FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
CURSO DE FISIOTERAPIA

MARIA APARECIDA CAMPOS DE SOUZA

PERFIL DOS USUÁRIOS DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE EM UMA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA DO ALTO SERTÃO PARAIBANO

PATOS-PB
2012

MARIA APARECIDA CAMPOS DE SOUZA

PERFIL DOS USUÁRIOS DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE EM UMA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA DO ALTO SERTÃO PARAIBANO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Fundação Francisco Mascarenhas – Faculdades Integradas de Patos, como requisito parcial para obtenção do diploma de bacharel em Fisioterapia pela referida instituição.

Orientador (a): Prof.ª Esp. Manuela Carla de Souza Daltro

PATOS-PB
2012

MARIA APARECIDA CAMPOS DE SOUZA

PERFIL DOS USUÁRIOS DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE EM UMA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA DO ALTO SERTÃO PARAIBANO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Fundação Francisco Mascarenhas – Faculdades Integradas de Patos, como requisito parcial para obtenção do diploma de bacharel em Fisioterapia pela referida instituição.

Aprovado em: _____/_____/_____

Nota: _____

_____

PROFA. ESP. MANUELA CARLA DE SOUZA DALTRO
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
(ORIENTADORA)

_____

PROF. MS. RENAN ALVES DA SILVA JÚNIOR
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
(1° MEMBRO)

_____

PROF. ESP. SAMARA CAMPOS DE ASSIS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
(2° MEMBRO)

A Deus por ter permitido tudo isso, ao longo de toda minha vida; concedendo, saúde, sabedoria, perseverança e força para suportar todos os obstáculos; como também aos meus amados pais , cuja fé depositaram em mim.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a ti **Deus!** Que durante esta etapa, não somente durante esta etapa acadêmica, e sim em toda minha vida, me proporcionando: inteligência, coragem, saúde e perseverança. Obrigada meu Deus! Por todas essas coisas maravilhosas que me foram concedidas.

Aos meus amados pais **Josevy Campos e Josefa Galdino** que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade, humildade e perseverança, que se doaram por inteiros e que fizeram tornar possível a realização deste sonho. Agradeço a vocês cuja fé depositou em mim e que sempre estiveram presente nesta jornada da minha vida acadêmica, mostrando-me que sempre seja qual for à dificuldade que iria superá-la, me ajudando e me dando forças para sempre ir em frente sem desistir dos meus objetivos. Agradeço Imensamente a vocês.

Aos meus **irmãos** pelo apoio, força e amor, que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização neste sonho. Obrigado a todos!

Ao meu avô **Sebastião Campos** (in memorian), pelo carinho, força e incentivo em todos os momentos.

A minha orientadora amada **Manuela Daltro**, pela competência, dedicação, sabedoria e paciência, contribuiu bastante para a realização deste trabalho cientifico. Muito Obrigada!

Aos meus preceptores e supervisores dos estágios que contribuíram com um pouco de seus conhecimentos para minha formação acadêmica.

A minha equipe dos estágios supervisionados, **Andersom, Genicleudo e Mônica** que estiveram comigo durante toda essa jornada.

Aos membros da banca, **Renan e Samara** por terem aceitado o convite de participarem da minha banca examinadora e por disponibilizarem seu tempo para a concretização deste trabalho.

"Não posso continuar sendo humano se faço
desaparecer em mim a esperança.”
(Paulo Freire)

LISTA DE TABELA

TABELA 01: Achados sobre Visão, audição e Linguagem nos prontuários..... 28

LISTA DE FIGURAS

Figura 01- Prevalência de acordo com o gênero das crianças em estimulação Precoce..... 22

Figura 02- Distribuição da amostra segundo a idade das crianças em estimulação Precoce..... 23

Figura 03- Distribuição da amostra quanto ao tipo de parto..... 23

Figura 04- Tabela de somatório de APGAR..... 24

Figura 05_ Distribuição da amostra segundo a idade gestacional..... 24

Figura 06- Distribuição da amostra segundo a história gestacional..... 25

Figura 07- Distribuição da amostra quanto à história clinica..... 26

Figura 08- Distribuição da amostra segundo os exames neuro-sensorio-motor..... 26

Figura 09- Distribuição da amostra segundo as reações de retificação e equilíbrio..... 27

Figura 10- Distribuição da amostra segundo o diagnóstico fisioterapêutico..... 28

LISTA DE ABREVIATURAS

ANS- Agência Nacional de Saúde

APAES- Associação dos Pais e amigos dos Excepcionais

APGAR- Sistema de avaliação do bebê durante os primeiros minutos de vida

CEP- Comitê de Ética e Pesquisa

DNPM- Desenvolvimento NeuroPsicoMotor

FIP - Faculdades Integradas de Patos

RN- Recém- Nascido

RNPT -Recém- Nascidos Pré-Termo

SNC- Sistema Nervoso Central

SUS- Sistema Único de Saúde

UTIN- Unidades de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 10

2 OBJETIVOS 12

2.1 OBJETIVO GERAL 12
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 12

3 MARCO TEÓRICO 13

3.1 BEBÊS DE RISCO 13
3.2 ESTIMULAÇÃO PRECOCE 14
3.3 FISIOTERAPIA NA ESTIMULAÇÃO PRECOCE 15

4 ARTIGO A SER SUBMETIDO À REVISTA BOLETIM DE CIÊNCIAS EM SAÚDE DAS FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS 17

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 36

REFERÊNCIAS 38

APÊNDICES 42

APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 43
APÊNDICE B: FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DOS PRONTUÁRIOS..... 44

ANEXOS 46

ANEXO A: TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL..... 47
ANEXO B: CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA 48
ANEXO C: NORMAS PARA PUBLICAÇÃO 49

1 INTRODUÇAO

O desenvolvimento neuropsicomotor da criança é atualmente afetado negativamente por diversos fatores incidentes nos períodos pré, peri e/ou pós-natais. Estes fatores aumentam a probabilidade da criança manifestar alterações na aquisição de habilidades motoras, cognitivas e psicossociais (GIULIANI, 2006).

Além dos déficits neuromotores, os atrasos no desenvolvimento podem, também, resultar em várias limitações nas habilidades funcionais. As atividades funcionais incluem, por exemplo, atividades de auto-cuidado como alimentação, banho independentes, atividades de mobilidade como levantar da cama e ir ao banheiro com independência, além de tarefas de função social (MAGALHÃES, 2002).

Normalmente a maioria dos recém- nascidos pré-termo (RNPT) apresenta grande probabilidade de sofrer atraso no desenvolvimento motor e cognitivo, alterações no tônus muscular, problemas comportamentais e de linguagem (TAUFI JR. SCHVARTSMAN,2009).

Geralmente na maior parte dos casos, a ocorrência da prematuridade está relacionada a eventos que aumentam a morbi-mortalidade do RN como baixo peso ao nascer, asfixia peri natal, crescimento intra-uterino retardado, hemorragias peri - intraventriculares e anomalias congênitas entre outros. A ocorrência de dois ou mais desses eventos parece estar relacionados a problemas clínicos pós-natais e a atrasos no desenvolvimento neuromotor da criança. Sendo assim, os bebês que foram expostos a ocorrências de dois ou mais desses fatores serão considerados RN de alto risco (TAUFI JR. SCHVARTSMAN, 2009).

Assim, para possibilitar a intervenção precoce nos atrasos evolutivos é imprescindível a identificação de distúrbios no desenvolvimento neuropsicomotor no primeiro ano de vida (BRIANEZI, 2006) A estimulação precoce visa possibilitar ao indivíduo desenvolver-se em todo o seu potencial (AIELLO; SERRA, 2002).

A intervenção precoce é atualmente considerada como é um conjunto de ações tendentes que proporciona às crianças experiências sensório - motoras de que estas necessitam desde o seu nascimento para desenvolver ao máximo seu potencial neuropsicomotor. Isso se alcança através da presença de pessoas e objetos, em quantidade e oportunidades adequadas e em um contexto de situações de variada complexidade, que geram na criança certo interesse; e atividades, condições necessárias para gerar uma reação dinâmica com seu meio ambiente e uma aprendizagem efetiva (MEMNOM, 1992).

Vale salientar que esse trabalho visou traçar o perfil dos usuários de estimulação precoce de uma clinica escola do alto sertão paraibano. Diante disso; tendo em vista o

conhecimento desses bebês será possível proporcionar o tratamento (estimulação precoce) para bebês que necessita realmente desse tratamento.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Traçar o perfil clínico dos usuários de estimulação precoce de uma clinica escola do alto sertão paraibano no período de janeiro de 2010 a janeiro de 2011.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar se os pacientes atendidos são público alvo da disciplina de estimulação precoce;
- Esclarecer o conceito de bebês de riscos;
- Demonstrar os benefícios da estimulação precoce em bebês de riscos;
- Despertar a comunidade, como os profissionais de saúde sobre a importância da fisioterapia em estimulação precoce.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 BEBÊS DE RISCO

O baixo peso e prematuridade ocasionam déficit motor, sensorial e dificuldade de aprendizagem (SILVA, 2002) como também internações durante grandes períodos em unidades de terapia intensiva neonatal (UTIN), com risco aumentado para morbi mortalidade e comprometimento/atraso no desenvolvimento (ARRUDA; MARCON, 2010).

Sabe-se, através de diferentes estudos e pesquisas (FONSECA; WALLON,; ALMEIDA; et al.,2007) que crianças quando possuem alguma necessidade especial - seja ela física ou mental - apresentam um desenvolvimento mais tardio das funções motoras e cognitivas, porém não significa que não venham a atingir um grau de normalidade ou até mesmo superior nos diferentes âmbitos e estágios de desenvolvimento.

A teoria dos sistemas dinâmicos, mais aceita atualmente, apontou que o comportamento motor não é influenciado apenas pelo sistema nervoso, mas também existem outros fatores como, por exemplo, os psicológicos e os ambientais. (CAMARGOS, LACERDA, 2008) Segundo Tecklin, (2002) é a interação destes fatores que promove o desenvolvimento das habilidades motoras.

O desenvolvimento neuropsicomotor da criança pode, no entanto, ser afetado negativamente por diversos fatores incidentes nos períodos pré, peri e/ou pós-natais. Estes fatores aumentam a probabilidade da criança manifestar alterações na aquisição de habilidades motoras, cognitivas e psicossociais. Assim, para possibilitar a intervenção precoce nos atrasos evolutivos é imprescindível a identificação de distúrbios no desenvolvimento neuropsicomotor no primeiro ano de vida da criança (CARAM. et ; CAON et al,2006).

Bebês de riscos são aqueles que durante o período gestacional passaram por alguma irtercorrência (infecções congênitas, hipertensão arterial entre outros, ou após o nascimento (distúrbios metabólicos, desconforto respiratório e entre outros fatores). Tais fatores podem influenciar para o desenvolvimento global do bebê. (SOUZA; et al,2001).

Devido à elevada e frequente incidência e aos riscos que essas crianças estão sujeitas em sua adaptação à vida extra-uterina e em seu processo de crescimento e desenvolvimento, elas necessitam de atenção diferenciada dos profissionais de saúde, que podem lhes oferecer uma assistência mais integral e humanizada, visando a uma melhor qualidade de vida do bebê, mãe e família (CAETANO; FUJINAGA; SCOCHi,2003).

A prematuridade constitui-se a partir de parâmetros colocados em evidência pelos exames médicos (dados clínicos e ultrasonográficos) e pela avaliação anatômica da criança (principalmente peso e estatura). A definição de prematuridade da Organização Mundial de Saúde que toma como ponto principal a idade gestacional estabelece que seja prematura a criança nascida de uma gestação com tempo inferior a 37 semanas, contadas a partir da última menstruação. O bebê nascido entre 32 e 35 semanas de gestação é considerado como uma criança de risco e o bebê nascido antes de 32 semanas são considerados de alto risco. A definição, segundo os critérios relativos ao peso estabelece como prematura a criança que nasceu antes do final da gestação e com um peso inferior a 2.500g.

É de suma importância a associação entre a idade gestacional e o peso da criança, pois uma criança hipotrófica - de baixo peso quando considerada a idade gestacional - pode apresentar déficits mais importantes do que um prematuro eutrófico - com peso apropriado para sua idade gestacional. A evolução da Neonatologia, a partir da década de 70, que vem reduzindo a mortalidade de bebês nascidos prematuros, tem como desafio a questão da morbidade e da qualidade de vida dessas crianças. As causas da interrupção precoce da gravidez e de um parto prematuro podem ser diversas, podendo estar implicados fatores relativos à saúde da mãe e/ou do bebê. (PINTO, 2009).

Os bebês prematuros constituem, em média, 5,6% dos nascimentos no Brasil, segundo a taxa de prematuridade do Sistema Único de Saúde - SUS (citado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar [ANS], 2005).

O nascimento prematuro constitui um importante fator de vulnerabilidade, que pode comprometer tanto a saúde e como o desenvolvimento da criança (FRANÇOIS et al., 1998; GURALNICK, 1998; MELLIER, 1999 PINTO, 2000).

3.2 ESTIMULAÇÃO PRECOCE

A estimulação precoce visa possibilitar ao indivíduo desenvolver-se em todo o seu potencial. Quanto mais imediata for à intervenção, preferencialmente antes dos 3 anos de idade, maiores as chances de prevenir e/ou minimizar a instalação de padrões posturais e movimentos anormais.(SERRA,2004; TUDELLA,2004; MARQUES ,2005; FORMIGA,PEDRAZZANI).

Silva e Kleinhans (2006) salientam a necessidade de os programas de intervenções não se limitarem ao atendimento somente de crianças pequenas. De acordo com Almeida et al.

(2007), as crianças de zero a três anos geralmente recebem a estimulação precoce em centros especializados ou APAE's (Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais) porém, a partir dessa idade, a estimulação reduz consideravelmente ou até mesmo cessa. A intervenção precoce baseia-se em exercícios que visam ao desenvolvimento da criança de acordo com a fase em que ela se encontra (SARRO, SALINAME, 1999). Assim, programa-se um conjunto de atividades destinadas a proporcionar à criança, nos primeiros anos de vida, o alcance do pleno desenvolvimento. (DIRETRIZES EDUCACIONAIS SOBRE ESTIMULAÇÃO PRECOCE. BRASÍLIA, 1995).

A intervenção fisioterapêutica precoce apresenta bons resultados, mas, na prática, muitos bebês são encaminhados tardiamente às instituições, geralmente apresentando algum tipo de deficiência restringindo a intervenção, que não pode alcançar o objetivo de prevenção das alterações patológicas no desenvolvimento (TUDELLA, 2004).

A falta de estimulação e o encaminhamento tardio irão interferir no desenvolvimento assim, por meio da intervenção precoce, será possível a obtenção de melhores resultados, fazendo com que grandes problemas tornem-se alterações mínimas (LÍVIA; ANETE. 2010).

A estimulação engloba uma série de práticas específicas usadas para desenvolver a capacidade da criança de acordo com seu grau de comprometimento e da fase de desenvolvimento em que se encontra (LÍVIA, ANETE, 2010).

Estudo comparativo sobre desempenho perceptual e motor em crianças em idade escolar que nasceram pré-termo e a termo mostrou diferenças significativas de desempenho entre os dois grupos em quase todos os testes. Chama a atenção para a importância do acompanhamento que deve ser dado do desenvolvimento de recém-nascidos pré-termo, principalmente os nascidos abaixo da 34º semana de gestação e com menos de 1500g, até a idade escolar. Uma recomendação pertinente, frente aos dados apresentados, é que além de programas de detecção precoce de seqüelas neuromotoras, crianças com história de prematuridade e que não apresentam quadro neurológico evidente, deveriam ser encaminhados a programas de intervenção precoce (MAGALHÃES, 2003).

3.3 FISIOTERAPIA NA ESTIMULAÇÃO PRECOCE

O tratamento Bobath usa o manuseio para inibir respostas anormais, enquanto facilita reações automáticas. O manuseio proporciona experiências sensoriais e motoras normais que darão base para o desenvolvimento motor. Com as abordagens sensório-motoras, estímulos sensoriais específicos são administrados para estimular uma resposta comportamental ou

sensório-motora.A intervenção sensório-motora é de suma importância quando aplicada a bebês de alto risco de várias maneiras, por exemplo, o rolamento linear em uma bola pequena para estimular o sistema vestibular e promover um estado de alerta. Estímulos proprioceptivos e táteis profundos poderão promover um comportamento calmo e auto-regulatório (TECKLIN, 2002).

Ainda segundo Tecklin (2002), o tratamento por meio neuroevolutivo (Bobath), foi originalmente desenvolvido pelos Bobath na Inglaterra no início da década de 1940 para o tratamento de indivíduos com fisiopatologias do SNC. Esse método foi descrito como um conceito de vida e, como tal, continuou a evoluir com o passar dos anos.

A fisioterapia, enquanto área de conhecimento contribui com as pesquisas envolvendo o desenvolvimento infantil, especialmente as relacionadas à evolução da motricidade, tanto em lactentes saudáveis quanto nos expostos a fatores de risco (CAMPOS. et al,2004).

O período em que a intervenção é proposta também deve ser considerado, nos primeiros anos de vida primeiros 12 e 18 meses) existe uma maior plasticidade cerebral, o que possibilita a otimização de ganhos no desenvolvimento motor (SHEPHERD, 1998, BLAUW CH, 2005).

A intervenção nos primeiros anos de vida auxilia nos ganhos do desenvolvimento humano e prevenir as incapacidades ou condições indesejáveis, sendo, que os indivíduos são bebê e crianças de até três anos de vida com alto risco de retardo mental e atraso no desenvolvimento (ALMEIDA, 2004)

Estudos sugerem que a fisioterapia demonstra ser efetiva na melhora do desenvolvimento motor, após um ano de terapia incluindo brincadeiras apropriadas para aumento das habilidades, em criança com dificuldades motoras antes dos três anos de vida (ALINE W; CAMILA C.F.A;JULIANA,2007).O mesmo relata que a intervenção fisioterapêutica associada ao treinamento dos pais, geram resultados mais favoráveis no desenvolvimento motor do que a intervenção fisioterapêutica sem orientação dos mesmos .

4 ARTIGO A SER SUBMETIDO À REVISTA BOLETIM DE CIÊNCIAS EM SAÚDE DAS FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS

PERFIL DOS USUÁRIOS DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE EM UMA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA DO ALTO SERTÃO PARAIBANO

ARTIGO ORIGINAL

Perfil Dos Usuários De Estimulação Precoce Em Uma Clínica Escola De Fisioterapia Do Alto Sertão Paraibano

Profile Of Members Of Early Stimulation In A School Of Physical Therapy Clinic Of High Wilderness Paraibano

Maria Aparecida Campos De Souza[1]; Manuela Carla de Souza Daltro[2]

[1]Graduanda de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos- FIP;

[2]*Professora Especialista das Faculdades Integradas de Patos- FIP

*Autor para correspondência: Manuela Carla de Souza Daltro

Endereço para correspondência: Rua: João da Mata, 36 Apt.301 Centro- Patos- PB. E-mail: manucacarla@hotmail.com

Perfil Dos Usuários De Estimulação Precoce Em Uma Clínica Escola De Fisioterapia Do Alto Sertão Paraibano

Profile Of Members Of Early Stimulation In A School Of Physical Therapy Clinic Of High Wilderness Paraibano

RESUMO

O desenvolvimento neuropsicomotor da criança é atualmente afetado negativamente por diversos fatores incidentes nos períodos pré, peri e/ou pós-natais. Estes fatores aumentam a probabilidade da criança manifestar alterações na aquisição de habilidades motoras, cognitivas e psicossociais. Vale salientar que esse trabalho visou traçar o perfil dos usuários de estimulação precoce de uma clinica escola do alto sertão paraibano. O presente estudo, com relação aos procedimentos técnicos tratou-se de uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa e com objetivo exploratório e documental, envolvendo formulários para coleta de dados dos prontuários. Tendo início a aplicação da pesquisa durante o primeiro semestre de 2012, após a aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos (FIP), sob o nº 185/2011. O estudo foi constituído por todos os prontuários do setor de estimulação precoce da clínica escola de fisioterapia na cidade escolhida. Após a autorização da coordenadora da Clínica Escola e a aprovação do Comitê de ética e Pesquisa, o pesquisador explorou os prontuários. Dos 22 prontuários analisados, predominância do perfil: gênero feminino com faixa etária de zero a três anos. Em relação à idade, a maioria das crianças tinha de seis meses a um ano. Quanto ao parto realizado foi constatado uma alta incidência de parto Cesário, no que se refere o índice de APGAR variou-se de 4 a 6 tanto no primeiro como no quinto minuto.Quanto à idade gestacional foi contatada uma alta incidência de pré-termos .No que se refere à QP todos os prontuários foram relatados atraso no desenvolvimento motor.Quanto a historia gestacional foi contatados diversos fatores maternos que podem afetar negativamente à criança. De acordo com a História clínica as crianças só eram encaminhadas para fisioterapia após início dos sintomas. Na avaliação das reações de retificação e equilíbrio grande parte das crianças apresentou ausência. Em relação à Visão e audição algumas crianças obtiveram alterações e quanto ao Diagnostico Fisioterapêutico a maior parte das crianças apresentaram atraso no DNPM. Ao fim deste trabalho pode-se constatar que as crianças atendidas no setor de estimulação precoce, são realmente o público alvo desta disciplina Sendo a fisioterapia de suma importância no desenvolvimento da criança, estimulando o potencial de desenvolvimento global.

Palavras-chaves: Bebê de risco; Estimulação Precoce; Fisioterapia.

ABSTRACT

The neuro psychomotor development of children is currently adversely affected by several factors incidents in the pre, peri and / or postnatal. These factors increase the likelihood of the child manifest changes in the acquisition of motor skills, cognitive and psychosocial. It is noteworthy that this work was to establish a profile of users of early stimulation of a high school clinic backlands of Paraiba. This study, with respect to the technical procedures of a treated field research with a qualitative approach and exploratory objective and documentary forms involving data collection from medical records.Beginning the application of

research during the first half of 2012, after the approval of the work by the Research Ethics Committee of the International College of Duck (FIP) under No. 185/2011.

The study consisted of all the records in the sector of early stimulation of clinical physical therapy school in the city chosen.After authorization by the coordinator of the Clinical School and the approval of the Ethics and Research, the researcher explored the charts. Of the 22 records analyzed, the predominant profile: females aged from zero to three years. In terms of age, most children had six months to one year. The delivery was performed reached a high incidence of c-section, as regards the Apgar score was varied 4-6 in the first and the fifth minuto.Quanto gestational age was contacted to a high incidence of termo.No As regards the QP all records were reported delayed development motor.Quanto the story was contacted various gestational maternal factors According to clinical history only children were referred for physical therapy after onset of symptoms. In assessing the reactions of rectification and balance most of the children showed an absence. In relation to vision and hearing children had some changes on the physical therapy diagnosis and the majority of the children had delayed DNPM. At the end of this work can be seen that the children seen in the area of early stimulation, are really the target audience of this course physiotherapy being of paramount importance in child development, encouraging the potential of global development.

Keywords: baby at risk; Early Stimulation, Physical Therapy.

.

1 INTRODUÇAO

O desenvolvimento neuropsicomotor da criança é atualmente afetado negativamente por diversos fatores incidentes nos períodos pré, peri e/ou pós-natais. Estes fatores aumentam a probabilidade da criança manifestar alterações na aquisição de habilidades motoras, cognitivas e psicossociais. (GIULIANI)[10].

Além dos déficits neuromotores, os atrasos no desenvolvimento podem, também, resultar em várias limitações nas habilidades funcionais. As atividades funcionais incluem, por exemplo, atividades de auto cuidado como alimentação, banho independentes, atividades de mobilidade como levantar da cama e ir ao banheiro com independência, além de tarefas de função social. (MAGALHÃES)[13]

Normalmente a maioria dos recém-nascidos pré-termo (RNPT) apresenta grande probabilidade de sofrer atraso no desenvolvimento motor e cognitivo, alterações no tônus muscular, problemas comportamentais e de linguagem (TAUFI JR.; SCHVARTSMAN)[14].

Geralmente na maior parte dos casos, a ocorrência da prematuridade está relacionada a eventos que aumentam a

morbi-mortalidade do RN como baixo peso ao nascer, asfixia Peri natal, crescimento intra-uterino retardado, hemorragias Peri - intraventriculares e anomalias congênitas entre outros. A ocorrência de dois ou mais desses eventos parece estar relacionados a problemas clínicos pós-natais e a atrasos no desenvolvimento neuromotor da criança. Sendo assim, os bebês que foram expostos a ocorrências de dois ou mais desses fatores serão considerados RN de alto risco (TAUFI JR.; SCHVARTSMAN)[14].

Assim, para possibilitar a intervenção precoce nos atrasos evolutivos é imprescindível a identificação de distúrbios no desenvolvimento neuropsico-motor no primeiro ano de vida (CAMILLA et al,)[3] A estimulação precoce visa possibilitar ao indivíduo desenvolver-se em todo o seu potencial (TUDELLA,OLIVEIRA et al,)[26]

A intervenção precoce é atualmente considerada como é um conjunto de ações tendentes que proporciona às crianças experiências sensorio-motoras de que estas necessitam desde o seu nascimento para desenvolver ao máximo seu potencial neuropsicomotor. Isso se alcança através da presença de pessoas e objetos, em quantidade e oportunidades adequadas e em um contexto de situações de variada complexidade, que geram na criança certo interesse; e atividades, condições necessárias para gerar uma reação dinâmica com seu meio ambiente e uma aprendizagem efetiva (MEMNOM)[17].

Vale salientar que esse trabalho visou identificar se os bebês da clinica escola do alto sertão paraibano estudada são realmente bebês de risco, ou seja, se são indicados para esse tipo de tratamento. Diante disso; tendo em vista o conhecimento desses bebês será possível proporcionar o tratamento (estimulação precoce) adequado.

METODOLOGIA

O presente estudo, com relação aos procedimentos técnicos tratou-se de uma pesquisa de campo, com abordagem qualitativa e com objetivo exploratório e documental, envolvendo formulários para coleta de dados dos prontuários. Foi escolhido como cenário da presente pesquisa uma clinica escola de fisioterapia, localizada em um município do alto sertão paraibano. Tendo início a aplicação da pesquisa durante o primeiro semestre de 2012, após a aprovação do trabalho pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos (FIP), sob o nº 185/2011.

O estudo foi constituído por todos os prontuários do setor de estimulação

precoce da clínica escola de fisioterapia na cidade escolhida. A amostra foi composta por todos os prontuários, no período de janeiro de 2010 a janeiro de 2011 dessa mesma clínica, como participantes da pesquisa 10 (dez) gênero masculino, 12(doze) gênero feminino, com faixa etária de 0 a 3 anos.

Para os critérios de inclusão todas as crianças que realizava tratamento de estimulação precoce com faixa etária de 0 a 3 anos de idade no período de janeiro de 2010 a janeiro de 2011, para o inverso excluía-se aquelas crianças que eram atendidos em outro setor, ou em outro período.

Após a autorização da coordenadora da Clínica Escola e a aprovação do Comitê de ética e Pesquisa, o pesquisador explorou os prontuários, utilizou-se como base um formulário semi estruturado pelo pesquisador, colhendo dados como: Peso, tipo de parto, APGAR, queixa principal, História Gestacional, História Peri natal, História Clínica, exames neuro-sensório-motor como (tônus, reações de retificação e equilíbrio, marcos do DNPM alcançados, visão, audição e linguagem) e diagnostico fisioterapêutico.

Os dados foram analisados e discutidos entre a pesquisadora e a professora orientadora. Com base nos resultados obtidos, os dados quantitativos foram representados por meio de tabelas e gráficos, através do Programa Microsoft Excel, versão 2010.

Como a pesquisa de levantamento envolve dados de seres humanos, seu protocolo será enviado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) das Faculdades Integradas de Patos. Toda a pesquisa se processará após a autorização da coordenadora do setor. Diante do Termo de Compromisso do Pesquisador, os pesquisadores deverão manter confidencialidade e imagem do entrevistado.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 22 prontuários analisados, 10 (45%) eram do gênero masculino e 12 (54%) do gênero feminino com faixa etária de zero a três anos, conforme figura abaixo.

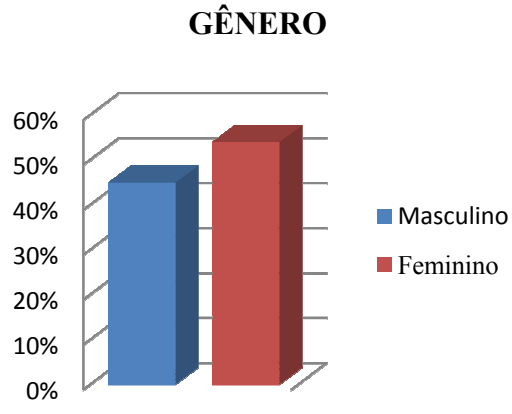


Figura01: Prevalência de acordo com o gênero das crianças em estimulação Precoce.
Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Em relação à idade, 5 crianças (22,72 %) tinham de 0-6 meses; 9 crianças (40,90%) 6 meses a 1 ano; 6 crianças (27,27%) 1 ano a 2 anos e de 2 anos a 3 anos 3 crianças (13,63%). Conforme figura abaixo.

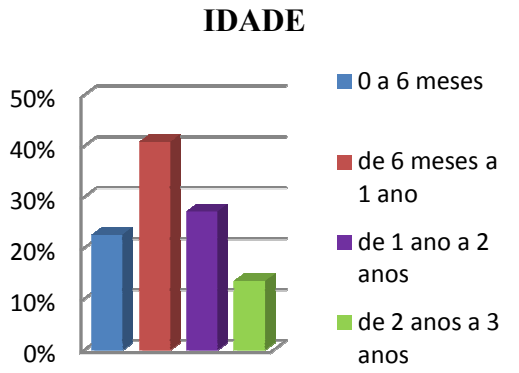


Figura 02: Distribuição segundo a idade das crianças de estimulação precoce.
Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Segundo Peres e Ramos[20], os primeiros anos de vida mostram-se de suma importância para o desenvolvimento da criança, considerando-se que o período de maior plasticidade neuronal ocorre nessa fase. Dessa forma, um cuidado especial é destinado aos bebês que têm chances de apresentar problemas nesse período em função de diversas intercorrências que são caracterizados como fatores de risco. Tais fatores levam as crianças expostas a eles a apresentarem suscetibilidade a atrasos ou distúrbios no seu desenvolvimento motor, mental, sensorial e emocional.

Estudos mostram que programas de estimulação é essencial para o desenvolvimento da criança com necessidades especiais, particularmente na faixa etária de zero a três anos (TANIA; ABEGAIR; TATIANE)[24].

Quanto ao tipo de parto realizado: 16 (72,72%) foram cesáreo e 6 por meio de parto normal (27,27%), conforme figura abaixo:

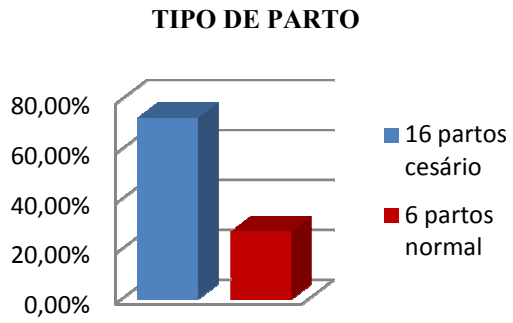


Figura 03: Distribuição quanto ao tipo de parto.
Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

De acordo com o Ministério da Saúde no Brasil tem sido incentivado o parto normal, por meio de campanhas, programas e portarias por defender que este tipo de parto oferece menor risco de infecções e complicações maternas dentre outras vantagens (CECATTI, GAMA)[5]. De acordo com Carniel et al [4];os índices de cesáreas no Brasil mantêm-se ainda elevados. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza-se como ideal uma taxa de cesarianas entre 10 % e 15 %. No entanto tem observado taxas superiores.

No que se refere o índice de APGAR variou-se de 4 a 6 tanto no primeiro como no quinto minuto. Sendo

que o maior índice de APGAR apontado correspondeu às notas 5 e 6 (primeiro e quinto minuto).

De acordo com Nascimento et al.[18], o boletim de APGAR de primeiro minuto é considerado como um diagnóstico da situação presente. Já o APGAR de quinto minuto é considerado como fator de prognóstico da saúde neurológica do RN.

Corrêa; et al[8] afirma que o Apgar é um método de avaliação sistemática do recém-nascido (RN).Com finalidades de avaliar as condições de nascimento do RN e de identificar aqueles que necessitam de assistência ,prevenindo seqüelas de uma provável asfixia. O mesmo relata que, a escala de Apgar consta de cinco parâmetros, que são: Freqüência cardíaca, esforço respiratório, tônus muscular, irritabilidade reflexa e coloração da pele.

Wong [27]relata que os escores totais de zero a três representam sofrimento grave, escores de quatro a seis significam dificuldade moderada e escore de sete a dez indicam ausência de dificuldade na adaptação à vida extra-uterina.

Quanto à idade gestacional encontrou-se: 16 (73%) pré-termo e 6 (27%) à termo.



Figura 04: Tabela de somatório de Apgar.
Fonte: Disponível em: [palmprof.com.br].

Martinez et al,[16] afirma que o recém-nascido pré- termo é definido como sendo aquele que nasce até o último dia da 37ª semana de idade gestacional. O recém-nascido a termo tem o nascimento entre 38 e 42 semanas e o pós-termo após 42 semanas.

IDADE GESTACIONAL

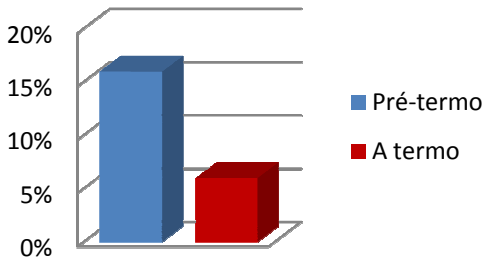


Figura 05: Distribuição quanto à idade gestacional
Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

A prematuridade, para o recém-nascido, pode ser uma condição de risco, pois sua imaturidade anatomofisiológica proporciona a uma série de dificuldades para sua adaptação e evolução na vida pós-natal (CAETANO; FUJINAGA; SCOCHi)[2].

No que se refere à QP (queixa principal): todos os prontuários foram relatados atraso no desenvolvimento motor, sendo que cada um dito de forma diferente, pois foram relatados com as mesmas palavras pronunciadas na avaliação.

Quanto a historia gestacional: 2 mães eram usuárias de drogas correspondendo a (9,09%), 2 não realizaram o pré-natal(9,09%), 2 sofreram agressão física ou psíquica(9,09%), 3 mães eram adolescentes (13,63%), 3 mães acima de 35 anos(13,63), 3 teve hipertensão arterial(9,09%), 2 perda de peso(9,09%), 2 ganho exagerado de peso(9,09%) e 3 sem intercorrência (13,63%). Conforme figura abaixo.

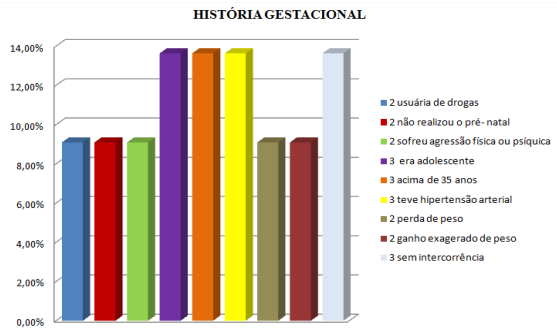


Figura 06: Distribuição segundo Historia gestacional.
Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Segundo Tecklin [25,] os fatores maternos predisponentes também podem precipitar o parto prematuro, sendo mais frequente nas mulheres, cujo acompanhamento no pré-natal não é adequado, nas desnutridas (baixo peso) e nas que tem condições socioeconômicas inferior. Silvana et al,[22] relata que, alguns autores vêm chamando a atenção para a associação entre a gravidez na adolescência e o risco maior de baixo peso ao nascer. O mesmo relata que além da maior chance da prematuridade, com o peso menor que 2.500g, alguns estudos revelam maiores taxas de mortalidade.

Maria et al [15] , informam que as drogas são consideradas deletérias a gestação e ao feto, vários autores concordam que a utilização de drogas tem um papel importante no aborto, prematuridade, deslocamento de placenta, diminuição do perímetro cefálico.

De acordo com a História clínica foram encaminhados pra fisioterapia desde o nascimento: 8 RN (36,36%); encaminhada pra fisioterapia após inicio dos sintomas: 10 RN (45,45%) e 4 (18,18%) encaminhada pra fisioterapia somente depois de três meses de sintomas.

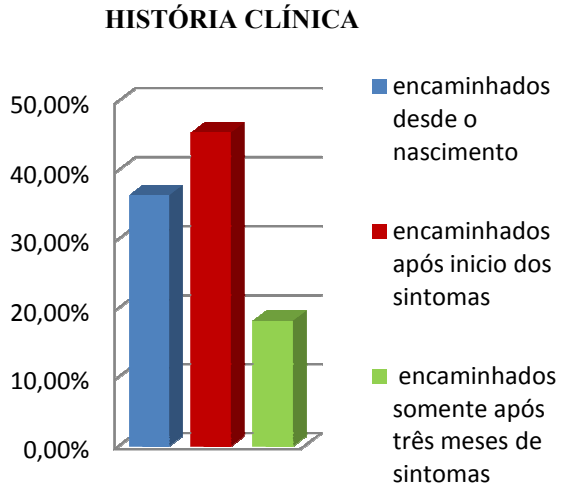


Figura 07: Distribuição segundo a História Clínica.
Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Tudella e Brandão[26], afirmam que a intervenção é considerada precoce antes que os padrões de postura e movimentos anormais tenham sido instalados; sendo extremamente importantes os primeiros quatro meses de idade o período ideal para iniciar o programa.

Nos Exames Neuro-Sensório-motor: 10 crianças (45,45%) apresentaram-se normotônicas; 9 crianças (40,90%) hipotônicas e 3 crianças (13,63%) espásticas avaliadas de acordo com a Escala Modificada de Ashworth. Conforme gráfico abaixo. Conforme gráfico abaixo.

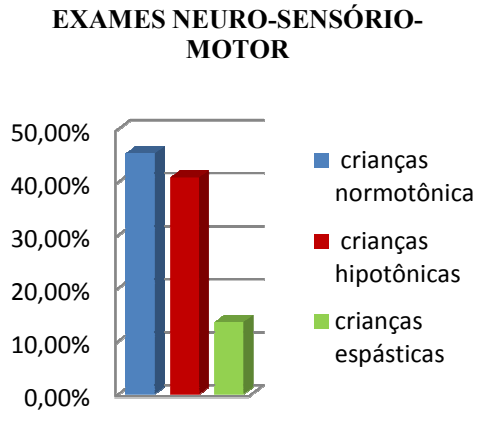


Figura 08: Distribuição segundo os exames neuro-sensorio-motor.
Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Shepherd[47] relata que a hipotonia muscular pode contribuir para o atraso de desenvolvimento da criança, tendo em vista uma maior dificuldade de a criança portadora produzir tensão muscular suficiente para desafiar a gravidade. O mesmo relata que a forma hipotônica apresenta depressão da função motora e fraqueza muscular. Já Mayer [12] diz que espasticidade é uma disfunção do sistema sensório-motor aumento do tônus muscular dependente da velocidade.

Na avaliação das reações de retificação e equilíbrio: 14 crianças (63,63%) apresentaram ausência; 02 crianças (9,09%) presentes, porém diminuídas e 05 crianças (22,72%) com presença. Conforme figura abaixo.

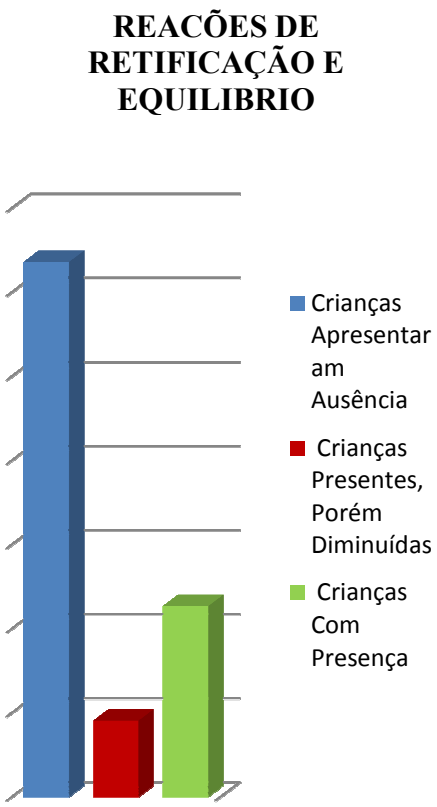


Figura 09: Distribuição segundo as reações de retificação e equilíbrio.
Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Souza e Ferrareto[23] relatam que o profissional tem que conhecer bem o desenvolvimento sensório-motor normal da criança, para poder então reconhecer o processo normal, e assim poderá ajudar as crianças com alterações. O mesmo relata que o desenvolvimento sensório-motor apresenta variações de uma criança para outra, algumas podem adquirir habilidades motoras mais precocemente que outras.

Limongi[11] relata que o desenvolvimento neuropsicomotor normal caracteriza-se pela aquisição gradual do controle de postura, com o surgimento das reações de retificação e equilíbrio.

Quando visto o marcos do DNPM Alcançados: 04 crianças (18,18%) não possuíam nenhum marco do DNPM alcançado; somente 05 controle Cefálico (22,72%); controle Cefálico, rola(Parcial) e senta 07 crianças (31,81%); e Controle Cefálico, rolar, sentar, e engatinhar 06 crianças (27,27%).

Quanto ao desenvolvimento motor ocorrem várias mudanças no comportamento da criança, envolvendo a maturação do sistema nervoso central influenciado pelos estímulos dados durante esse período e pela interação ambiental. Entre as etapas do desenvolvimento, o primeiro trimestre inicia-se com a presença de um tônus flexor e a postura em flexão que ao final desde período vai diminuindo. Porém este trimestre é caracterizado principalmente pelo o alinhamento da cabeça. No segundo trimestre, o lactente passa a adquirir o alinhamento da cabeça em relação ao corpo e isso facilita o sentar sozinho por algum tempo (FONSECA; et al)[9]. Durante o terceiro trimestre, o sétimo mês é o marco desta fase, pois a criança alcança boa movimentação das articulações, reação de proteção para os lados, já sinaliza quando quer ser erguido e podendo alcançar a posição de gatas que auxiliará posteriormente o engatinhar ao

nono mês. Assim o infanto estará preparando-se para andar no décimo segundo mês (FONSECA; et al)[9]. No quarto trimestre, décimo ao décimo segundo mês, a criança pode levantar-se pra ficar de pé e dar alguns passos. E adquirindo-se quase todas as habilidades motoras dinâmicas e estáticas. (CINTAS; LONG; FLEHMING)[6]

O desenvolvimento infantil é o período de maior aquisição de habilidades motoras perceptuais e cognitivas (GRAMINHA; MARTINS)[7].

Em relação à Visão e audição: 20 crianças (90,90%) tinham normal e 2 crianças (9,09%) comprometida e quanto a linguagem: 12 crianças (54,54%) apresentaram distúrbio, conforme quadro abaixo.

QUADRO 1: Achados sobre Visão, audição e Linguagem nos prontuários

	NORMAL	COMPROMETIDO
VISÃO	90,90%	9,09%
AUDIÇÃO	90,90%	9,09%
LINGUAGEM	------	54,54%

FONTE: Dados da pesquisa, 2012.

A deficiência auditiva (DF) dificulta o desenvolvimento global da criança e, em especial, da sua linguagem. (Ana; Maria; Regina)[1]

A audição é o principal sentido responsável pela aquisição da fala e linguagem da criança; o comprometimento desta função pode provocar prejuízo não só no desenvolvimento da linguagem, mas também, no aspecto social, emocional e cognitiva (Comitê Brasileiro Sobre Perdas Auditivas na Infância)[7]

No que se refere ao Diagnostico Fisioterapêutico: Atraso no DNPM 17 Crianças (77,27%) e 5 Crianças com distúrbios da marcha, conforme figura abaixo:

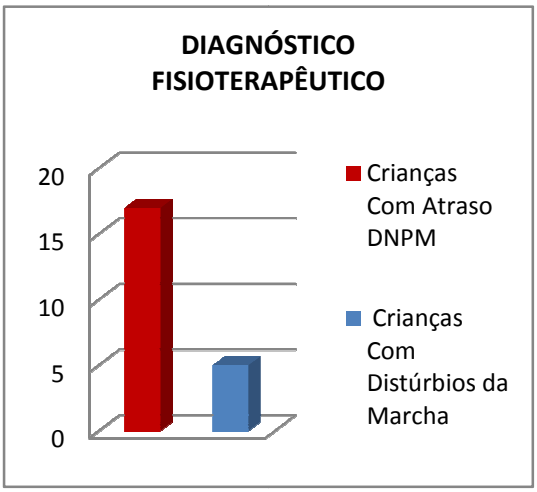


Figura 10: Distribuição segundo o diagnóstico fisioterapêutico.
Fonte: Dados da pesquisa, 2012.

Segundo Oliveira e Salina[19], o Desenvolvimento Neuropsicomotor (DNPM) caracteriza-se pela capacidade do individuo em adquirir suas funções cada vez mais complexas. A fisioterapia é suma importância no diagnostico e tratamento no desenvolvimento da criança, estimulando o potencial de desenvolvimento global, fazendo com que a criança se torna apta a responder as necessidades (SACCANI; et al)[21].

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao fim deste trabalho pode-se constatar que as crianças atendidas no setor de estimulação precoce, são realmente o público alvo desta disciplina. Com predominância do perfil: gênero feminino; em relação à idade observou-se que a maioria das crianças tinham de seis meses a um ano; quanto ao parto realizado foi contatada uma alta incidência de parto Cesário; no que se refere o índice de Apgar o maior índice foi de 5 e 6 que se enquadra-se nos escores de quatro a seis significando-se dificuldades moderadas; quanto a idade gestacional encontrou-se alto índice de bebês pré- termos; em relação a QP (queixa principal) todos os prontuários foram relatados atraso no desenvolvimento motor, sendo que cada um dito de forma diferente.Quanto a historia gestacional foi encontrado vários fatores de riscos entre eles: mãe era usuária de drogas; mãe não realizou o pré-natal; mãe adolescente entre outros esses fatores maternos também podem precipitar o parto prematuro. De acordo com a História clínica as crianças só eram encaminhadas para fisioterapia após inicio dos sintomas. Na avaliação das reações de retificação e equilíbrio em grande parte das crianças apresentaram ausência. Em relação à Visão e audição algumas crianças obtiveram alterações e quanto ao Diagnostico Fisioterapêutico a maior parte das crianças apresentaram atraso no DNPM. Sendo a fisioterapia de suma importância no desenvolvimento da criança, estimulando o potencial de desenvolvimento global.

REFERÊNCIAS

1. Ana ct, Maria ACG, Regina TSE. Conhecimento e conduta de pediatras frente à deficiência Auditiva Pediatria, São Paulo, 2002.

2. Caetano; et al, Sucção não nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico, **Revista Latino-Americana de Enfermagem**,ribeirão preto,v.11,n.2 mar. 2003.

3. Camilla ZH, Nise RM, Lígia M B. Aquisição de habilidades funcionais na área de mobilidade em crianças atendidas em um programa de estimulação precoce. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.18 n.1 São Paulo abr. 2008.

4. Carniel FG. Fatores de risco para indicação do parto Cesário em campinas. **Revista brasileira de ginecologia e obstetricia**, 2007.

5. Cecatti ;et al . Retorno ao parto normal. Portal da família. 2007.

6. Cintas,;et al.**Revista Eletrônica de Fainor**,vitoria da conquista.v.4,n.1,jan/dez 2001.

7. Comitê Brasileiro Sobre Perdas Auditivas na Infância. Dispõe sobre os problemas auditivos no período neonatal. **Cad. saúde pública,** rio de janeiro, jun, 2007, jornal do conselho federal de fonoaudiologia 2000.

8. Corrêa et al.,Alterações Anatomopatológicos da Placenta e Variações do índice de Apgar.**Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil,**recife,vol.6,no.2,abril/jun.2006.

9. Fonseca; et al. Avaliação e Intervenção no Desenvolvimento Motor de uma Criança com Síndrome de Down,**Revista Brasileira de Educacional Especial**, jan./apr. 2010. Vol.16, no. 1.

10. Giuliani S. Aquisição de habilidades funcionais na área de mobilidade em crianças atendidas em um programa de estimulação precoce, **Revista abrasileira crescimento desenvolvimento humano,** São Paulo, v.18, n.1, 2008.

11. Limongi SC; et al.Sistema Estomotognático e postura corporal na criança com alterações sensório-motoras ,são Paulo,2005.

12. Mayer. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, vol.9,no.1,2009.

13. Magalhães**.** Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral**, Revista brasileira de crescimento e Desenvolvimento humano**, São Paulo, v.18, n.1, 2008**.**

14. Maluf JR.P.T.SPediatria Instituto da Criança Hospital das Crianças.**Fisioterapia em UTI Pediátrica e Neonatal.**1ª Ed.São Paulo:editora Manole Ltda.2009.

15. Maria TC. Virginia SQ. Filomena MB. Drogas de abuso na gestação: as orientações no pré-natal são suficientes; Pediatria São Paulo,2002.

16. Martinez; et al .Suporte informacional como elemento para orientação de pais de pré-termo: um guia para o serviço de acompanhamento do desenvolvimento no primeiro ano devida. Rev. bras. fisioter., São Carlos, v. 11, n. 1, p. 73-81, jan./fev. 2007.

17. Memnon. Reflexos, Reações e tônus muscular de bebês pré-termo em um programa de Intervenção precoce. Trabalho Realizado no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida, Campina grande-PB, Brasil, 2009.

18. Nascimento; et al;diagnostico de enfermagem identificados em gestantes durante pré-natal.revista enfermagem,2005.

19. Oliveira CEN, Salina ME, Annunciato NF. Fatores ambientais que influenciam a plasticidade do sistema nervoso central. Acta Fisiatr 2001; 8:6-13.

20. Pèrez R. Estimulação Precoce: Serviços programas e currículos, **Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos,** vol.11 no. 1,jan/Fev.2007.

21. Saccanir ;et al. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de um bairro da periferia de porto alegre. sci med 2007;17:130-7.

22. Silvana G.N. G., Célia L.S., et al; Gravidez na adolescência como fator de risco para baixo peso ao nascer no Município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998**. Revista de Saúde Pública.** Vol.35 no. 1 São Paulo Feb. 2001.

23. Souza MC. Ferrareto. Paralisia Cerebral. Aspecto prático são Paulo, associação brasileira, 2001.

24. Tania MZ. Abegair FL, Tatiane.Estimulação Essencial em Crianças com Necessidades Especiais de Zero a Três anos. Caderno edição, 2005.

25. Tecklin JS; et al.**Fisioterapia Pediatrica**.3ª edição,São Paulo:Artemed,2002.

26. Tudella FS. Comparação da eficácia da intervenção fisioterapêutica essencial e tardia em lactentes com paralisia cerebral. Fisioterapia em Movimento, 2004. Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano, São Paulo v.18 n.1 abr. 2008.

27. Wong. Enfermagem Pediatrica Elementos Esseciais. A intervenção Efetiva, 5ª ed. rio de janeiro, 1997.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A estimulação precoce visa possibilitar ao indivíduo desenvolver-se em todo o seu potencial. Quanto mais imediata for à intervenção, preferencialmente antes dos 3 anos de idade, maiores as chances de prevenir e/ou minimizar a instalação de padrões posturais e movimentos anormais

Ao fim da pesquisa ficou claro que foi um trabalho de suma importância visto a necessidade de maior conhecimento. Como também pode-se traçar um perfil da população estudada, percebendo assim que a mesma está no setor de fisioterapia correto.

Foram pesquisados todos os prontuários das crianças, num total de 22 prontuários; prevalecendo gênero feminino, sendo demonstrada uma diferença baixa quanto ao gênero; em relação à idade observou-se que nove crianças tinham de seis meses a um ano tendo um resultado satisfatório porque os primeiros anos de vida mostram-se de suma importância para o desenvolvimento da mesma. Quanto ao tipo de parto realizado foi contatada uma alta incidência em parto Cesário, sendo este tipo de parto o que oferece maior risco de infecções e complicações maternas entre outras complicações; no que se refere o índice de Apgar o maior índice foi de 5 e 6 que se enquadra-se nos escores de quatro a seis significando-se dificuldades moderadas; quanto a idade gestacional encontrou-se 16 pré- termos na qual é definido como sendo aquele que nasce até o último dia da 37ª semana de idade gestacional; em relação a QP (queixa principal) todos os prontuários foram relatados atraso no desenvolvimento motor, sendo que cada um dito de forma diferente. Quanto a historia gestacional foi encontrado vários fatores de riscos entre eles mãe era usuária de drogas; mãe não realizou o pré-natal; mãe adolescente entre outros esses fatores maternos também podem precipitar o parto prematuro. De acordo com a História clínica a maioria dos RN`s só foram encaminhados para fisioterapia após inicio dos sintomas, sendo extremamente importante os primeiros quatro meses de idade o período ideal para iniciar o programa. Na avaliação das reações de retificação e equilíbrio14 crianças apresentaram ausência, em relação aos marcos do DNPM alcançados nenhuma criança tinha alcançado a marcha. Em relação à Visão e audição algumas crianças apresentavam algum tipo de alteração e quanto ao Diagnostico Fisioterapêutico 17 crianças apresentaram atraso no DNPM.

Sugere-se a realização de estudos futuros sobre a temática, os quais são de grande importância para se obter mais conhecimento acerca dos benefícios do trabalho da estimulação precoce, contribuindo assim para o desenvolvimento de intervenções que venham

tornar a conduta fisioterápica mais eficaz, assim como o aprimoramento do saber sobre a estimulação precoce para fisioterapeutas.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA C,S. **Intervenção motora: efeitos no comportamento do bebê, no terceiro trimestre de vida em creches.** Trabalho realizado no centro universitário metodista IPA, Universidade federal do rio grande do sul, porto alegre-RS, 2004.

ALMEIDA, G.M.F. Deficiência mental: Avaliação e classificação do desenvolvimento motor, 2007.

ALINE W; Camila C.F.A;Juliana O. F. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. Trabalho realizado no Centro Universitário Metodista IPA, Porto Alegre; 2007.

ANDRADE M.M.A.**Introdução à metodologia Do Trabalho** Científico. 9ª. Ed. São Paulo: Atlas S.A, 2009.

ARRUDA M. Experiência da família ao conviver com seqüelas decorrentes da prematuridade do filho, Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, vol.64 no. 1, 2010.

ARRUDA M. Experiência da família ao conviver com seqüelas decorrentes da prematuridade do filho. Revista Brasileira de Enfermagem, 2010 Revista brasileira enfermagem, Brasília, vol.64, n.1, Jan./Feb. 2011.

BERVIAN A.C.P. A.Bervian.Meodologia Cientifica.5.ed.São Paulo.

CERVO A.M L. BERVIAM. PEDRO A. **Metodologia Científica.** 5º. Ed. São Paulo, Roger Trimer,2002.

CORRÊA et al.,Alterações Anatomopatológicos da Placenta e Variações do índice de Apgar.**Revista Brasileira De Saúde Materno Infantil,**recife,vol.6,no.2,abril/jun.2006.

BISSANI, et al., Aquisição de habilidades funcionais na área de mobilidade em crianças atendidas em um programa de estimulação precoce.Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano. São Paulo, v.18, n.1, abr. 2008.

BRETAS, et al. Aquisição de habilidades funcionais na área de mobilidade em crianças atendidas em um programa de estimulação precoce, **Revista abrasileira crescimento desenvolvimento humano,** São Paulo, v.18, n.1, 2008.

CAETANO, et al**.** FUJINAGA, SCOCHI, Sucção não nutritiva em bebês prematuros: estudo bibliográfico, **Revista Latino-Americana de Enfermagem**,Ribeirão Preto,v.11,n.2 Mar. 2003**.**

CARAM, et al. Investigação das causas de atraso no neuro desenvolvimento. Recursos e desafios. Arquivos de Neuropsiquiatria, São Paulo, v.64, n.2, 2006.

CAMARGOS L**.** Aquisição de habilidades funcionais na área de mobilidade em crianças atendidas em um programa de estimulação precoce**.Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano,** São Paulo, v.18, n.1, abr. 2008.

CAMPOS; et al. Influência do baixo pese ao nascer sobre o desempenho motor de lactentes a termo no primeiro semestre de vida. **Revista Brasileira de Fisioterpia.**v.8,n.3,2004.

CARNIEL E.F, ZANOLLLI. Fatores de risco para indicação do parto Cesário em campinas. REVISTA BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA, 2007.

FENG. Subtance abuse in pregnancy current OPIN OBSTETE, 2002.

FONSECA, et al. Avaliação e intervenção no desenvolvimento motor de uma criança com Síndrome de Down,**Revista brasileira de educacional especial**, Jan./Apr. 2010. V.16, no. 1 Marília.

FORMIGA C.K.M.R, PEDRAZZANI E.S,TUDELLA E.Desenvolvimento motor de lactentes pré-termo participantes de um programa de intervenção fisioterapêutica Precoce.**Revista brasileira de Fisioterapia**,2004.

FORMIGA PT., Desenvolvimento motor de lactentes pré-termo participantes de um programa de intervenção fisioterapêutica precoce, **Revista Brasileira de Fisioterapia,** 2004. Trabalho realizado no centro universitário metodista IPA, Universidade federal do rio grande do sul, porto alegre-RS, 2004, 199p.

FORMIGA. Programa de Intervenção com bebês pré-termo e suas famílias, . **Revista Brasileira de Fisioterapia,** vol.8, no. 3, 2004.

GAMA, E.O Retorno ao parto normal. Portal da família. 2007.

GIULIANI S. Aquisição de habilidades funcionais na área de mobilidade em crianças atendidas em um programa de estimulação precoce, **Revista abrasileira crescimento desenvolvimento humano,** São Paulo, v.18, n.1, 2008.

GONÇALVES, Aquisição de habilidades funcionais na área de mobilidade em crianças atendidas em um programa de estimulação precoce, **Revista abrasileira crescimento desenvolvimento humano,** São Paulo, v.18, n.1, 2008.

HALLAL, et al., Aquisição de habilidades funcionais na área de mobilidade em crianças atendidas em um programa de estimulação precoce.**Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.18 n.1, abr. 2008.

LEFÈVRE BH, MONGOLISMO**: orientação para famílias.** Compreender e estimular a criança deficiente. **São Paulo: Almed;** 1988. Rev. CEFAC v.12 n. 1 São Paulo Jan./Feb. 2010.

LIMONGI S.C.O;et al.Sistema Estomotognático e postura corporal na criança com alterações sensório- motoras ,são Paulo,2005.

LÍVIA FERNADES, ANETE BRANCO.. Os Disturbios Fonoarticulatórios na Simdrome de Down e a Intervenção Precoce. **Revista CEFAC,** Vol.12; No. 1,São Paulo,2010.

MAGALHÃES**,** Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral, **Revista brasileira de crescimento e Desenvolvimento humano**, São Paulo, v.18, n.1, 2008.

MARIA T.C; Virginia S. Q; Filomena M. B. et al. Drogas de abuso na gestação: as orientações noPré-natal são suficientes; Pediatria São Paulo,2002.
MAYER. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, vol.9,no.1,2009.

MEMNON, **Reflexos, Reações e tônus muscular de bebês pré-termo em um programa de Intervenção precoce**. Trabalho Realizado no Instituto de Saúde Elpídio de Almeida, Campina grande-PB, Brasil, 2009.

NASCIMENTO; et al;diagnostico de enfermagem identificados em gestantes durante pré-natal.revista enfermagem,2005.

NATACHA T.;et al, Prevalência de perda auditivaem recém-nascidos de muito baixo peso. Jornal de Pediatria,2003.

OLIVEIRA M. Revista Brasileira de Educação Especial, vol.16 n.1 Marília Jan.Apr. 2010**.**

PALMER et al,**. Intervenção motora: efeitos no comportamento do bebê, no terceiro trimestre de vida em creches.** Trabalho realizado no centro universitário metodista IPA, Universidade federal do rio grande do sul, porto alegre-RS, 2004.

PÈREZ R. Estimulação Precoce: Serviços programas e currículos, **Revista Brasileira de Fisioterapia, São Carlos,** vol.11 no. 1,jan/Fev.2007.

PINTO EB. **O desenvolvimento do comportamento do bebê prematuro no primeiro ano de vida,** Psicologia: Reflexão e Crítica**,**Porto Alegre, v..22, n. 1, 2009.

ROBLES**,** et al. Aquisição de habilidades funcionais na área de mobilidade em crianças atendidas em um programa de estimulação precoce**,Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v.18 n.1, abr. 2008.

SALINA; et al. Fatores ambientais que influenciam a plasticidade do sistema nervoso central,2001

SANTOS, et al,Influência do baixo peso ao nascer sobre o desempenho motor de lactentes a termo no primeiro semestre de vida.**Revista Brasileira de Fisioterapia**.Piracicaba-SP,vol.8,n.3,2004.
SARRA K.J, SALINA. Estudo de alguns fatores que influenciam no desenvolvimento das aquisições motoras de síndrome de Down e tratamento fisioterápicos, 1999.

NASCIMENTO; et al;diagnostico de enfermagem identificados em gestantes durante pré-natal.revista enfermagem,2005.

SILVA, M.F.M;KLEINHANS A.C.S,Processos Cognitivos e Plasticidade Cerebral na Síndrome de Down.**REV.BRA.ED.ESP**.Vol.12,N.1,2006.

SILVEIRA, D.S E SANTOS. Fatores Associados à Cesariana entre Mulheres de Baixa Renda em Pelotas, Rio Grande do Sul. 2004.

SOUZA, FERRARETO. **Paralisia Cerebral**: Fisioterapia em Movimento Ciritiba,vol.19,no.4,Out/Dez,2006.

SOUZA A.M.C,FERRARETO. Paralisia Cerebral. Aspecto prático são Paulo, associação brasileira, 2001.

Shepherd r.b, fisioterapia em pediatria. São Paulo, 2002.

SCHVARTSMAN. B.G.S.;MALUF JR.P.T.Pediatria Instituto da Criança Hospital das Crianças.**Fisioterapia em UTI Pediátrica e Neonatal.**1ª Ed.SãoPaulo:editora Manole Ltda.2009.

SHEAHAN, et al. A criança de alto risco, **Desenvolvimento Motor da criança e Estimulação Precoce**, In: Tecklin , Fisioterapia pediátrica, São Paulo: Artmed; 2002.

SILVA, **A Importância Da Família no Desenvolvimento do Bebê prematuro,** Revista Brasileira de Enfermagem**,** Brasília, vol.64 no. 1, 2011.

SOUZA P**.[citado em 2007 Jul 17]. Disponível em: http://www.jakobi.com.br/obs01.htm,** Revista brasileira de enfermagem, Brasília, v.64, n. 1 , Jan./Feb. 2011.

TANIA MARIA Z;ABEGAIR F.L,TATIANE.Estimulação Essencial em Crianças com Necessidades Especiais de Zero a Três anos. Caderno edição, 2005. TECKLIN J. S; et al.**Fisioterapia Pediatrica**.3ª edição,São Paulo:Artemed,2002.

TUDELLA F.S.Comparação da eficácia da intervenção fisioterapêutica essencial e tardia em lactentes com paralisia cerebral. Fisioterapia em Movimento, 2004. Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano, São Paulo v.18 n.1 abr. 2008.

TUDELLA. Tratamento Precoce no Desenvolvimento Neuromotor de Crianças com Diagnostico Sugestivo de Paralisia Cerebral. Revista Brasileira de Fisioterapia, vol.8, no. 3, 2004.

WONG, D.ENFERMAGEM PEDIATRICA ELEMENTOS ESSECIAIS. A INTERVENÇÃO EFETIVA, 5ª ED. RIO DE JANEIRO, 1997.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Por meio deste termo de responsabilidade, nós, abaixo-assinados, respectivamente, autor e orientando da pesquisa intitulada **"PERFIL DOS USUÁRIOS DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE DE UMA CLÍNICA ESCOLA DE FISIOTERAPIA DO ALTO SERTÃO PARAIBANO"**, assumimos cumprir fielmente as diretrizes regulamentadoras emanadas da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS e suas complementares, outorgada pelo Decreto nº 98,833, de 24 de janeiro de 1987, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, ao (s) sujeito (s) da pesquisa e ao Estado.

Reafirmamos, outrossim, nossa responsabilidade indelegável e intransferível, mantendo em arquivo todas as informações inerentes à presente pesquisa, respeitando a confidencialidade e sigilo das fichas correspondentes a cada sujeito incluído na pesquisa, por um período de 5 (cinco) anos após o término desta. Apresentaremos semestralmente e sempre que solicitado pelo CEP/FIP (Comitê de Ética em Pesquisa/Faculdades Integradas de Patos), ou CONEP (Conselho Nacional de Ética em Pesquisa) ou, ainda, as Curadorias envolvidas no presente estudo, relatório sobre o andamento da pesquisa, comunicando ainda ao CEP/FIP, qualquer eventual modificação proposta no supracitado projeto.

Patos, ____ de _____ de 2011.

_____

Autor da Pesquisa

Orientando

APÊNDICE B

FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS DOS PRONTUÁRIOS

I IDENTIFICAÇÃO:

Iniciais do nome:_____

Sexo:_____Data de nascimento:_____/_____/_____Idade:_____

II.DADOS DO NASCIMENTO:

Local do nascimento:_____

IG:_____Tipo do Parto:_____APGAR:_____

Peso:_____Altura:_____PC_____PT:_____

III.QUEIXA PRINCIPAL:

QP:_____

IV HISTORICO:

História Gestacional:

( ) Mãe usuária de drogas ( ) Não realizou pré-natal ( ) Sofreu agressão física ou psíquica ( )Mãe adolescente; ( ) Mãe acima de 35 anos; ( ) ,Perda de peso ( );ganho exagerado de peso;( ) e outro:

_____

_____

História perinatal:( ) Asfixia, ( ) baixo peso; ( ) icterícia. ( ) infecção; ( )aspiração mecônio; ( ) parto laboroso.( ) Parto a fórceps; antecedentes familiares já apresentou pre-eclâmpsia ( ); outros:

_____

_____

História Clínica:

( ) Encaminhada pra fisioterapia desde o nascimento;

( ) Encaminhada pra fisioterapia após o início dos sintomas;

( ) Teve algum atendimento anterior

( ) Encaminhada somente após a consulta do pediatra

( ) Foi encaminhada para fisioterapia somente depois de três meses de sintomas

Outros:

_____

_____

V. EXAMES NEURO-SENSÓRIO-MOTOR:

Tônus:_____

Reações de retificação e equilíbrio:_____

Marcos do DNPM alcançados:_____

Visão e audição:_____

Linguagem:_____

_____

VI DIAGNÓSTICO:

Fisioterapêutico:_____

_____

ANEXOS

ANEXO A

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL E DE ACESSO A PRONTUÁRIOS

ANEXO A

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL E DE ACESSO A PRONTUÁRIOS

Eu, Viviane Valéria Caldas Guedes, Coordenadora da Clínica Escola de Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos, venho por meio deste, autorizar o desenvolvimento e o acesso a prontuários na referida instituição, da pesquisa intitulada **"Perfil dos Usuários de Estimulação Precoce em uma Clínica Escola De Fisioterapia do Alto Sertão Paraibano"** sob responsabilidade da acadêmica **Maria Aparecida Campos de Souza** e orientadora **Prof.Esp. Manuela Carla de Souza Daltro**, como requisito para a conclusão do curso de Bacharelado em Fisioterapia das Faculdades Integradas de Patos (FIP).

Atenciosamente,

Patos - PB, _____ de _____ de 2011.

Viviane Valéria de Caldas Guede Garcia
COORDENAÇÃO DA CLÍNICA-ESCOLA
DE FISIOTERAPIA - FIP

NOME/ASSINATURA

ANEXO B
CERTIDÃO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

CERTIDÃO

Com base na Resolução 196/96 do CNS/MS que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Integradas de Patos, em sua sessão realizada em 29 de novembro de 2011 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado, **Perfil dos Usuários de Estimulação Precoce em uma Clínica Escola de Fisioterapia do Alto Sertão Paraibano.** Protocolo número: **185/2011** da pesquisadora: **Manuela Carla de Souza Daltro.**

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela resolução já citada.

Patos, 10 de fevereiro de 2012.

LIDIA PINHEIRO DA NÓBREGA
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa – CEP/FIP

FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
Rua Horácio Nóbrega, S/N - Bairro Belo Horizonte - Patos-PB - CEP 58704-000 - Tel.: (83) 3421.7300

INSTRUÇÕES PARA AUTORES

FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS

PATOS PARAÍBA

OBJETIVO E POLÍTICA EDITORIAL

A revista Boletim de Ciências em Saúde é uma publicação semestral(janeiro-junho/julho-dezembro) das Faculdades Integradas de Patos, cuja missão é a divulgação de artigos que abordem os diferentes aspectos da área de Ciências da Saúde em geral e disciplinas afins, como epidemiologia, parasitologia,microbiologia, ecologia, controle de vetores, saúde ambiental, políticas públicas e planejamento em saúde,ciências sociais aplicadas à saúde, entre outras.

Serão aceitos trabalhos para as seguintes seções: (1) **Artigos originais** resultado original de pesquisa (máximo de4500 palavras, no máximo 40 referências);(2)**Revisão** crítica da literatura sobre temas pertinentes às ciências da saúde (máximo de 8000 palavras, no máximo 80 referências); (3) **Resenhas** resenha crítica de tese ou livro relacionado ao campo temático de Ciências da Saúde,publicados nos últimos dois anos (máximo de 1200 palavras); (4) **Cartas** crítica a artigo publicado em fascículo anterior da Boletim de Ciência em Saúde ou nota curta,relatando observações de campo ou laboratório (máximo de 1200 palavras); (5)Estudo de casos-apresentação de condições patológicas ou métodos/procedimentos incomuns de diagnóstico e/ou tratamento, sobre os quais a execução de um estudo científico seja impraticável(máximo de 3000 palavras, no máximo 15referências).

O limite de palavras inclui texto e referências (folha de rosto,resumos / abstract, ilustrações serão considerados à parte).

Os autores serão comunicados imediatamente sobre o recebimento do manuscrito pela Comissão Editorial.

DIREITOS AUTORAIS

Os trabalhos publicados são propriedade da Revista, vedada a reprodução total ou parcial e a tradução para outros idiomas, sem a autorização da mesma. Todos os manuscritos deverão vir acompanhados de uma carta de encaminhamento, assinada pelo autor responsável pelo trabalho, atestando que o artigo não está sendo avaliado para publicação em outra revista e nem foi publicado previamente no todo, que não fere as normas éticas da profissão, assim como da Declaração de Transferência dos Direitos Autorais, assinada por todos os autores. Os conceitos e afirmações contidos nos artigos serão de inteira responsabilidade do(s) autor (es).

COMITÊ DE ÉTICA

Serão exigidos para os artigos com seres humanos ou animais a Declaração de Aprovação do Comitê de Ética institucional conforme as diretrizes da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa(CONEP)http://conselho.saude.gov.br/comissao/eticapesq.htm

CRITÉRIOS DE ARBITRAGEM

Os trabalhos serão avaliados primeiramente quanto ao cumprimento das normas de publicação, sendo que no caso de inadequação serão devolvidos aos autores antes mesmo de serem submetidos à avaliação.

Os trabalhos aprovados, quanto às normas, serão submetidos à apreciação quanto ao mérito científico por dois relatores, membros da Comissão Editorial, de unidades distintas à de origem do trabalho, de acordo com a afinidade da área e especialidade. No caso de divergência entre os pareceres dos relatores 1 e 2, o trabalho será avaliado por um terceiro relator. É importante ressaltar que será preservada a identidade dos autores dos trabalhos e dos relatores em todas as fases do processo de avaliação.

A Comissão Editorial dispõe de plena autoridade para decidir sobre a conveniência da aceitação do trabalho, podendo, inclusive, devolvê-lo ao autor com sugestões para que sejam feitas as alterações necessárias no texto e/ou ilustrações. Neste caso, é solicitado ao autor o envio da versão revisada contendo as devidas alterações no prazo máximo de30 dias. As sugestões que porventura não tenham sido adotadas deverão estar justificadas através de carta encaminhada pelo autor. Esta nova versão do trabalho será reavaliada pela Comissão Editorial.

Os trabalhos não considerados aptos para publicação serão devolvidos aos

autores acompanhados de carta contendo a justificativa da recusa.

ESTRUTURA DO MANUSCRITO POR SEÇÃO DA REVISTA

Artigos originais deverão conter:Título, Resumo, Palavras-chave, Abstract, Keywords, Introdução, Metodologia, Resultados,Discussão; Conclusões; Agradecimento(s)(quando houver); Fontes Financiadoras,(quando houver) e Referências Bibliográficas.

Revisões deverão conter os seguintes tópicos: Título, Resumo, Palavras-chave,Abstract, Key words, Texto de revisão,Considerações Finais e Referências Bibliográficas. Revisão Sistemática deve conter o tópico Metodologia.

Relatos de caso(s) deverão conter Título, Resumo, Palavras-chave, Abstract, Keywords, Introdução, Relato do caso, Conclusão e Referências.

Resenhas e Cartas deverão conter Título, texto.

APRESENTAÇÃO DO TEXTO

Os artigos devem ser inéditos e redigidos em português e na língua gemim pessoal. Todos os manuscritos deverão seguir a seguinte formatação geral: O original deve ser digitado no programa Microsoft Word for Windows, fonte Times New Roman, tamanho 12, com exceção do título que deve ter tamanho 16, espaço e meio (1,5 linhas), em folha tamanho A4(210 x 297mm), com margens de 2,5cm,impresso em duas vias, acompanhados por um disquete ou CD; podem também, ser enviados via e-mail. As tabelas, gráficos e figuras deverão estar inseridas no texto logo após a sua citação (Tabela 1, Gráfico1, Figura 1 etc.). A paginação deverá ser no lado superior direito, com a página de rostos em numeração. Notas de rodapé não serão aceitas.

Só será aceito artigos com no máximo 6 autores.

Página de rosto: constará tipo de artigo (maiúsculo), título completo (em português e inglês), nome(s) do(s) autor (es) e da(s) respectiva(s)instituição(ões) por extenso, com endereço completo, telefone e fax apenas do autor responsável pela correspondência. O título deve ser sucinto e objetivo, centralizado, apenas a primeira letra maiúscula.

ESTRUTURA DE APRESENTAÇÃO DO ARTIGO

Resumo/ Abstract: Com exceção das contribuições enviadas às seções *Resenha e cartas,* todos os artigos

submetidos deverão ser enviados com resumo em português e inglês, com no máximo de 300 palavras, ressaltando-se os tópicos constituintes do artigo.

Palavras-chaves/ Key-words: correspondem às palavras ou expressões que identificam o conteúdo do artigo. Para determinação das palavras-chaves deverão ser consultadas as listas de cabeçalhos de assuntos do Mês H (Medical Subject Headings), utilizado no Index Medicus, através do seguinte endereço: http://decs.bvs.br/ Devem ser citadas entre 3 a 5 palavras-chaves.

Abreviaturas e Símbolos: usarsomente abreviaturas padronizadas. Evite abreviaturas no título. Anão ser no caso das unidades de medida padrão, todos os termos a serem abreviados devem ser escritos por extenso, seguidos de sua abreviatura, na primeira vez que aparecem no texto.

Introdução - justificativa e objetivos do estudo, citando somente referências pertinentes ao assunto abordado. Deve estabelecer de forma clara a hipótese do trabalho. Evitar textos ou revisões extensas sobre o assunto nesta seção.

Metodologia – apresenta considerações metodológicas com detalhes suficientes que permitam a confirmação das observações. Métodos publicados devem ser referenciados e discutidos brevemente, exceto se modificações tenham sido feitas. Indique os méto estatísticos utilizados, se aplicados.

Resultados - apresentar os resultados em uma seqüência lógica no texto, tabelas e ilustrações. Não repetir no texto todos os dados das tabelas e ilustrações, enfatizar somente as observações importantes. Utilizar o mínimo possível de tabelas e ilustrações.

Ilustrações: As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos, quadros etc.), serão consideradas no texto como figuras. Devem ser limitadas ao mínimoindispensável, apresentadas no texto, após citação, numeradas consecutivamente em algarismos arábicos segundo a ordem que aparecem no texto. A elaboração dos gráficos, desenhos etc. deverá ser em preto e branco ou em tons de cinza. Pode ser enviada versão colorida para publicação on-line. As fotografias deverão ser encaminhadas em original colorido, digitalizada em formato tif, gif ou jpg com no mínimo de 300dpi. Essas fotos deverão ser encaminhadas, também em arquivos separados. As legendas correspondentes deverão ser claras, concisas e localizadas a baixa da figura. As tabelas deverão ser em tons de cinza ou rachuras, logicamente organizadas, numeradas consecutivamente em

algarismos arábicos, a legenda será colocada na parte superior das mesmas.

Discussão - enfatiza os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões resultantes. Não repetir em detalhes dados ou informações citadas na introdução ou resultados. Relatar apontar as implicações de seus achados e de suas limitações. **Resultados e discussão podem ser escritos num único tópico.**

Conclusões/Considerações finais (quando houver): deve(m) ser pertinente(s) aos objetivos propostos e justificados nos próprios resultados obtidos. A hipótese do trabalho deve ser respondida.

Agradecimentos (quando houver):à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio econômico e material,especificando a natureza do apoio.

Referências: No artigo as referências devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: LIMA1)., de acordo com a numeração na lista de referência. Duas ou mais referências devem ser separadas por ponto e vírgulas em espaço e em ordem cronológica (LIMA et al.1; LOPES ; ALVES2; SILVA6).No caso de citação no corpo do texto o autor(s) é (são) citado(s) pelo(s)sobrenome, em maiúsculo, e o número ficará entre parênteses (de acordo com Lima et al. (1) e Silva (6)). Os títulos dos periódicos devem ser abreviados de acordo com o Index Medicus (http. //www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed). As referências citadas no texto deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem alfabética, de acordo com o sobrenome do primeiro autor, e numeradas em ordem crescente. Todos os autores devem ser mencionados, exceto se o número de autores excederem seis, neste caso, após citar os 6 primeiros autores, acrescentar em seguida à expressão et al.. É adotado o formato de referências do "Uniform Requirements for Manuscripts SubmittedtoBiomedicalJournals" (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html). A seguir, estão citados alguns exemplos retirados do site.

EXEMPLOS

ARTIGOS DE PERIODÍCOS

1. Artigos de periódicos

Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV-infected patients. N EnglJMed.2002 ;347(4):284-7.

Mais de 6 autores:

Rose ME, Huerbin MB, Melick J, Marion DW, Palmer AM, Schiding JK, et al. Regulation ofinterstitial excitatory amino acid concentrations after cortical contusion injury.Brain Res. 2002;935(1-2):40-6.

2. Artigo publicado eletronicamente antes da versão impressa

Yu WM, Hawley TS, Hawley RG, Qu CK. Immortalization of yolk sac-derived

precursor cells.Blood. 2002 Nov 15;100(10):3828-31. Epub 2002 Jul

3. Artigopublicadoeletronicamente

Abood S. Quality improvement initiative in nursing homes: the ANA acts in an advisory role.
Am J Nurs [serial on the Internet]. 2002 Jun [cited 2002 Aug 12];102(6):[about 3 p.]. Availablefrom: http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm

LIVROS OU MONOGRAFIAS

4. Livros

Murray PR, Rosenthal KS, Kobayashi GS, PfallerMA.Medical microbiology. 4th ed. St. Louis:Mosby; 2002.

5. Autor(s) e editor(s)

Breedlove GK, SchorfheideAM. Adolescent pregnancy.2nd ed. Wiecz RR, editor.WhitePlains (NY): Marcl Dimes Education Services; 2001.

6. Capítulo de livro

Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors.In:Vogelstein B, Kinzler KW, editors. The genetic basis of human cancer.New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

7. Citações de resumos em congressos e conferências

Revista Científica da Área de Saúde das Faculdades Integradas de PatosHarnden P, Joffe JK, Jones WG, editors. Germ cell tumours V. Proceedings of the 5th Germ CellTumour Conference; 2001 Sep 13-15; Leeds, UK. New York: Springer; 2002.

8. Artigo de conferência

Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for geneticprogramming. In: Foster JA, LuttonE, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Geneticprogramming.EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on GeneticProgramming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-91.

OUTROS TIPOS DE REFERÊNCIAS

9. Monografia/Dissertação/Tese

Borkowski MM. Infant sleep and feeding: a telephone survey of Hispanic Americans[dissertation]. Mount Pleasant (MI): Central Michigan University; 2002.

10. Patente

Pagedas AC, inventor; Ancel Surgical R&D Inc., assignee.Flexible endoscopic grasping and cuttingdevice and positioning tool assembly.UnitedStatespatent US 20020103498. 2002 Aug1.

ENDEREÇO PARA ENVIO DE ORIGINAIS

Comissão Editorial do Boletim de Ciências em Saúde

Coordenação Geral da Área da Saúde

Faculdades Integradas de Patos

Rua José Gomes Alves, S/N

Patos PB

CEP: 58700-250

E-mail: bcs_fip@yahoo.com.br