar suporte no período de hospitalização e pós-alta (Vieira et al, 2009). É de extrema importância o preparo dos profissionais que irão receber o recém-nascido/lactente em todos os níveis de atenção à saúde, para que possa fazer um acompanhamento com qualidade. Um trabalho bem sucedido envolve uma equipe multiprofissional (pediatras, oftalmologista, neurologista, cardiologista, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, terapeuta ocupacional, psicopedagogo, psicólogos, enfermeiros e agentes comunitários da saúde) com o propósito de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento (Mello et al, 2003).

Todo esforço para a sobrevivência neonatal no ambiente hospitalar somente terá valor se vier acompanhada de um seguimento pós-alta contínuo com um cronograma de seguimento (*Follow Up*)/check list . Para tanto é essencial que todo recém-nascido pré-termo saia com encaminhamento do hospital orientando fluxos a serem seguidos ,além de pareceres informando todos os agravos ocorridos e condutas realizadas no período hospitalar (Brasil, 2014)

O trabalho exercido pela equipe multiprofissional não deve se restringir apenas para manter a sobrevivência, mas sim na qualidade de vida da criança prematura ao longo de seu crescimento e desenvolvimento (Linhares et al, 2003; Lucio et al, 2007).

1.2 Descrição em detalhes da função de cada membro da equipe multiprofissional no seguimento do prematuro

1.2.1 Seguimento ambulatorial de prematuros com o pediatra/ Neonatologista

O profissional médico (pediatra/neonatologista) deve ter um norteamento quanto ao seguimento de recém-nascido prematuro e este é um dos objetivos deste trabalho. A elaboração de um cronograma faz com que esse atendimento seja mais eficaz evitando ou minimizando as sequelas (morbidade). O ideal é que essas crianças sejam acompanhadas pelo médico que evoluíram enquanto internadas, por ter mais conhecimento do caso, o qual

realizará *checklist* de fluxo e seguimento contínuo do crescimento e desenvolvimento, a fim de minimizar o a morbidade associada neste grupo de risco (Silveira et al, 2012).

Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria no Manual “Seguimento Ambulatorial do Prematuro de Risco” de 2012 (Silveira et al, 2012), deve-se seguir um calendário de atendimento, sendo a primeira consulta de 7 a 10 dias após a alta, mensal até o sexto mês de idade gestacional corrigida, de 6 meses até 12 meses bimestrais de 13 a 24 meses trimestrais, semestrais de 2 a 4 anos de idade cronológica e após anual dos 4 anos até a puberdade.

Recém-nascidos pré-termos de muito baixo peso deverão ser vigiados e acompanhados quanto à anemia, doença metabólica óssea, doenças infecciosas e imunopreveníveis.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil é uma ação básica de saúde. O crescimento durante os primeiros anos de vida é altamente vulnerável a múltiplos fatores que podem prejudicá-lo, o que torna necessário e fundamental seu controle específico. O profissional (Pediatra/Neonatologista) que irá fazer o acompanhamento destas crianças deve estar apto para reconhecer e tratar as principais complicações e direcionar o momento de solicitar avaliações de outros profissionais, além de fazer um trabalho contínuo de prevenção e de minimização de sequelas.

É difícil avaliar o crescimento de recém-nascido prematuro, pois são susceptíveis a uma gama de fatores tais como: nutrição ofertada, maturidade, estado nutricional ao nascimento e evolução clínica (Berry et al, 1997; Steward et al,2002).

Os gráficos de crescimento utilizados para o acompanhamento normalmente são os de crescimento intrauterino como de Babson e Benda ou Alexander et al 1996 até 40 semanas e após os gráficos OMS (Babson&Benda, 1976; Kuczmarski et al, 2000). Nenhuma curva é considerada ideal até o momento sendo que as que estão disponíveis contêm registros a partir do terceiro trimestre, mas deve-se adaptá-las para acompanhar o aumento físico do corpo.

Espera-se que o prematuro entre na curva de crescimento de uma criança nascida a termo por volta de 24 meses de vida. Vigiar esse crescimento proporciona uma oportunidade para detectar uma alteração reversível quanto ao crescimento físico. Crescimento acentuado ou retardado quando desproporcional são indicadores de alerta. Pensar que terão maior risco de desenvolver hipertensão arterial, diabetes tipo II e doença cardiovascular na adolescência ou adulto jovem se catch-up acelerado (Uhing,2009) ou em falha do crescimento a necessidade da utilização do hormônio do crescimento (Sadeck, 2012).

Já o desenvolvimento é a capacidade de desenvolver tarefas cada vez mais complexas, iniciando pela coordenação grossa até a fina. Ao identificar uma variação no padrão esperado para a faixa etária possibilitará a indicação de ações a fim de proporcionar estímulos nas janelas de oportunidades que possam estimular a formação de conexões

nervosas (Freitas et al,2010). Para caracterizar os comportamentos e habilidades presentes em cada etapa de vida deve-se levar em consideração o contexto histórico e social de cada criança (Ribes et al,1998).

A mãe ou a cuidadora tem um papel importante para o estímulo do desenvolvimento, sendo de suma importância observar o vínculo estabelecido entre o par (mãe/cuidadora e criança) durante o acompanhamento no hospital e após ambulatoriamente. Esse seguimento deve ser dinâmico, individualizado e repassado para toda estrutura familiar (Madeira et al,2014).

Estudos realizados por Freitas et al, 2010 demonstrou períodos de alerta quanto ao atraso do desenvolvimento sendo aos 6, 9 e 18 meses de idade corrigida para os aspectos neuromotores e, que se ajustou aos 24 meses na maioria dos casos. Observou-se que o crescimento também acompanhou essa tendência. Um dado importante, a neurociência ainda não tem definida uma idade cronológica em que a estrutura e função do cérebro estão completamente desenvolvidas, mas estima-se que possa ir além dos 30 anos (Houzel, 2013).

Assim o seguimento deve ser vigiado e estimulado por um período longo, dadas as chances evolução com um bom prognóstico. Atentar-se para fazer a correção da idade gestacional para distinguir adequadamente o atraso no desenvolvimento subtraindo o número de semanas de sua gestação, de um total de 40 semanas (Mancini et al,2000).

Importante ficar atento quanto à suplementação de cálcio, fósforo e vitamina D em prematuros, pois o maior desenvolvimento esquelético é durante a vida intrauterina e, especificamente, no último trimestre criança, e se não complementar pode desenvolver osteopenia e/ou raquitismo (Palhares, 2012), cujos sintomas apresentam-se entre a 6 e 12 semanas de vida pós-natal em crianças menores de 28 semanas de idade gestacional (Bozzette,2009;Portale,1999).

O cálcio além da integridade óssea está relacionado com vários processos bioquímicos sua diminuição faz com que ocorra a secreção do PTH (paratormônio), mobilizando o cálcio dos ossos (Gleason e Devaskar, 2012).

Os prematuros estão mais sujeitos a desenvolver anemia seja pelo baixo peso de nascimento quanto pela menor idade gestacional. Todos recém-nascidos muito baixo peso devem sair com alta com Sulfato Ferroso 3 a 4 mg/kg/dia fazendo seguimento ambulatorial e acompanhamento (Ferri, 2012). Outra medida eficaz é o incentivo ao aleitamento materno exclusivo nos seis primeiros meses de vida como uma estratégia de prevenção (Santos et al, 2004).

O calendário vacinal dessas crianças deve-se seguir as recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações, sendo de responsabilidade do profissional médico esta adequação a fim de evitar doenças infecto contagiosas que podem cursar com uma evolução desfavorável.

1.2.2 Psicologia Infantil

O seguimento com o psicólogo se dá no ambiente hospitalar com apoio aos pais e continuando posteriormente pós-alta.

O desenvolvimento da criança sofre interferência ambiental (social, econômico, familiar, intervenção e reabilitação) e biomédica (intrínseco, gestacional, perinatais e neonatais) (Silva, 2002).

A família tem um papel importante para um bom desenvolvimento neuropsicomotor da criança, esta sofre influência cultural, social e econômica. Pode-se observar que atitudes maternas, grau de escolaridade e rede de apoio estão relacionadas com a presença hiperatividade e ao atraso na coordenação motora (Silva, 2002).

1.2.3 Neurologista Pediátrico

A prematuridade altera as etapas de desenvolvimento cerebral seja na parte anatômica como estruturais. Algumas complicações neonatais podem ser consideradas como adjuvantes para alterações no desenvolvimento neurológico e intelectual, podendo ser citadas: hemorragia intracraniana, anóxia, pacientes com apneia ou doença de membranas hialinas que necessitam de ventilação assistida, hiperbilirrubinemia e infecções.

Essas crianças apresentam alterações que podem causar déficits funcionais repercutindo em problemas cognitivos e motores, conseqüentemente repercutindo nas atividades de vida diária bem como nas escolares, na adolescência e na idade adulta. O neurologista pode utilizar de exames complementares tais como ressonância magnética, ultrassonografia transfontanela e eletroencefalograma para avaliar se ocorreu lesões seja na massa branca, cinzenta, corpo caloso ou gânglios de base (Zomignan et al, 2009).

1.2.4 Oftalmologista

Os prematuros estão mais sujeitos por lesões neurológicas, exposição à luz, oscilações do nível de oxigênio, hemorragia intraventricular e privação do desenvolvimento do sistema visual intra-útero a apresentarem retinopatia, estrabismo e erros de refração. Podendo afetar o desenvolvimento sensório-motor por atraso visual (Graziano et al, 2005; Ruas et al,2006).

A retinopatia da prematuridade pode ser evitada, o acompanhamento deve ser realizado até completa vascularização da retina, com o primeiro exame realizado entre a quarta e sexta semana de vida após semestralmente até segundo ano e posteriormente anual a fim de prevenir a ambliopia (Graziano et al, 2005).

1.2.5 Otorrinolaringologista

Sabe-se que existe uma alta incidência de perda auditiva em prematuros 30/1000 (Northern et al,1994). Infecções congênitas relacionadas com prematuridade e baixo

peso ao nascer são fatores de risco de perda auditiva, o que reafirma a necessidade de seguimento (Buriti, 2012).

1.2.6 Nutricionista

Espera-se que o prematuro apresente *catch-up* e atinja seu canal de crescimento em torno 2 aos 3 anos de idade. Porém, vários estudos demonstram um porcentual alto de crescimento inadequado no primeiro ano de vida (Rugolo, 2005).

A dieta mais adequada para o prematuro é o leite materno, enfatizando que o leite da puerperal sofre modificações na sua composição devido a prematuridade. (Auler et al, 2008).

Na impossibilidade de se ter aleitamento materno usa-se fórmulas infantis enteral ou uma nutrição formulada para ser aplicada parenteral ou associação das duas formas (Telles Júnior et al, 2005). Devendo utilizar neste momento a orientação do profissional da nutrição para a escolha da alimentação e via de administração mais adequada.

Segundo Dornelles CTL et al 2009 deve-se estabelecer um protocolo de atendimento e acompanhamento de crianças prematuras ou que tenham fator de risco nutricional para evitar desnutrição ou obesidade neste grupo.

1.2.7 Fonoaudiólogo

O incentivo e a prática do aleitamento materno devem fazer parte da rotina dos profissionais de saúde e inicia-se na sala de parto, inclusive nos prematuros extremos e de baixo peso ao nascimento, estimulação essa o mais precoce possível com a presença de um fonoaudiólogo nos seis primeiros meses de vida (Czechowski, 2010).

O fonoaudiólogo trabalha com a alimentação, linguagem, audição e vínculo (Facchini et al., 2000).

Quando detectado alterações na audição e ou na alimentação o estímulo e o trabalho precoce minimiza danos posterior quanto a linguagem e sua interação no meio ambiente (Delgado et al, 2005).

1.2.8 Enfermagem

O papel da enfermagem consiste em dar suporte aos pais, por meio de avaliação e coordenação das situações para encontrar os recursos dos serviços de saúde necessários para a saúde e desenvolvimento das crianças (Zelle, 1995). Além de estratégias de visitas domiciliares para efetivar o seguimento da criança e realizar orientações às mães. No Brasil, os serviços públicos de saúde e mesmo os privados, não há um programa específico para que ocorra o acompanhamento através de visitas domiciliares, com exceção de alguns serviços de Hospitais Universitários e Projetos pilotos, os dados que se obtém atualmente são normalmente de estudos realizados nos EUA e Inglaterra (Mello et al, 1999).

1.2.9 Assistente Social

Quando nasce uma criança prematura com ela vem uma família repleta de medos e angústias. Neste sentido uma assistência direcionada para criança e sua família se faz necessária progredindo para o seguimento domiciliar (Wong, 1999). Famílias amparadas são mais saudáveis e seguras e estarão mais competentes para responsabilizar para o acompanhamento desta criança prematura e de aceitar o apoio adequado da equipe profissional da saúde.

Faz-se necessário neste sentido o seguimento desta família por assistente social a fim de oferecer suporte por meio de um olhar sobre a situação conflitante, estabelecendo vínculos contínuos e uma relação de reciprocidade mútua entre profissionais e famílias (Bengozi, 2010).

1.2.10 Fisioterapeuta

Acredita-se que a prematuridade por imaturidade do sistema nervoso pode trazer atraso do desenvolvimento motor.

A avaliação nos primeiros seis meses de vida é de fundamental importância (Formiga et al, 2009) sendo que a detecção de atraso motor no primeiro ano traz uma intervenção precoce e um prognóstico favorável de melhor desenvolvimento motor a longo e médio prazo (Evensen et al, 2009; Spittle et al, 2009).

1.2.11 Terapeuta ocupacional

O prematuro por imaturidade funcional e estrutural são mais propensos a distúrbios neurosensoriomotores. (Rugolo, 2005).

A terapia ocupacional trabalha com a prevenção e promoção do desenvolvimento da criança para que se possa ter desempenho funcional com menores sequelas sensoria motoras. Esse profissional deverá acompanhar a criança a partir do primeiro mês de vida. (Ferreira et al, 2011).

1.2.12 Cardiologista

Uma das principais complicações cardíacas da prematuridade é a persistência do canal arterial. O diagnóstico precoce na população de risco principalmente nascidos com menos 1000 g ou menor 30 semanas com a realização de rotina de Dopplerecociograma com o objetivo de terapêutica precoce e adequada antes que manifestem repercussões sistêmicas e pulmonares e traga um prognóstico desfavorável (Bragança, 2011).

2 | CONCLUSÃO

O seguimento da criança prematura se faz necessário a fim de possibilitar uma vida

futura com menor morbidade possível. Esse acompanhamento envolve um trabalho de uma equipe de multiprofissionais, onde cada membro possa elaborar um programa interligado, já estando ciente das principais intercorrências e complicações que esta criança e família estarão sujeitas, para que os trabalhos sejam realizados direcionados com um objetivo comum, ou seja, reduzir ou abolir as sequelas possíveis da prematuridade.

O responsável pela coordenação do seguimento da criança será o médico pediatra/neonatologista o qual irá avaliar a parte clínica por meio do seguimento e do manejo de distúrbios apresentados e deverá estar apto para direcionar avaliações de outras especialidades quando necessário.

Espero que esse trabalho alcance o objetivo proposto de orientar o seguimento de todos os profissionais envolvidos no seguimento de prematuros e direcionar o fluxo de seguimento minimizando ou eliminando as morbidades previsíveis.

REFERÊNCIAS

Alberman E, Evans SJW. **A epidemiologia da prematuridade: etiologia, frequência e prognóstico.** Anais Nestlé. 1992; 44:5-22.

Alexander GR, Hilmes JH, Kaufman RB, Mor J, Kogan M. **A United States national reference for fetal growth.** Obstet Gynecol.1996; 87: 163-8.

Babson SG, Benda GI. **Growth graphs for the clinical assessment of infants of varying gestational age.** J Pediatr.1976; 89(5):814-20.

Bengozi TM, Souza SNDH, Rossetto EG, Radigonda B, Hayakawa LM, Ramalho DP. **Uma rede de apoio à família do prematuro.** Cienc Cuid Saude. 2010; 9(1): 155-160.

Berry MA, Abrahamowicz M, Usher RH. **Factors associated with growth of extremely premature infants during initial hospitalization.** Pediatrics.1997; 100: 640-46.

Bozzetti V, Tagliabue P. **Metabolic Bone Disease in preterm newborn: an update on nutritional issues.** Ital J Pediatr. 2009; 35: 20.

Bragança CA. **Canal arterial patente em recém-nascidos prematuros: perfil de apresentação e eficácia das terapêuticas clínicas e cirúrgicas** [Mestrado]. Belo Horizonte: UFMG. 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à Saúde do Recém-Nascido. Guia para os Profissionais de Saúde. Intervenções Comuns, Icterícia e Infecções.** 2º ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

Buritl AKL. **HIV/AIDS e suas repercussões na audição em crianças** [Mestrado]. Paraíba: UFP. 2012.

Czechowski AE, Jujinaga CI. **Seguimento ambulatorial de um grupo de prematuros e a prevalência do aleitamento materno na alta hospitalar e ao sexto mês de vida: contribuições da Fonoaudiologia.** Rev. soc. bras. fonoaudiol. [online]. 2010; 15(4): 572-77.

- Delgado SE, Halpern R. **Amamentação de prematuros com menos de 1500 gramas: funcionamento motor-oral e apego.** Pró-Fono Revista de Atualização Científica. 2005; 17(2): 141-52.
- Dornelles et al. **Protocolo de atendimento e acompanhamento nutricional pediátrico por níveis assistenciais.** Revista HCPA. 2009; 29(3):229-38.
- Evensen K A, Skranes J, Brubakk AM; Vik T. **Predictive value of early motor evaluation in preterm very low birth weight and term small for gestational age children.** Early HUM Dev.2009; 85 (8):511-8.
- Facchini LC, Almeida S, Delgado SE. **O perfil da demanda para intervenção fonoaudiológica na UTI neonatal do hospital de clínicas de Porto Alegre.** Pró-Fono Revista de Atualização Científica. 2000; 12(1): 34-37.
- Ferreira APA et al. **Comportamento visual e desenvolvimento motor de recém-nascidos prematuros no primeiro mês de vida.** Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano. 2011; 2: 335-43.
- Ferri C. **Prevalência de Anemia Ferropriva Em Prematuros de muito Baixo Peso Com Um Ano De Idade Corrigida E Fatores Perinatais Associados** [Mestrado]. Porto Alegre: UFRGS. 2012.
- Formiga CKMR, Linhares MBM. **Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo.** Revista Escola de Enfermagem USP. 2009; 43(2): 472-80.
- Freitas M, Kernkraut A M, Guerrero SMA, Akopian STG, Murakami SH, Madaschi V, et al.. **Acompanhamento de crianças prematuras com alto risco para alterações do crescimento e desenvolvimento: uma abordagem multiprofissional.** Einstein. 2010; 8(2pt): 180-6.
- Gleason CA, Devaskar SU. **Avery's diseases of the newborn.** 9° ed.Philadelphia: Elsevier Health Sciences; 2012.
- Graziano RM, Leone CR. **Frequent ophthalmologic problems and visual development of preterm newborn infants.** Journal Pediatric. 2005; 81(1):95-100.
- Hack M, Friedman H, Fanaroff A. **Outcomes of extremely low birth weight infants.** Pediatrics.1996; 98 (5): 931-37.
- Kuczumski RJ, Ogden CL, Grummer-Strawn LM, Flegal KM, Guo SS, Wei R, et al. **CDC growth charts.**United States. Adv Data.2000; (314):1-27.
- Linhares MBM, Carvalho AEV, Machado C, Martinez FE. **Desenvolvimento de bebês Nascidos pré-termos no primeiro ano de vida.** Paidéia. 2003; 13(25): 59-72.
- Lucio IML, Cardoso MVLML, Almeida PC. **Investigação do reflexo vermelho em recém-nascido e sua relação com fatores da história neonatal.** Revista Esc Enfermagem São Paulo: USP. 2007; 41(2): 222-28.
- Madeira IR, Aquino LA, Resengue RM. **Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento.** In: Júnior Campos D, Burns DA, Lopez FA. Tratado de Pediatria V2. 3° ed. São Paulo: Manole; 2014. 2449-56.

Magalhães M, Rodrigues FPM, Gallacci CB, Pachi PR, Chopard MRT, Neto TBL. **Guia de Bolso de Neonatologia. Serviço de Neonatologia do Departamento de Pediatria da Santa Casa de São Paulo.** 1ªed. São Paulo: Atheneu; 2013.

Mello DF, Rocha SMM. **Assistência de enfermagem a crianças prematuras: uma revisão da literatura sobre o seguimento.** Revista Brasileira de Enfermagem. 1995; 52(1): 14-21.

Mello DF, Rocha SMM, Scochi CGS, Lima RAG. **Brazilian mothers' experiences of home care for their low birth weight infants.** Neonatal Netw. 2002; 21(1): 30-4.

Mello RR, Meio MDBB. **Follow-up de recém-nascido de risco.** In: Moreira M, Braga NA, Morsch DS, organizadores. Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.179-84.

Nascimento MBR, Issler H. **Aleitamento materno em prematuros: Manejo Clínico hospitalar.** J. Pediatria. 2004;80:163-72.

Northern JL, Hayes D. **Universal screening for infant hearing impairment: Necessary, Beneficial and Justifiable.** Audiology Today. 1994; 6(2): 1-4.

Palhares DB. **Acompanhamento das morbidades frequentes. Manual Seguimento Ambulatorial de Prematuro de Risco. Departamento Científico de Neonatologia.** 1ªed. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2012:63-67.s

Pereira DFC. **Estudo Comparativo da Mortalidade e Morbilidade Neonatais dos Nascimento Pré-termo Tardios com os Nascimento a Termo, em Crianças Nascidas no Centro Hospitalar Cova da Beira** [Mestrado]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2014.

Portale AA. **Blood calcium, phosphorus and magnesium.** In: Favus MJ. Primer on themetabolic bone diseases and disorders of mineral metabolism.4ªed. Philadelphia: Lippincott Williamand Wilkins; 1999.115–18.

Resegue R, Puccini RF, Silva EMK. **Risk factors associated with developemental abnormalities among high-risk children attendend at a multidisciplinary clinic.** Med J. 2008; 126(1): 4-10.

Restiffe AP,Gherpelli JLD. **Comparison of chronological and corrected ages in the gross motor assesment of low-risk preterm infants during the first year of life.** Arq Neuropsiquiatr. 2006; 64(28): 418-25.

Ribes Pereira MR, Jobim e Souza SI. **Infância, conhecimento e contemporaneidade.** In: Kramer S, Leite MI organizadores. Infância e produção cultural. Campinas: Papyrus;1998.25-42.

Ruas TCB, Ravanini SG, Martinez CS, Gagliardo HR, Françoço MFC, Rim PHH. **Avaliação do comportamento visual de lactentes no primeiro e segundo meses de vida.** Rev. Bras. Crescimento Desenvolvimento. 2006; 16(3): 1-8.

Rugolo LMSS. **Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo.** J Pediatr. 2005; 81(1): 101-09.

Sadeck LSR. **Sinais de alerta para déficit no primeiro ano de vida. Manual Seguimento Ambulatorial de Prematuro de Risco. Departamento Científico de Neonatologia.** 1ªed. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2012; 25-8.

Silva ES, Nunes ML. **The influence of gestacional age and birth weight in the clinical assesment of the muscle tone of healthy term and preterm newborns** . Arq Neuropsiquiatr. 2005; 63(4): 956-62.

Silva OPV. **A importância da família no desenvolvimento do bebê prematuro**. Psicologia Teoria e Pratica. 2002; 4(2): 15-24.

Silveira RC. **Manual Seguimento Ambulatorial de Prematuro de Risco. Departamento Científico de Neonatologia**. 1ªed. Porto Alegre: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2012.

Silveira RC, Procianny RS. **Lesões isquêmicas cerebrais no recém-nascido pré-termo de muito baixo peso**. Jornal de Pediatria. 2005; 81(1): 23-32.

Spitte AJ, Boyd RN, Inder TE, Doyle LW. **Predicting motor development in very preterm infants at 12 months' corrected age: the role of qualitative magnect resonance imaging and general movements assessment**. Pediatrics.2009; 123 (2):512-17.

Steward DK, Pridham KF. **Growth patterns of extremely low birth weight hospitalized preterm infants**. J Obstet Gynecol Neonatal Nurses. 2002; 31: 57-65.

Telles Júnior M, Leite HP. **Terapia nutricional no paciente pediátrico grave**. São Paulo: Atheneu; 2005.

Theme FMM, Gama SG, Cunha CB, Leal MC. **Confiabilidade do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos Hospitalares no Município do Rio de Janeiro**. Cad. Saúde Publica . 2004; 20(Supl 1): 583-91.

Uhing MR, Das UG. **Optimizing growthin the preterm infant**. Clin Perinatol. 2009; 36:165–76.

Vieira CS, Melle DF. **O Seguimento da Saúde da Criança Pré-termo e de Baixo Peso Egressa da Terapia Intensiva Neonatal**. Texto Contexto Enfermagem. 2009;18(1): 74-82.

Wong DL. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1999.

Zelle RS. **Folow-up of al- risk infanls in lhe home setting: consullation model**. JOGNN. 1995; 24(1): 51 -55.

Zomignani AP, Zambelli HL, Antonio MAGM. **Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros**. Revista Paulista de Pediatria. 2009; 27(2): 198-203.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Água; Tratamento 147

Aleitamento materno 95, 98, 100, 102, 104, 131, 132, 134, 135

Alienação social 1

Anemia 4, 5, 6, 7, 8, 9, 97, 98, 103, 170

Aprendizado ativo 124

Arbovírus 142, 143, 144, 145, 146

B

Banco de leite humano 130, 131, 132, 133, 135

Brasil 2, 3, 4, 5, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 28, 32, 36, 37, 38, 40, 45, 51, 54, 55, 64, 67, 68, 71, 73, 78, 80, 81, 83, 95, 96, 100, 102, 111, 112, 128, 132, 135, 136, 142, 143, 144, 145, 146, 148, 149, 150, 151, 154, 155, 157, 158, 159

C

Câncer de mama 67, 82, 83, 84, 87, 91, 92, 93, 118

Cirurgia estética 1

Cisto dermoide 47, 48, 52

COVID-19 73, 74, 75, 76, 78, 79, 80, 81, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 168, 169, 170, 171, 172, 173

CPRE 139, 140, 162, 164

D

Dispositivos intrauterinos 106, 107, 109

E

Endoscopia digestiva alta 139, 162, 166

Enfermagem perioperatória 25, 27

Estrógenos 113, 118

Extensão universitária 73, 74, 75, 80, 81

F

Fadiga 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 91, 92

Febre de Mayaro 142, 143, 144, 145

Fitoestrogênio 113

Formação acadêmica 73, 79

H

Hanseníase 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45

I

Incidência 15, 16, 19, 29, 31, 55, 64, 67, 68, 69, 71, 95, 99, 107

Infectologia 124, 127, 145

Insuficiência cardíaca 4, 5, 6, 7, 9

J

Jogos recreativos 124

M

Mecanismos 2, 4, 7, 17, 37, 56, 61, 114, 115, 118

Metodologia 15, 16, 38, 47, 52, 54, 57, 58, 59, 75, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 132, 144, 149

Métodos de avaliação 124

Mídias sociais 1, 2, 3

Modelo de treinamento 139, 162

N

Neumonía por COVID-19 168

O

Ovário 47, 48, 50, 51, 52, 53, 93

P

Paciente crítico 25, 26, 27, 28, 31

Pandemia de COVID 73, 130, 132, 133, 136

Posicionamento cirúrgico 25, 27, 28, 29, 31, 32, 33

Prevenção da saúde 147

Prognósticos 4, 45, 61, 63

Promoção 66, 70, 72, 74, 80, 101, 113, 130, 131, 135, 147

Q

Qualidade de vida 5, 9, 70, 76, 82, 84, 85, 86, 87, 88, 90, 91, 92, 93, 96, 116, 135

R

Receptor alfa de estrógeno 113

Retocolitis ulcerosa 168

S

Simulador mecânico 137, 138, 139, 161, 162, 163

Subnotificação 142, 143, 144

T

Técnica endoscópica 139, 162

Teratoma cístico maduro de ovário 47, 48, 50, 52

Tocantins 42, 142, 143, 144, 145

Tumor 47, 48, 52, 68, 83, 90, 169

V

Vaginose bacteriana 107, 109, 110


Violência 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 54, 55


MEDICINA:


Campo teórico, métodos e
geração de conhecimento



www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

@atenaeditora 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

2

MEDICINA:

Campo teórico, métodos e
geração de conhecimento



www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 

2