

**Universidade Federal de Juiz de Fora**  
**Faculdade de Fisioterapia**

Ana Helisa Rodrigues de Lima  
Bruna Oliveira Cardoso

**QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE NASCERAM  
PRÉMATUROS:**

**Uma revisão Integrativa**

Juiz de Fora

2015

Ana Helisa Rodrigues de Lima  
Bruna Oliveira Cardoso

**QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES QUE NASCERAM  
PRÉMATUROS:**

**Uma revisão Integrativa**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de graduação da Faculdade de Fisioterapia da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito para a obtenção da aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II.

Área de concentração: Saúde da Criança

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Paula Silva de Carvalho Chagas– UFJF**

**Co-orientadora: Natalia Trindade de Souza**

**Co-orientador: Luiz Cláudio Ribeiro**

Juiz de Fora

2015

Oliveira Cardoso, Bruna; Lima, Ana Helisa Rodrigues de.

Qualidade de vida de crianças e adolescentes que nasceram prematuros: uma revisão integrativa / Bruna Oliveira Cardoso; Ana Helisa Rodrigues de Lima

-- 2015.

59 f. : il.

Orientadora: Paula Silva de Carvalho Chagas

Coorientadora: Natália Trindade de Souza

Coorientador: Luiz Cláudio Ribeiro

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Fisioterapia, 2015.

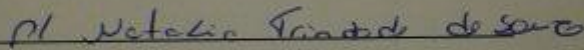
1. Qualidade de vida. 2. Crianças. 3. Adolescentes. 4. Prematuridade. I. Silva de Carvalho Chagas, Paula, orient. II. Trindade de Souza, Natália, coorient. III. Título.

Bruna Oliveira Cardoso

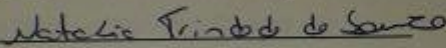
Ana Helisa Rodrigues de Lima

## “QUALIDADE DE VIDA DE CRIANÇAS QUE NASCERAM PREMATURAS – UMA REVISÃO INTEGRATIVA”

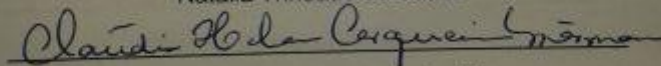
O presente trabalho, apresentado como pré-requisito para aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II, da Faculdade de Fisioterapia da UFJF, foi apresentado em audiência pública a banca examinadora e **aprovado** no dia 01 de julho de 2015.



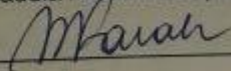
Prof.<sup>a</sup>. Paula Silva de Carvalho Chagas



Natalia Trindade de Souza



Prof.<sup>a</sup>. Cláudia Helena Cerqueira Marmora



Beatriz Francisco Farah

## **DEDICATÓRIA**

Dedicamos este trabalho em especial a nossa professora e orientadora Paula Silva de Carvalho Chagas, exemplo de profissional, mulher e mãe. Aos nossos pais, amigos e amores que estiveram ao nosso lado sempre. E ainda, a todos os professores, membros da banca, que contribuíram de maneira inestimável para a conclusão deste trabalho.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço em primeiro lugar a Deus, por ter me dado saúde e força, para enfrentar todos os obstáculos.

A Universidade Federal de Juiz de Fora, seu corpo docente, direção e administração pela oportunidade de cursar o curso que tanto sonhei.

A nossa orientadora Prof. Dr. Paula Silva de Carvalho Chagas, pela paciência, incentivo, ensinamento e conhecimento compartilhados. Obrigada por mesmo nos momentos duros e difíceis pelos quais você passou, nunca nos abandonar.

A nossa co-orientadora Natália Trindade Souza, por ter segurado as pontas mesmo quando parecia impossível, você foi essencial.

Aos meus pais, Bete e Pedro, pelo amor incondicional, por todo incentivo, carinho e confiança que sempre depositaram em mim.

Ao meu irmão Dudu, por encher meus dias mais estressantes de alegria, amor e leveza, por me apoiar sempre.

Ao meu amor, Bernardo, por acreditar tanto em mim, por estar do meu lado independente de qualquer coisa e pelo amor que sempre demonstra.

Agradeço minhas amigas da faculdade que foram essenciais, para que eu conseguisse chegar até aqui, sem vocês não teria sido tão prazeroso. Em especial, minha amiga e parceira de TCC Ana Helisa, que passou comigo todas as dificuldades e desafios deste trabalho e de toda a faculdade.

Agradeço a todos os amigos e familiares que de alguma forma contribuíram para que chegasse até aqui.

Bruna Oliveira Cardoso

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente, agradeço a Deus por minha vida, família, amigos e por ter me dado saúde e força para superar todas as dificuldades.

A Universidade Federal de Juiz de Fora, seu corpo docente, direção e administração pela oportunidade de fazer o curso e pelo ambiente amigável que proporciona.

A Prof. Dr. Paula Silva de Carvalho Chagas por todo conhecimento compartilhado, pela oportunidade e apoio na elaboração deste trabalho.

A nossa Co-orientadora Natália Trindade Souza pela sua dedicação, correções e incentivos.

Agradeço a todos os professores do curso de Fisioterapia pelo conhecimento proporcionado durante toda a trajetória da minha vida acadêmica na UFJF.

Aos meus pais, Denilson e Vilma, pelo amor, confiança, incentivo e apoio incondicional. A minha irmã, Maria Clara, por ser minha maior admiradora e trazer alegria aos meus dias, simplesmente por saber que a tenho em minha vida.

Ao meu esposo, Vinicius Caetano, maior responsável pelo meu ingresso na faculdade, melhor amigo e companheiro, por todo amor, carinho, incentivo, compreensão e solidariedade inefável.

Meus agradecimentos às grandes amigas que fiz durante este percurso até aqui, que torceram por mim em todos os momentos, fizeram parte da minha formação e que vão continuar presentes em minha vida com certeza. Em especial a minha parceira, não só neste trabalho, mas durante toda a faculdade, Bruna Cardoso. Obrigada pela amizade, paciência e apoio em todas as horas.

Por fim, agradeço a todos os amigos e familiares que, direta ou indiretamente, fizeram parte dessa conquista.

Ana Helisa Rodrigues de Lima

## RESUMO

A vulnerabilidade biológica dos prematuros pode estar associada a riscos psicossociais do contexto no qual a criança está inserida, o que pode ocasionar uma redução da Qualidade de Vida (QV) desses indivíduos. **Objetivo:** realizar uma revisão integrativa da literatura indexada nos últimos 10 anos para verificar e examinar o conhecimento descrito sobre a QV de crianças e adolescentes que nasceram prematuros. **Materiais e métodos:** Os estudos foram selecionados por meio de busca eletrônica em bases de dados (MEDLINE com acesso via PubMed e via BVS, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e IBECs via BVS e SciELO). **Resultados:** Foram revisados 15 artigos publicados entre os anos de 2006 e 2015 e que avaliavam a QV de criança/adolescente. Os artigos que avaliaram prematuros extremos e/ou com extremo baixo peso ao nascimento observaram impacto da prematuridade nas funções cognitivas e psicológicas desses indivíduos, associando este impacto com a diminuição da QV. Dos artigos que avaliaram prematuros moderados/tardios, 47% não observou impacto na QV, porém demonstraram que fatores sociais e problemas de saúde podem influenciar de maneira significativa a QV dessas crianças. **Conclusão:** O estudo indica que a prematuridade pode causar um impacto negativo na QV de crianças/adolescentes nascidos prematuros, quanto menor a Idade Gestacional e maiores as comorbidades apresentadas. Observa-se a necessidade da realização de mais estudos sobre a QV desses indivíduos, principalmente na idade de transição para a fase escolar (6 a 8 anos), que é um momento determinante na vida dessas crianças e que pode gerar limitações que façam com que as crianças necessitem de um acompanhamento clínico, porém trata-se da faixa etária menos pesquisada na literatura.

**Palavras-Chave:** Qualidade de Vida; Prematuridade.



## ABSTRACT

The biological vulnerability of premature infants may be associated with psychosocial risks the context in which the child is placed, which can cause a reduction in quality of life (QOL) of these individuals. **Objective:** To conduct an integrative review of indexed literature in the last 10 years to check and examine the knowledge described on QOL of children and adolescents who were born preterm. **Methods:** The studies were selected through electronic search in databases (MEDLINE via access by PubMed and by BVS, Latin American and Caribbean Health Sciences (LILACS), and IBECs access by BVS and SciELO). **Results:** We reviewed 15 articles, which were published between the years 2006 and 2015. All studies used instruments that evaluated the child's/teenager QoL. Articles that assessed extremely premature and / or with extremely low birth weight observed impact of prematurity on cognitive and psychological functions of these individuals by associating this impact with decreased quality of life. Articles that evaluated late/moderate preterm, 47% did not observe impact on QoL, however shown that social factors and health problems can significantly influence QoL of these children. **Conclusion:** The study indicates that prematurity can cause a negative impact on QoL of children /teenager born premature, as lower as the gestational age (GA) and greater are the comorbidities. It's needed more studies on the QoL of these individuals, especially in the school transition age (6-8 years), which is a defining moment in the lives of these children and that can lead to limitations that make children need a clinical follow-up, but is the least searched age in literature.

**Keywords:** Quality of Life; Prematurity.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1:</b>	Estratégia de busca e artigos encontrados por base de dados.	<b>15</b>
<b>Figura 1:</b>	Diagrama de fluxo para seleção de artigos nas diferentes fases da revisão.....	<b>17</b>
<b>Quadro 2:</b>	Características gerais dos estudos selecionados, incluindo ano e país de realização da pesquisa, tipo de estudo, população, idade das crianças e pontuação na escala STROBE.....	<b>24</b>
<b>Quadro 3:</b>	Estudos analisados na presente revisão, perspectivas analisadas, instrumentos utilizados e seus principais resultados/conclusões.....	<b>29</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual em Saúde
<b>HRQL</b>	Health related Quality of Life
<b>IG</b>	Idade Gestacional
<b>MBP</b>	Muito Baixo Peso
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>PE</b>	Prematuro Extremo
<b>PNN</b>	Peso Normal ao Nascer
<b>QV</b>	Qualidade de Vida
<b>QVRS</b>	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
<b>SNC</b>	Sistema Nervoso Central

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>2.</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	14
<b>3.</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	15
3.1.	DESENHO DO ESTUDO.....	16
3.2.	ETAPAS DO ESTUDO.....	16
3.2.1.	<b>Questão Norteadora</b> .....	16
3.2.2	<b>Coleta de Dados</b> .....	16
3.2.2.1	Fonte de Busca de Dados .....	16
3.2.3.	<b>Definição dos Critérios de Inclusão e Exclusão</b> .....	16
3.2.4.	<b>Estratégias de Busca nas Bases de Dados</b> .....	17
3.3.	AVALIAÇÃO METODOLÓGICA.....	18
<b>4.</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	20
<b>5.</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	44
	<b>CONCLUSÃO</b> .....	49
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	50
	<b>APÊNDICES</b> .....	57
	<b>ANEXOS</b> .....	58

## 1. INTRODUÇÃO

O termo qualidade de vida (QV) é utilizado frequentemente na literatura e trata-se de um tema abrangente que inclui aspectos objetivos e subjetivos (MONTEIRO *et al.*, 2010). Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) QV é definida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto dos sistemas de cultura e de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 1998). Portanto, este constructo é caracterizado pela multidimensionalidade e constitui-se de diversos domínios, dentre eles, a saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

Durante a infância as necessidades de saúde variam de acordo com as etapas do desenvolvimento e encontram-se associadas com a qualidade da interação entre os aspectos biológicos, psicológicos e sociais (COSTA e BIGRAS, 2007). Sendo a QV um conceito importante neste contexto e que determina a sensação subjetiva de bem-estar das crianças, e estas são capazes de se expressar quanto a essa subjetividade (BARREIRE *et al.*, 2003; ASSUMPÇÃO JR *et al.*, 2000).

A idade gestacional (IG) e o peso ao nascimento são importantes indicadores de risco biológico e de problemas de desenvolvimento nas crianças (STOELHORST *et al.*, 2003; BUHLER *et al.*, 2007 e DA SILVA; NUNES, 2005). Os bebês pré-termo (IG menor que 37) estão sob maior risco para déficits no desenvolvimento em relação aos bebês nascidos a termo (IG entre 37 e 42 semanas) (OBAMA; OSHIRO, 2002). Assim, esta condição que ocorre ao nascimento pode interferir na QV desses indivíduos e de sua família ao longo do tempo (FORMIGA; LINHARES, 2009).

A proporção de partos prematuros tem crescido mundialmente (GONLDEMBERG *et al.*, 2008; BECK *et al.*, 2010). Segundo dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos, a prevalência de prematuridade no Brasil foi de 5% em 1994, 5,4% em 1998, 5,6% em 2000, 6,5% em 2004 (BARROS *et al.*, 2005; SILVEIRA *et al.*, 2008) e no ano de 2011 foi de 9,8% dos nascimentos (DATASUS), demonstrando uma tendência de aumento progressivo.

As crianças que nascem prematuras são biologicamente imaturas e, conseqüentemente, têm mais probabilidade de apresentar problemas de saúde e de desenvolvimento quando comparadas às crianças nascidas a termo (BUHLER *et al.*,

2007; MEWES *et al.*, 2006, PEREIRA; FUNAYAMA, 2004). Essa diferença pode ser observada inclusive na comparação do desenvolvimento de crianças nascidas a termo e pré-termo em idade pré-escolar (MEIO *et al.*, 2004). Assim, QV de indivíduos que nasceram prematuros e de sua família, pode sofrer algum impacto ao longo do tempo (FORMIGA; LINHARES, 2009).

Os avanços na Neonatologia ocorridos nas últimas décadas têm reduzido significativamente as taxas de mortalidade e morbidades de bebês de alto risco (OBAMA; OSHIRO, 2002). Contudo, a morbidade neonatal aumenta na medida em que diminui a idade gestacional e na presença de fatores de risco (AMBALAVANAN; CARLO, 2001). O aumento da sobrevivência de prematuros não foi acompanhado pela redução da morbidade (STEPHENS e VOHR, 2009). Por isto, a prematuridade é motivo de interesse na pesquisa e na assistência à saúde, uma vez que a redução da mortalidade dessas crianças é acompanhada do aumento da morbidade, com possibilidade de comprometimento do desenvolvimento motor (MANCINI *et al.*, 2004).

Dentre os problemas encontrados durante o período neonatal destacam-se as lesões cerebrais, especialmente a hemorragia periventricular, que é a alteração que mais acomete o sistema nervoso central (SNC) de bebês pré-termo (O'SHEA *et al.*, 2005). Eles também podem desenvolver complicações respiratórias, como a doença crônica pulmonar, que pode vir a comprometer a organização e funcionamento do SNC e aumentar a incidência de sequelas neurológicas e dificuldades no desempenho escolar (HAGBERG; JACOBSSON, 2005).

A vulnerabilidade biológica dos prematuros pode estar associada a riscos psicossociais do contexto no qual a criança está inserida (KIECHLKOHLENDORFER *et al.*, 2009; SPINILLO *et al.*, 2009). Nesse sentido, a criança fica exposta a condições de múltiplo risco, que tem efeito negativo no seu desenvolvimento. Deve-se considerar que o contexto em que estão inseridos pode ser decisivo para efeitos positivos ou negativos em seu desenvolvimento (VIEIRA; LINHARES, 2011).

Poucos prematuros desenvolvem sequelas graves, porém, muitos terão limitações e restrições sociais ao longo da vida, por apresentarem pequenas dificuldades em habilidades motoras, de comportamento, no desempenho escolar, na linguagem, dentre outras, e muitas vezes não receberão um diagnóstico específico (RADEMAKER *et al.*, 2004).

Muitas dessas crianças, consideradas “aparentemente normais”, exibem mais dificuldades escolares, além de mostrarem pior repertório motor e problemas de comportamento (JEYASEELAN *et al.*, 2006; KIRKEGAARD *et al.*, 2006). Estudos em todo o mundo têm demonstrado preocupação com os efeitos à longo prazo do nascimento prematuro (MOREIRA; MAGALHÃES; ALVES, 2014). Esse receio deveria se estender também aos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, como o Brasil, na medida em que as condições precárias de vida podem se tornar um agravante da vulnerabilidade (MOREIRA; MAGALHÃES; ALVES, 2014) e, conseqüentemente, levar a um impacto negativo na QV.

Devido à prematuridade ser um importante indicador de riscos para alterações no desenvolvimento e o dano provocado no decorrer da formação infantil poder afetar significativamente a qualidade de vida da criança, houve um aumento considerável de artigos sobre este assunto. Este aumento dos estudos se deve, também, a diminuição da mortalidade, aumento da sobrevivência não acompanhado da diminuição da morbidade, levando mais indivíduos expostos a essa condição com risco aumentado para problemas no desenvolvimento. Portanto, torna-se de grande relevância para a prática clínica uma revisão sistemática da literatura sobre o tema.

## **2. OBJETIVO**

O objetivo do presente trabalho foi realizar uma revisão integrativa da literatura indexada nos últimos 10 anos para verificar e examinar o conhecimento descrito pelos estudos sobre a QV de crianças e adolescentes que nasceram prematuras.



### 3. MATERIAIS E MÉTODOS

A revisão integrativa da literatura é um dos métodos de pesquisa utilizados na Prática Baseada em Evidências que permite a incorporação dos resultados deste tipo de estudo na prática clínica (MENDES; SILVEIRA; GALVAO, 2008). Esse método tem a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, com o objetivo de obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores (BROOME, 2000).

Dentre os métodos de revisão, a revisão integrativa é o mais amplo, sendo uma vantagem, pois permite a inclusão simultânea de pesquisa experimental e quase experimental proporcionando uma compreensão mais completa do tema de interesse. Este método também permite a combinação de dados de literatura teórica e empírica. Assim, o revisor pode elaborar uma revisão integrativa com diferentes finalidades, ou seja, ela pode ser direcionada para a definição de conceitos, a revisão de teorias ou a análise metodológica dos estudos incluídos de um tópico particular. A variedade na composição da amostra da revisão integrativa em conjunção com a multiplicidade de finalidades deste método proporciona como resultado um quadro completo de conceitos complexos, de teorias ou problemas relativos a temática estudada.

"A revisão integrativa inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos" (MENDES, 2008).

.A elaboração da revisão integrativa consiste nas seguintes etapas (MENDES; SILVEIRA; GALVAO, 2008):

1º) Definição da pergunta norteadora a ser respondida;

2º) Realização da busca para identificar e coletar o máximo de pesquisas primárias relevantes dentro dos critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos (BEYEA; NICOLL, 1998);

3º) Análise crítica dos critérios e métodos empregados nos vários estudos selecionados para determinar se são válidos metodologicamente;

4º) Avaliação de maneira sistemática dos estudos selecionados;

5º) Interpretação e síntese dos dados (ARMSTRONG; BORTZ, 2001);

6º) Conclusões/ Apresentação da Revisão integrativa.

### 3.1. DESENHO DO ESTUDO

O estudo realizado consiste em uma revisão integrativa da literatura científica.

### 3.2. ETAPAS DO ESTUDO

#### 3.2.1. Questão norteadora

Para direcionar o presente estudo buscou-se responder a seguinte pergunta norteadora: “Como se apresenta na literatura científica a QV de crianças e adolescentes prematuros e quais são os fatores associados a esta condição?”.

#### 3.2.2 Coleta de dados

##### 3.2.2.1 Fontes de busca de dados

Os estudos foram selecionados por meio de busca eletrônica nas bases de dados: MEDLINE (acesso via PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS, via BVS), MEDLINE (via BVS), IBECs (via BVS) e SciELO.

A busca foi realizada por duas pesquisadoras de forma independente e depois comparadas a fim de verificar a semelhança entre os artigos encontrados.

#### 3.2.3 Definição dos critérios de inclusão e exclusão

Foram considerados critérios de inclusão: estudos observacionais (transversais, caso-controle e coorte); publicados nos últimos 10 anos, nos idiomas inglês, português e espanhol que mensuraram a qualidade de vida de crianças e

adolescentes que nasceram pré-termo (<37 semanas) e com baixo peso (< 2.500 gramas) com idade atual entre 0 e 18 anos.

Foram excluídos os estudos de revisão da literatura, estudos de intervenção, aqueles que não utilizaram nenhum instrumento para a avaliação da QV e ainda, os que não atingiram 80% na avaliação através do formulário STROBE (que será descrito posteriormente).

#### **3.2.4. Estratégias de busca nas bases de dados**

A estratégia de busca nas bases de dados eletrônicas incluiu pesquisas publicadas nos últimos 10 anos (2005-2015), em três idiomas (inglês, português e espanhol).

Os descritores utilizados variaram de acordo com a base de dados pesquisada, e foram escolhidos mediante consulta aos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS). Assim, foram empregadas as seguintes combinações de palavras chaves na língua portuguesa e inglesa: (Quality of Life) AND (Preterm OR Premature Birth); ("Quality of life" AND (preterm OR premature infant OR premature)); (pretermo OR preterm OR premature OR premature infant) AND (qualidade de vida OR quality of life).

Foram analisados primeiramente os títulos e os resumos dos referidos artigos para verificar se respondiam a pergunta norteadora. A partir desta análise foram selecionados todos os artigos que se encontraram nos critérios de inclusão (QUADRO 1).

BASES DE DADOS	PALAVRAS-CHAVE	NÚMERO DE ARTIGOS ENCONTRADOS
PUBMED-MEDLINE	(Quality of Life) AND (Preterm OR Premature Birth)	642
MEDLINE, LILACS E IBECs, VIA BVS	("Quality of life" AND (preterm OR premature infant OR premature))	6.523
SCIELO	(pretermo OR preterm OR premature OR premature infant) AND (qualidade de vida OR quality of life)	57

**Quadro 1:** Estratégia de busca e artigos encontrados por base de dados

### 3.3. AVALIAÇÃO METODOLÓGICA

A qualidade dos estudos observacionais foi avaliada através do formulário STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*). Este instrumento, foi traduzido entre junho e dezembro de 2008 através de parceria entre pesquisadores da Fundação Oswaldo Cruz, Universidade Federal do Rio de Janeiro e os pesquisadores que desenvolveram a Iniciativa STROBE. Contém 22 itens que são relacionados a informações que deveriam estar presentes no título, resumo, introdução, metodologia, resultados e discussão de artigos científicos que descrevem estudos observacionais. Dezoito itens são comuns a estudos de coorte, caso-controle e estudos seccionais e quatro itens são específicos para cada um desses três desenhos de estudo (MALTA *et al.*, 2010).

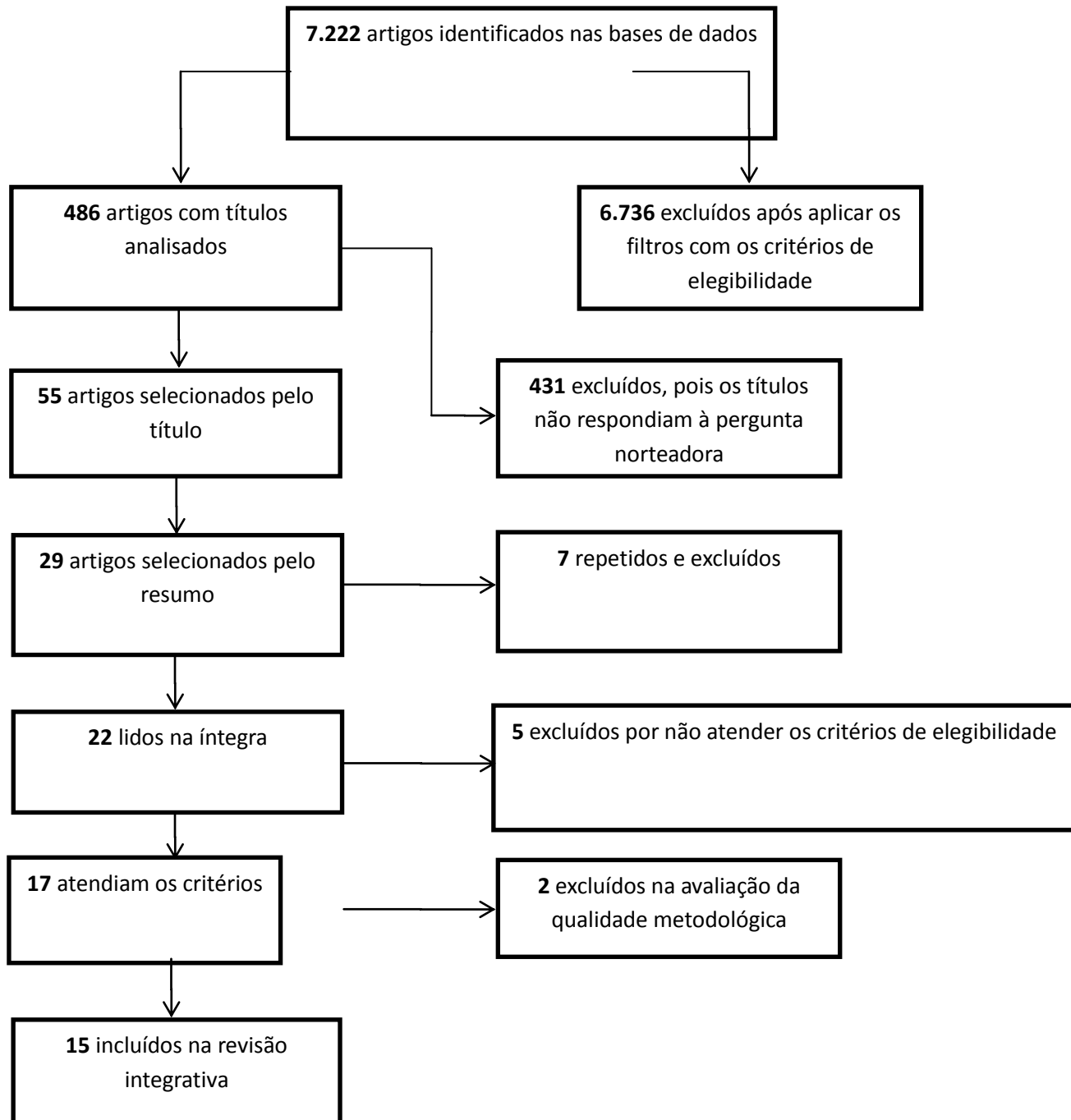
Os itens ajudam a focar na qualidade do título e do resumo. Na introdução, a preocupação é com o contexto e os objetivos; já na metodologia, com o desenho do estudo, o contexto, os participantes, as variáveis, as fontes de dados/mensuração, o viés, o tamanho da amostra, as variáveis quantitativas e os métodos estatísticos usados. Na seção de resultados o foco é na qualidade da descrição dos participantes, dos dados descritivos, dos desfechos e resultados principais, enquanto que na discussão, os itens essenciais verificados são limitações, generalização e interpretação (MOREIRA *et al.*, 2014).

A Iniciativa STROBE oferece um modelo que poderá ser seguido por autores de estudos observacionais e que objetiva contribuir para um relato mais adequado desses estudos e, conseqüentemente, facilitar a leitura crítica dessas publicações por parte de editores, revisores e leitores em geral (MALTA *et al.*, 2010).

A avaliação da elegibilidade e a análise da qualidade dos artigos foram realizadas por duas pesquisadoras de forma independente e depois confrontadas. Sendo utilizada, ainda, uma tabela para extrair os principais dados dos artigos selecionados, contendo: nome do autor; em qual perspectiva era abordada a Qualidade de Vida (se era da própria criança, do cuidador ou da equipe de saúde); os Instrumentos utilizados nos referidos artigos para a mensuração da qualidade de vida; e, por fim, os principais resultados e conclusão dos mesmos.

#### 4. RESULTADOS

Um total de 7.222 artigos foram identificados por meio de busca eletrônica em 4 bases de dados, porém somente 15 foram incluídos a partir dos critérios de elegibilidade. A figura 1, abaixo, mostra como ocorreu a seleção dos artigos.



**Figura 1:** Diagrama de fluxo para seleção de artigos nas diferentes fases da revisão, Juiz de Fora, 2015.

Inicialmente foram excluídos 6.736 artigos após serem aplicados os filtros nas bases de dados com os pré-requisitos para a revisão (ex: últimos 10 anos, faixa etária de 0-18 anos, idiomas em português, inglês e espanhol, espécie seres humanos, etc). Os 486 restantes foram analisados pelo título e destes foram excluídos 431, pois não respondiam a pergunta norteadora. Dos 55 selecionados pelo título, após analisarmos os resumos, foram excluídos 27, uma vez que não estavam dentro dos critérios de elegibilidade (ex: 2 eram estudos experimentais, faixa etária fora da pré-estabelecida, etc). Dos 29 selecionados pelo resumo, 7 foram excluídos por serem repetidos, restando 22 artigos que foram lidos na íntegra. Após serem lidos na íntegra, 5 artigos foram excluídos por não atenderem os critérios de elegibilidade (por exemplo, não utilizou nenhuma escala para mensuração da QV ou o grupo não estava dentro da faixa etária do estudo ou mensurava a qualidade dos questionários aplicados e não das crianças/adolescentes nascidas prematuras) e, ainda, 2 excluídos na avaliação da qualidade metodológica (por não obterem 80% na escala STROBE). Desta forma foram incluídos nesta revisão integrativa 15 artigos científicos.

O Quadro 2, a seguir, apresenta as características gerais dos estudos selecionados, incluindo ano e país de realização da pesquisa, tipo de estudo, população, idade das crianças e pontuação na escala STROBE.

Artigo	Ano	País	Tipo de Estudo	População	Idade	Pontuação STROBE
<b>Wolke et al.</b>	2013	Alemanha	Coorte	260 adolescentes extremo baixo peso ao nascer/ muito prematuro, sendo 12 adolescentes Muito baixo peso / muito prematuro com deficiência, e 282 adolescentes a termo.	8-13 anos	81,81%
<b>Verrips et al.</b>	2012	Holanda	Coorte	Participantes do Projeto sobre crianças prematuras e pequenas para a idade gestacional (POPS), um estudo holandês neonatal de acompanhamento a nível nacional. Ao longo de 1983, crianças matriculadas no POPS, que eram 94% (n = 1338) de todas as crianças nos Países Baixos nascidos vivos antes de 32 semanas completas de gestação, ou com um peso de nascimento <1.500 g.	14-19 anos	90,90%
<b>Berbis et al.</b>	2012	França	Coorte	Todas as crianças nascidas entre 24 e 32 semanas de gestação entre janeiro de 1997 e dezembro de 2001, no hospital de estudo, que ainda estavam vivos em 2007 (idade 6-10 anos) e que se submeteram a acompanhamento completo pediátrico pela equipe de neonatologia.	6-10 anos	86,36%

**Quadro 2** : Características gerais dos estudos e pontuação na Escala STROBE. **Legenda:** POPS: Projeto sobre crianças prematuras e pequenas para a idade gestacional.



Artigo	Ano	País	Tipo de estudo	População	Idade	Pontuação STROBE
Hallin et al.	2010	Suécia	Coorte	52 nascidos extremamente prematuros em uma população Sueca e 54 controles a termo foram avaliados quanto aos resultados comportamentais, assunção de riscos e auto-percepção da QV.	10 e 18 anos	81,81%
Vederhus et al.	2010	Noruega	Coorte	As crianças elegíveis nasceram com uma idade gestacional $\leq$ 28 semanas ou com peso ao nascer $\leq$ 1.000 g em 1991-1992 dentro de uma região definida no oeste da Noruega.	10 anos	90,90%
Rautava et al.	2009	Finlândia	Coorte	IG <32 semanas ou peso ao nascer = 1500 g, nascidos em 3 hospitais na Finlândia entre 2001 e 2002.	5 anos	90,90%
Reuner et al.	2009	Alemanha	Coorte	Nascidos com 37 semanas de IG e com peso ao nascer de 2500g entre 1 de Julho de 1986, e 30 de junho de 1987, no Centro Perinatal do Departamento de Neonatologia do Hospital Universitário de Heidelberg.	0-17 anos	95,45%
Gray et al.	2007	Reino Unido	Coorte	Todas as crianças que nasceram em uma gestação de 29 semanas na antiga região do Norte da Inglaterra em 1983, em Oxford Região da Inglaterra e na Escócia em 1984.	15-16 anos	88,63%

**Quadro 2 (continuação):** Características gerais dos estudos e pontuação na Escala STROBE. **Legenda:** QV: Qualidade de Vida; IG: Idade Gestacional.

Artigo	Ano	País	Tipo de Estudo	População	Idade	Pontuação STROBE
Tay et al.	2013	Malásia	Coorte	Um total de 258 crianças (120 crianças prematuras e 138 crianças a termo) foram recrutados para este estudo.	2-5 anos	93,18%
Méndez et al.	2009	Espanha	Transversal	216 pais de prematuros (nascidos 32-35 semanas), simultaneamente selecionados na entrevista final do estudo FLIP-2.	3-12 meses	81,81%
Vederhus et al.	2015	Noruega	Caso-controle	Os indivíduos nascidos com idade gestacional $\leq 28$ semanas ou com peso de nascimento $\leq 1,000$ g dentro de uma região da Noruega em 1991-92 e indivíduos do grupo controle nascidos a termo que foram pareados e avaliados aos 10 e 18 anos.	10-18 anos	90,90%
Chien et al.	2006	Taiwan	Caso-controle	118 crianças nascidas com muito baixo peso ao nascer e 170 com não muito baixo peso ao nascer , em Taiwan.	3-4 anos	88,63%
Stahlmann et al.	2009	Alemanha	Coorte	154 prematuros com idade gestacional $< 27$ semanas, nascidos entre 1997 e 1999 em uma região definida do Norte da Alemanha.	7-9 anos	86,36%

**Quadro 2 (continuação):** Características gerais dos estudos e pontuação na Escala STROBE.

<b>Artigo</b>	<b>Ano</b>	<b>País</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>População</b>	<b>Idade</b>	<b>Pontuação STROBE</b>
<b>Roberts et al.</b>	2013	Austrália	Coorte	298 sobreviventes nascidos Extremos Prematuros / Extremo Baixo Peso no estado de Victoria, Austrália em 1991-1992, juntamente com 262 com peso normal PNN. controles pareados por idade, sexo e status social.	18 anos	81,81%
<b>Ketharanathan et al.</b>	2011	Holanda	Coorte	362 crianças nascidas em gestação entre 32 e 36 semanas e que tinha uma avaliação de acompanhamento.	2-5 anos	85,63%

**Quadro 2 (continuação):** Características gerais dos estudos e pontuação na Escala STROBE.

**Legenda:** PNN: Peso normal ao nascer > 2.499g.

A maioria dos artigos selecionados foi de trabalhos realizados em países desenvolvidos entre os anos de 2006 e 2015. De um total de 15 artigos, 3 foram realizados na Alemanha (20%), 2 na Holanda (13,33%), 1 na Austrália (6,66%), 2 na Noruega (13,33%), 1 na França (6,66%), 1 na Suécia(6,66%), 1 no Reino Unido (6,66%), 1 em Taiwan (6,66%), 1 na Finlândia (6,66%), 1 na Espanha (6,66%) e 1 na Malásia (6,66%). A maior parte dos estudos selecionados (13 artigos/ 86,66%) são estudos do tipo Coorte.

Em relação à idade gestacional, 11 artigos revisados (73%) avaliaram crianças extremamente prematuras (<29 semanas) ou nascidas com extremo baixo peso (<1.000g) e 4 (27%), avaliaram prematuros moderados ou tardios (<37 semanas) ou com baixo peso (<2.500g). A faixa etária em que se encontravam estas crianças/adolescentes no período de cada estudo foi bastante heterogênea, mas todos entre 0-18 anos, estando de acordo com o critério de elegibilidade. Exceto um único artigo (Verrips *et al.* 2012) em que a faixa etária da pesquisa foi de 14 a 19 anos, porém consideramos os desfechos encontrados somente até 18 anos. O tamanho da amostra das pesquisas, também, mostrou grande variação, com o mínimo de 35 e máximo de 1.338 prematuros avaliados.

O Quadro 3, que se encontra abaixo, apresenta os estudos analisados na presente revisão, além das perspectivas analisadas, os instrumentos utilizados e seus principais resultados/conclusões.

Artigo	Perspectiva (criança, cuidador, equipe de saúde)	Instrumentos	Resultados e Conclusão
<b>Wolke et al.</b>	Criança e Cuidador	-Health Utilities Index Mark 3 (HUI3)	Os adolescentes relataram comprometimento mais funcional do que seus pais especialmente nos aspectos psicológicos da saúde. A diferença média no HUI3 nas pontuações de utilidade multi-atributo entre adolescentes VP e com muito baixo peso (MBP) foi pequena, mas alta para adolescentes MBP / VP com deficiência. Diferentes indicadores de objetivo funcional foram importantes para adolescente x relatos dos pais. A variação na pontuação HUI3 foi explicada pelos relatos dos pais MBP / VP em comparação com relatórios adolescentes (25% vs 18%). CONCLUSÃO: Adolescentes MBP / VP informaram QVRS mais pobres do que os seus pares FT no início da adolescência. Houve melhoria na QVRS das crianças MBP / VP quando cresceram e isso é pelo menos em parte, explicado pela exclusão dos mais deficientes em relatórios de auto-avaliação por adolescentes MBP/ VP e da utilização de diferentes pontos de vista por adolescentes em comparação com os pais.

**Quadro 3:** Estudos analisados na presente revisão, perspectivas analisadas, instrumentos utilizados e seus principais resultados/conclusões.

**Legenda:** HUI3: Health Utilities Index Mark 3; VP: muito prematuros; MBP: muito baixo peso; QVRS: Qualidade de vida relacionada a Saúde.

Artigo	Perspectiva (criança, cuidador, equipe de saúde)	Instrumentos	Resultados e Conclusão
<b>Verrips et al.</b>	Adolescente	-Health Utilities Index Mark III (HUI3)  -Escala Geral de Auto-Eficácia Percebida  -Questionário regulamentado de Emoção Cognitiva	Crianças sobreviventes com muito baixo peso ao nascer (n = 959) a partir de uma vasta população. 1.983 eram elegíveis; 630 participaram tanto na idade 14 e 19 e 54 em apenas 19 anos de idade. A pontuação média QVRS diminuiu 0,87-0,86. A QVRS de 45% manteve-se estável, 25% eram melhores e 30% eram piores. Um modelo de regressão mostrou problemas de internalização e foram relacionados mais fortemente a QVRS. <b>CONCLUSÃO:</b> Na transição da adolescência para a idade adulta jovem, QVRS em crianças muito baixo peso holandeses era estável ao nível do grupo, mas variado a nível individual. Problemas de internalização e também deficiências físicas influenciaram negativamente na QVRS. Mais estudos de acompanhamento a longo prazo sobre o impacto do MBP em QVRS são necessários, dado o número crescente de crianças vulneráveis sobreviventes após o período neonatal.

**Quadro 3 (Continuação):** Estudos analisados na presente revisão, perspectivas analisadas, instrumentos utilizados e seus principais resultados/conclusões. **Legenda:** QVRS: Qualidade de vida relacionada a saúde; MBP: Baixo peso ao nascer;

Artigo	Perspectiva (criança, cuidador, equipe de saúde)	Instrumentos	Resultados e Conclusão
<b>Berbis et al.</b>	Cuidador	-Battery for Rapid Evaluation of Cognitive Functions (BREV);  - Questionários Vécu et Santé Perçue de l'Adolescent et de l'Enfant.  -QVRS mensurada pelo índice Global VSP-A.	Os pais de crianças prematuras relataram uma percepção significativamente menor de QVRS de seus filhos em comparação com os pais de crianças na população de referência, conforme refletido pelos escores do índice VSP-A.  Além de transtornos neurocognitivos, outras variáveis, tais como status sócio-econômico da família podem ter um impacto significativo na QVRS de crianças prematuras em 6-10 anos de idade.

**Quadro 3 (Continuação):** Estudos analisados na presente revisão, perspectivas analisadas, instrumentos utilizados e seus principais resultados/conclusões. **Legenda:** QVRS: Qualidade de vida relacionada a saúde; MBP: Baixo peso ao nascer; VSP-A: QVRS de crianças e adolescentes relatados pelos pais; pontuações variam de 0 a 100.

Artigo	Perspectiva (criança, cuidador, equipe de saúde)	Instrumentos	Resultados e Conclusão
<b>Hallin et al.</b>	Criança/ Adolescente	-Relatório Achenbach Youth Self;  -Wender Utah Classificação Scale	Os nascidos prematuramente relataram menos problemas do que nascidos a termo na escala de externalização (comportamento delinquente e comportamento agressivo); e eles relataram menos consumo de álcool. Não foi observada diferença entre os dois grupos em relação ao uso da nicotina, pontos de vista sobre a qualidade de vida e expectativas para o futuro ou na avaliação retrospectiva de problemas de atenção e hiperatividade. Adolescentes de forma conclusiva, nascidos prematuramente descreveram uma qualidade de vida e as expectativas futuras comparáveis aos controles nascidos a termo. Eles também relataram menos problemas comportamentais e menos assunção de riscos no comportamento.

**Quadro 3 (Continuação):** Estudos analisados na presente revisão, perspectivas analisadas, instrumentos utilizados e seus principais resultados/conclusões.



Artigo	Perspectiva (criança, cuidador, equipe de saúde)	Instrumentos	Resultados e Conclusão
<b>Vederhus et al.</b>	Cuidador	-Child Health Questionnaire (CHQ-PF50)  -Questionário Geral	Todas as 35 crianças pré-termo elegíveis participaram. Nenhum deles tinha grandes deficiências. Problemas de aprendizagem e/ou de atenção estavam presentes em 71% dos prematuros e 20% dos controles. Apoio profissional insuficiente foi descrito por 36% dos prematuros vs. 3% dos pais de controle. Meninos representando a maioria dos déficits nas áreas de comportamento, funcionamento psicossocial e carga parental. QVRS foi associada com a aprendizagem e / ou problemas de atenção, tanto em pré-termo quanto controles. Dentro do grupo pré-termo, a QVRS foi principalmente relacionado à morbidade perinatal e neonatal. <b>CONCLUSÃO:</b> QVRS para as crianças nascidas extremamente prematuras e, particularmente, para os meninos, como inferior ao de crianças nascidas a termo, e suficientemente pobres para afetar a vida diária das crianças e suas famílias. Problemas de aprendizagem e / ou de atenção foram relatados para a maioria dos prematuros, influenciando fortemente a sua QVRS.

**Quadro 3 (Continuação):** Estudos analisados na presente revisão, perspectivas analisadas, instrumentos utilizados e seus principais resultados/conclusões. **Legenda:** QVRS: Qualidade de vida relacionada à saúde.

Artigo	Perspectiva (criança, cuidador, equipe de saúde)	Instrumentos	Resultados e Conclusão
Rautava et al.	Cuidador	-Questionário preenchido pelos pais que avalia a qualidade de vida de crianças em relação a mobilidade, visão, audição, respirar, dormir, comer, escola, passatempos, aprendizagem, memória, desconforto e sintomas, depressão, angústia, vitalidade, aparência, amigos e concentração.	HRQoL aos 5 anos de idade foi menor e QALYs foram perdidos em VLBWIs comparados com os controles. As diferenças regionais nas QALYs de VLBWIs foram encontrados entre os 5 distritos hospitalares universitários. Nível hospitalar ou nascimento fora do horário não teve efeito sobre os QALY de VLBWIs nascidos vivos. A pontuação HRQoL total ajustada não foi afetada pelo nascimento fora do horário de expediente ou pelo nível hospitalar ou distrito. Conclusão: As diferenças de QALYs relacionados ao hospital distrital sugerem variação no atendimento de VLBWIs que precisa ser tratada.

**Quadro 3 (Continuação):** Estudos analisados na presente revisão, perspectivas analisadas, instrumentos utilizados e seus principais resultados/conclusões. **Legenda:** HRQoL: Qualidade de vida relacionada a saúde; QALYs: Quality-adjusted life years (ano de vida ajustado pela qualidade); MBP: Muito baixo peso; VLBWIs: Muito baixo peso ao nascer.

Artigo	Perspectiva (criança, cuidador, equipe de saúde)	Instrumentos	Resultados e Conclusão
Reuner et al.	Cuidador e criança/ adolescente	- Child Behavior Checklist (CBCL)  -Auto relatório da Juventude	O crescimento em altura da criança com BPN foi altamente variável, mas correlacionado significativamente com parâmetros de nascimento e foi inferior ao dos controles em relação aos percentis. Matrícula escolar de BPN foi mais frequentemente atrasada, e houve uma tendência de menor graduação da escola no BPN. Os grupos não diferiram em relação à QVRS e aspectos comportamentais, mas BPN recebeu significativamente mais intervenções fisioterapêuticas.  Conclusão: Uma carreira escolar prolongada e uma maior demanda por intervenções terapêuticas indicam sutis déficits de desenvolvimento neurológico no BPN. O estudo ressalta a necessidade de programas de acompanhamento profissional para a maioria dos prematuros.

**Quadro 3 (Continuação):** Estudos analisados na presente revisão, perspectivas analisadas, instrumentos utilizados e seus principais resultados/conclusões. **Legenda:** BPN: Baixo peso nascer; QVRS: Qualidade de vida relacionada a saúde.

Artigo	Perspectiva (criança, cuidador, equipe de saúde)	Instrumentos	Resultados e Conclusão
Gray et al.	Adolescente	- Health Utilities Index Mark III (HUI3)	Um total de 218 das 535 crianças que nasceram nas 3 regiões durante o período do estudo estavam vivos entre 15 a 16 anos de idade. O Registro HUI3 estava disponível para 140 crianças no ensino regular em escolas e para 108 indivíduos controle. 7 dos 8 atributos (visão, audição, discurso, emoção, dor, deambulação e destreza), não foram estatisticamente diferentes em nenhum comprometimento funcional entre os grupos. No entanto, o grupo pré-termo se apresentou um maior nível de deterioração funcional no atributo cognição (40,7% vs 25,0%). Apesar de não haver diferença no escore mediano utilitário HUI3 entre os dois grupos, houve uma maior gama de contagens de utilidade para o grupo pré-termo. Conclusão: Apesar da evidência objetiva de que crianças e adolescentes que nasceram prematuros têm uma saúde mais precária, em média, do que os indivíduos controle nascido a termo, isso não é refletido em suas próprias avaliações do seu estado de saúde e qualidade de vida. As razões para estas diferenças precisam ser mais exploradas.
Tay et al.	Cuidador	-TAPQOL -Perguntas sobre o estado de saúde da criança	Crianças prematuras apresentaram menor escore de qualidade de vida do que a de crianças prazo. A versão Malaia de TAPQOL tem constructo multidimensional. É um confiável e válido instrumento para crianças pré-escolares, com propriedades psicométricas quase semelhante ao da versão original.

**Quadro 3 (Continuação):** Estudos analisados na presente revisão, perspectivas analisadas, instrumentos utilizados e seus principais resultados/conclusões. **Legenda:** TAPQOL: Preschool Children Quality of Life (Qualidade de vida em crianças pré-escolares).

Artigo	Perspectiva (criança, cuidador, equipe de saúde)	Instrumentos	Resultados e Conclusão
<b>Méndez et al.</b>	Cuidador	-Questionário QUALIN13;  - Questionário SF-12  -Escala Visuais	De outubro de 2006 a março de 2007 houve 71 internações respiratórias (33%). Trigêmeos e crianças que vivem em lares com mais de 5 habitantes tinham maior probabilidade de ser hospitalizados. Os pais de crianças hospitalizadas tinham maior probabilidade de afastamento do trabalho para cuidar das crianças (47% vs. 18%), ter sobrecarga superior, e para obter valores mais baixos na dimensão física do SF-12. Conclusão: O estudo da QVRS dos prematuros indica que esta diminui com menor idade gestacional, fatores da casa e sobrecarga do cuidador. Mas, além disso, depende também da presença de alguns fatores de risco considerados para infecções respiratórias.

**Quadro 3 (Continuação):** Estudos analisados na presente revisão, perspectivas analisadas, instrumentos utilizados e seus principais resultados/conclusões. **Legenda:** QVRS: Qualidade de vida relacionada a saúde.

Artigo	Perspectiva (criança, cuidador, equipe de saúde)	Instrumentos	Resultados e Conclusão
Vederhus et al.	Criança/ adolescente e Cuidador	-Child Health Questionnaire (CHQ);  - Child Behavior Checklist (CBCL)	Todos os PE elegíveis ( $n = 35$ ) e crianças do grupo controle participaram aos 10 anos, e 31 (89%) e 29 (83%) em 18 anos. Aos 10 anos, meninos nascidos PE receberam notas significativamente mais pobres por seus pais do que os controles nascido a termo, mas as diferenças foram menores em 18 anos; ou seja, melhorias significativas ocorreram em vários CHQ (auto-estima, saúde geral e em tempo impacto parental) e CBCL (total de problemas, internalização e deprimidos ansiosos escalas. Para as meninas, as diferenças foram menores em 10 anos e mantiveram-se inalteradas por 18 anos. Dificuldades comportamentais emocionais aos 10 anos da mesma forma, foram mais pobres, tanto para PE e indivíduos nascidos a termo com 18 anos. Auto-avaliação da QVRS e comportamento em 18 anos foi semelhante em PE e grupos nascido a termo sobre a maioria das escalas. Conclusão: QVRS e comportamento são melhores na idade adulta para meninos nascidos PE, enquanto as meninas permaneceram relativamente semelhante, e dificuldades emocionais e comportamentais precoces previram desenvolvimento mais pobres na QVRS até a adolescência. Estes dados indicam que o sexo em uma perspectiva longitudinal deve ser considerado ao abordar a saúde e bem-estar após o nascimento extremamente prematuro.

**Quadro 3 (Continuação):** Estudos analisados na presente revisão, perspectivas analisadas, instrumentos utilizados e seus principais resultados/conclusões. **Legenda:** PE: Prematuros Extremos; **CHQ:** Child Health Questionnaire; **CBCL:** Child Behavior Checklist

Artigo	Perspectiva (criança, cuidador, equipe de saúde)	Instrumentos	Resultados e Conclusão
<b>Chien et al.</b>	Cuidador	- Instrumento de Qualidade de vida em crianças com idade pré-escolar (TZO-AZL).	Crianças nascidas com muito baixo peso tiveram significativamente e estatisticamente menor média de qualidade de vida pontuada em todas as quatro dimensões, em comparação com os controles. Entre os primeiros, aqueles que tinham problemas de saúde física, marcaram menos em todas as dimensões da qualidade de vida. Cuidadores primários com maior nível educacional e o aumento das idades das crianças foram associados com uma melhor pontuação nas funções emocionais e sociais. A idade gestacional ao nascer foi negativamente associada com a função cognitiva. Tempo de permanência na unidade de terapia intensiva neonatal foi negativamente associado com escores para o aspecto função social da qualidade de vida. Conclusão: A monitorização regular da qualidade de vida de criança com muito baixo peso ao nascer é necessária. Enfermeiros precisam avaliar o estado de saúde atual, idade gestacional, e grau de escolaridade do cuidador primário, a fim de identificar aqueles que estão em risco para a baixa qualidade de vida e intervir mais cedo.

**Quadro 3 (Continuação):** Estudos analisados na presente revisão, perspectivas analisadas, instrumentos utilizados e seus principais resultados/conclusões.

Artigo	Perspectiva (criança, cuidador, equipe de saúde)	Instrumentos	Resultados e Conclusão
Stahlmann et al.	Cuidador	- Revised Children Quality of Life -- Questionnaire (KINDL R )	92 (60%) das crianças sobreviveram, 75 destes 92 (82%) foram acompanhados. Taxas de deficiência foram elevadas: apenas 27 (36%) não mostravam nenhuma disfunção do estado neurossensorial, 33 (44%) disfunção leve, 5 (7%) disfunção moderada e 10 (13%) disfunção grave, incluindo 8 (11%) com paralisia cerebral não-ambulatorial. 19 (26%) possuíam retardo mental. Os pais relataram problemas comportamentais em 21 (28%), a qualidade de vida foi menor nos prematuros em comparação com uma amostra normal representante. Problemas de comportamento foram previstos por QI mais baixo e nível educacional da mãe. Conclusão: Os resultados gerais confirmam altos níveis de mortalidade e morbidade em lactentes extremamente imaturos. Os dados regionais devem incluir mortalidade, morbidade e qualidade de vida relacionada à saúde para informar adequadamente os pais sobre o prognóstico.

**Quadro 3 (Continuação):** Estudos analisados na presente revisão, perspectivas analisadas, instrumentos utilizados e seus principais resultados/conclusões.



Artigo	Perspectiva (criança, cuidador, equipe de saúde)	Instrumentos	Resultados e Conclusão
Roberts et al.	Adolescente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Health Utilities Index Mark III (HUI3)</li> <li>- Short Form 36 (SF36)</li> <li>- Coopersmith Self-Esteem Inventory</li> </ul>	<p>Os dados foram disponível a partir de 194 PE/ EBP e 148 adolescentes de controle. Adolescentes prematuros extremos ou extremo baixo peso ao nascer relataram qualidade de vida em geral, estado de saúde e auto-estima similar aos controles. O nascimento em menor idade gestacional ou menor peso ao nascer não foram relacionados à pior qualidade de vida. EP / EBP adolescentes relataram menos atividade física, atividade sexual e ingestão de álcool em comparação com os controles. Outros aspectos de comportamentos de risco foram semelhantes nos dois grupos. Conclusão: EP/EBP relatam qualidade similar de vida, auto-estima e comportamentos sociais e de tomada decisões como os controles.</p>

**Quadro 3 (Continuação):** Estudos analisados na presente revisão, perspectivas analisadas, instrumentos utilizados e seus principais resultados/conclusões. PE: Prematuro extremo; EBP: Extremo baixo peso.

Artigo	Perspectiva (criança, cuidador, equipe de saúde)	Instrumentos	Resultados e Conclusão
Ketharanath han et al.	Cuidador	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Questionário de Qualidade de vida para crianças pré escolares (TAPQoL)</li> <li>- Child Behavior Checklist (CBCL)</li> </ul>	<p>As principais características foram: gestação 34,7 ± 1 semana e peso de nascimento 2360 ± 444 g. A maioria das famílias foram com pais de classe média e que trabalham ao seu nível educacional. A taxa de resposta ao questionário foi de 62,7%. 12 itens TAPQoL apresentaram escores significativamente mais baixos para estômago e vivacidade, enquanto os escores para o comportamento, comunicação e sono foram significativamente maior em comparação com a população em geral. A pontuação TAPQoL para problemas pulmonares foi significativamente menor para as crianças que receberam pressão positiva contínua (CPAP). Pontuações CBCL foram dentro da normalidade, embora o estudo populacional tenha pontuado mais alto em queixas somáticas emocionalmente reativas e problemas de atenção em comparação com os seus pares a termo.</p> <p>Conclusão: Crianças que nasceram com idade gestacional de 32 a 36 semanas não experimentam uma menor HRQV geral em 2 a 5 anos de idade. Resultados de CPAP em menores escores de QVRS para problemas pulmonares. A ocorrência global de problemas comportamentais e emocionais não difere da população geral nascido a prazo. Vários subitens precisam de mais atenção.</p>

**Quadro 3 (Continuação):** Estudos analisados na presente revisão, perspectivas analisadas, instrumentos utilizados e seus principais resultados/conclusões.

Oito artigos (53%) analisaram a QV das crianças prematuras sobre a perspectiva do cuidador, 4 (27%) sobre a perspectiva da própria criança e 3 estudos (20%) sobre ambas perspectivas (criança e cuidador).

Os artigos que se relacionavam a prematuros extremos demonstraram em sua maioria (72%), um impacto da prematuridade na QV dessas crianças e desses 72%, todos relacionaram tal impacto a funções cognitivas e psicológicas dos indivíduos, tais como: atenção, aprendizagem, auto-estima, depressão, hiperatividade e problemas comportamentais em geral.

Dos estudos que avaliaram prematuros moderados ou tardios, 3 (75%) não identificaram diferença significativa na qualidade de vida, em relação a crianças nascidas a termo.

É importante ressaltar que, nos estudos em que foi analisada a QV na perspectiva dos pais, 6 (75%) deles, demonstram que os pais de nascidos prematuros relatam uma pior QV de seus filhos em comparação com os relatos dos pais de crianças/ adolescentes nascidos a termo.

## 5. DISCUSSÃO

O presente estudo acrescenta informações sobre o conhecimento científico do impacto de nascer prematuro na QV de crianças e adolescentes. Os resultados desta revisão indicam primeiramente que, nos estudos analisados, houve uma maior abordagem na faixa etária entre 10 e 18 anos (WOLKE *et al.*, 2013; VERRIPS *et al.*, 2012; HALLIN *et al.*, 2011; VEDERHUS *et al.*, 2015; GRAY *et al.*, 2007; VEDERHUS *et al.*, 2010; ROBERTS *et al.*, 2011), 5 artigos pesquisaram uma faixa etária menor que 6 anos (RAUTAVA *et al.*, 2009; TAY *et al.*, 2015; MÉNDEZ *et al.*, 2010; CHIEN *et al.*, 2006; KETHARANATHAN *et al.*, 2011) e somente 3 artigos abordaram a faixa etária entre 6 e 8 anos (BERBIS *et al.*, 2012; STAHLMANN *et al.*, 2009; REUNER *et al.*, 2009). É importante ressaltar que este (de 6 a 8 anos), é o período de transição da fase pré-escolar para a escolar (MARTURANO, TRIVELLATO-FERREIRA, GARDINAL, 2009).

O início da vida escolar trata-se de um marco importante, pois a literatura traz evidências de que o desempenho acadêmico e social da criança no ciclo inicial do ensino fundamental é um preditor importante de seus resultados escolares, sociais e de saúde mental (que como citados anteriormente, podem influenciar na QV) ao longo do ensino fundamental e médio (COWAN PA, COWAN CP, 2011). Além disso, nesta fase é exigido das crianças que desenvolvam habilidades que não haviam sido demandadas anteriormente, tais como habilidades bimanuais, de comportamento e de integração viso-motor (MOREIRA; MAGALHÃES; ALVES, 2014). Diante disso, alguns questionamentos são feitos: Quando essas crianças saem do ambiente familiar de suas casas e se inserem no ambiente escolar, passam a perceber melhor suas diferenças? Esta percepção pode gerar um impacto na sua QV?

Os artigos supracitados que avaliaram as crianças nessa faixa etária de 6 a 8 anos, que se trata do momento de transição escolar, observaram diminuição na qualidade de vida (BERBIS *et al.*, 2012; STAHLMANN *et al.*, 2009; REUNER *et al.*, 2009) e nos 3 estudos esse impacto foi associado a transtornos neurocognitivos e de comportamento. Estes resultados podem indicar que as intervenções voltadas para melhorar a situação da criança no momento de seu ingresso na escola podem trazer benefícios a longo prazo (COWAN PA, COWAN CP, 2011).

Outro resultado importante é em relação à idade gestacional pesquisada: 73% dos artigos encontrados (n=11) pesquisaram a prematuridade extrema/ extremo baixo peso ao nascer. Foi observada uma menor QV em crianças prematuras quando comparadas a crianças nascidas a termo em 72% desses estudos (n=7) (WOLKE *et al.*, 2013; VERRIPS *et al.*, 2012; BERBIS *et al.*, 2012; VEDERHUS *et al.*, 2010; VEDERHUS *et al.*, 2015; CHIEN *et al.*, 2006; STAHLMANN *et al.*, 2009). Nos estudos que encontraram diferença entre estes dois grupos, o déficit da QV encontrou-se associado às comorbidades que essas crianças/adolescentes apresentavam, tais como deficiências físicas (BERBIS *et al.*) e neurológicas (WOLKE *et al.*). Portanto a prematuridade pode estar indiretamente relacionada com a diminuição da QV, visto que o histórico de prematuridade encontra-se associado a uma maior prevalência de comorbidades, tais como transtornos neurocognitivos (déficits de atenção e aprendizagem), hiperatividade, diminuição da auto-estima, depressão, atraso no desenvolvimento, infecções respiratórias, morbidades peri e neonatais, paralisia cerebral, entre outras.

Quanto menor a IG e o peso ao nascimento, mais biologicamente imaturas são essas crianças e mais susceptíveis a desenvolverem comorbidades (MÉNDEZ *et al.*, 2010). Por outro lado, crianças nascidas a termo, também podem apresentar esses tipo de alterações. Diante disto, observa-se a necessidade de ampliar os grupos estudados para possibilitar a comparação entre crianças nascidas prematuras em diferentes IG e nascidas a termo, levando-se em consideração a presença ou ausência de morbidades. Isto poderia possibilitar uma melhor análise do impacto da prematuridade na QV de crianças e adolescentes.

Dos 27% (n=4) que avaliaram prematuros moderados/tardios (REUNER *et al.*, 2009; MÉNDEZ *et al.*, 2010; KETHARANATHAN *et al.*, 2011; TAY *et al.*, 2015), apenas o estudo de Méndez *et al.*, observou um impacto significativo na qualidade de vida dessas crianças e ainda assim, relacionou esse impacto a fatores de risco como afecções respiratórias, impacto na vida dos pais e problemas familiares. Porém, o número pequeno de artigos que avaliam prematuros moderados/tardios dificulta essa discussão. Nota-se a importância de mais pesquisas relacionadas a prematuros moderados/tardios, dada a sua maior prevalência em relação aos demais (VAN BAAR, 2009).

Houve uma maior abordagem dos estudos na perspectiva do cuidador em relação à QV de crianças e adolescentes (BERBIS *et al.*, 2012; VEDERHUS *et al.*, 2010; RAUTAVA *et al.*, 2009; TAY *et al.*, 2015; MÉNDEZ *et al.*, 2010; CHIEN *et al.*, 2006; STHALMANN *et al.*, 2009; KETHARANATHAN *et al.*, 2011) e desses artigos, apenas 2 não observaram menor QV nos prematuros (VEDERHUS *et al.*, 2010; KETHARANATHAN *et al.*, 2011). Apenas 4 artigos observaram a perspectiva da criança ou do adolescente (VERRIPS *et al.*, HALLIN *et al.*, GRAY *et al.*, ROBERTS *et al.*) e desses, apenas VERRIPS *et al.*, observou uma menor QV dos indivíduos investigados. A QV apresenta como uma de suas características a subjetividade, sendo importante a avaliação do próprio sujeito sobre sua QV (BARREIRE *et al.*, 2003; ASSUMPÇÃO Jr. *et al.*, 2000). Contudo, isto não diminui a importância da avaliação da visão do cuidador, por este se tratar do principal tomador de decisões em relação à criança (THEUNISSEN *et al.*, 2007).

Na maioria das vezes, no ponto de vista dos pais, a QV é menor em prematuros, essa diferença provavelmente se dá pelo fato de que a criança que nasce prematura inicialmente depende muitas vezes de tratamentos altamente especializados para sua sobrevivência, o que gera vários desafios para ela e para seus pais (GIACHETTA *et al.*, 2011). Com isto, devido à percepção dos pais, que passam a se concentrar mais nas dificuldades do que nas capacidades da criança, estes podem subestimar seus filhos e superprotegê-los (CARVALHO, LINHARES e MARTINEZ, 2001) e acabam relacionando a prematuridade a um sinônimo de fragilidade ao longo da vida da criança, gerando um ambiente de superproteção e insegurança. (LINHARES *et al.*, 2000; CARVALHO, LINHARES e MARTINEZ, 2001).

Wolke *et al.*, 2013; Reuner *et al.*, 2009 e Vedherus *et al.*, 2015 analisaram a QV de crianças nascidas prematuras tanto pela perspectiva da criança quanto do cuidador. Nos 3 estudos, houve um acordo entre crianças e cuidadores quando analisados aspectos físicos e observáveis (visão, destreza, audição, locomoção, etc.). Porém houve diferença, nos relatos quando os sintomas não eram facilmente observáveis e estavam relacionados com aspectos psicológicos, tais como emoção, cognição e dor, sendo esses fatores os determinantes para uma pontuação final diferente nos questionários. Tais pontuações indicaram uma pior perspectiva do cuidador quando comparada a das próprias crianças/adolescentes. Esses achados foram compatíveis com estudos anteriores, em que semelhanças entre a perspectiva das crianças e dos cuidadores, aconteceram ao se tratar de domínios físicos e ao ser

perguntado sobre domínios psicológicos, houve divergência. (CREMEENS J, EILSER C, BLADES M, 2006).

Vedherus *et al.*, 2010 além de observar uma menor QV das crianças prematuras quando comparadas a crianças a termo, observou que essa diferença foi maior em meninos. Os atributos que foram determinantes para essa diferença foram comportamento e funcionamento psicossocial. No entanto, esse tipo de alteração é mais prevalente em meninos, tais como dificuldades em seguir regras ou instruções orais, prestar atenção, acalmar-se diante de uma situação-problema, pensar antes de tomar decisões, controlar a ansiedade, controlar o humor e tolerar frustrações (BARRETO *et al.*, 2006). Portanto é necessário que se tenha cautela ao avaliar estes resultados e deve-se pensar se a QV é menor em meninos prematuros ou se as alterações de comportamento que são mais prevalentes nesse sexo poderiam estar associadas a esse impacto na QV dessas crianças, independentemente da IG.

Berbis *et al.* e Chien *et al.*, também observaram impacto na QV dessas crianças/adolescentes, porém, observaram que o nível socioeconômico e de escolaridade dos cuidadores, tem influência diretamente proporcional ao impacto na QV dos nascidos prematuros. Isso pode se justificar, pois dependendo da comorbidade apresentada pelo indivíduo em consequência da prematuridade, pode ser necessário um investimento maior em assistência médica e em outras áreas da saúde e possíveis intervenções para um acompanhamento desse grupo, gerando então um ônus financeiro. (LEMOS, 2011) Quando a família não possui condições de lançar mão de tais investimentos, a crianças/adolescente fica mais exposta aos efeitos negativos dessas comorbidades e isto poderia influenciar sua QV.

Quanto aos procedimentos pelos quais os indicadores de QV foram avaliados, verificou-se uma grande variedade de questionários utilizados. Foram realizadas avaliações com instrumentos padronizados e/ou elaborados pelos próprios autores. Isto dificulta a comparação dos resultados devido à heterogeneidade dos instrumentos e as diferenças que estes apresentam em relação aos itens e formas de pontuação.

Em relação aos países nos quais os estudos foram realizados, apenas 2 foram em países em desenvolvimento (Taiwan (CHIEN *et al.*, 2006) e Malásia (TAY *et al.*, 2013)), os outros 13 foram feitos em países desenvolvidos, provavelmente devido a maior facilidade em se conseguir recursos financeiros para realizar estudos com longos períodos de seguimento (MOREIRA; MAGALHÃES; ALVES, 2014).

A deficiência de estudos sobre este tema em países em desenvolvimento se mostra preocupante, principalmente no Brasil, onde nos últimos dez anos, não se encontra nas bases de dados pesquisadas artigos publicados no período pesquisado que abordem o tema QV de crianças prematuras. Assim, foi encontrada apenas uma revisão de literatura de 2011, na qual também não foram incluídos artigos nacionais (Vieira 2011). Portanto, ainda é precário o conhecimento e a investigação em relação à QV dessas crianças inseridas no contexto cultural brasileiro e assim dificultando o conhecimento de suas maiores necessidades, para então aplicá-lo na prática clínica.

As principais limitações deste estudo foram: o pequeno número de artigos revisados, mostrando a necessidade de realização de mais estudos sobre o tema, o número pequeno de revisores e a não utilização de todas as bases de dados da área da saúde.



## 8. CONCLUSÃO

O presente estudo de revisão indica que a prematuridade pode estar associada com uma pior QV de crianças/adolescentes e encontrar-se relacionada inversamente com a IG. Porém esse impacto parece estar relacionado com comorbidades apresentadas por esses indivíduos. Portanto, quanto aos desdobramentos na prática clínica, o presente estudo reforça a importância de haver um investimento por parte dos profissionais da saúde no sentido de acompanhar e avaliar essas crianças, para que se investigue a existência de alguma comorbidade e se ela existir, o acompanhamento deve ser longitudinal. Já nas crianças/adolescentes que depois de avaliadas não for detectada nenhuma morbidade associada, parece não ser necessário um acompanhamento específico, para que exista o cuidado dessas crianças não serem estigmatizadas como prematuras ao longo de toda a vida.

Não foram encontrados maior número de artigos sobre o tema publicados nos últimos 10 anos nas bases de dados estudadas e que preenchessem os critérios adotados no presente estudo. Assim, não é possível avaliar o impacto da prematuridade ao nascimento na QV de crianças e adolescentes. Diante disto, torna-se importante que sejam realizados mais estudos sobre o tema, usando instrumentos padronizados, critérios de inclusão e exclusão claros, estudos em todas as faixas etárias e acompanhamentos de longo prazo, pois assim torna-se possível identificar quais os fatores que encontram-se associados à QV destes indivíduos.

Apesar dos indícios demonstrados por este estudo, ainda é necessária uma maior realização de pesquisas, sobre a QV dessas crianças/adolescentes e sobre a sua relação com as comorbidades apresentadas, para que haja assim um melhor embasamento para a prática clínica e quais medidas serem tomadas. Além disso, necessita-se também de mais estudos relacionados a crianças na idade de transição escolar, devido à importância e aos fatores determinantes que essa fase pode trazer para esses indivíduos, que podem a partir desta idade apresentar limitações que tornem necessário um acompanhamento clínico.

## REFERÊNCIAS

AMBALAVANAN,N; CARLO,W.A. Comparison of the prediction of extremely low birth weight neonatal mortality by regression analysis and by neural networks.**Early Hum Dev**, v. 65, n. 2, p.123-137, 2001.

ARMSTRONG, D; BORTZ, P.An integrative review of pressure relief in surgical patients.**AORN J**; v.73, n.3, p.645-674, Mar 2001.

BARREIRE, S.G.; OLIVEIRA, O.A.; KAZAMA, W.; KIMURA, M.; SANTOS V.L.C.G. Qualidade de vida de crianças ostomizadas na ótica das crianças e das mães. **J.Pediatr.**, v. 79, n. 1, p. 55-62, 2003.

BARRETO, S.O. et al, Concomitância entre dificuldades de aprendizagem e problemas de comportamento: análise descritiva da ocorrência de problemas de comportamento, em crianças, segundo avaliação do professor. **Programa de pós-graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos**, Jul 2006.

BARROS, F.C.; VICTORA, C.G.; BARROS, A.J.; SANTOS, I.S.; ALBERNAZ, E.; MATIJASEVICH, A.; DOMINGUES, M.R.; SCLOWITZ, L.K.T.; HALLAL, P.C.; SILVEIRA, M.F.; VAUGHAN, J.P.. The challenge of reducing neonatal mortality in middle-income countries: findings from three Brazilian birth cohorts in 1982, 1993, and 2004. **Lancet**, v. 365, p. 847-54, 2005.

BARREIRE, S.G.; OLIVEIRA, O.A.; KAZAMA, W.; KIMURA, M.; SANTOS V.L.C.G. Qualidade de vida de crianças ostomizadas na ótica das crianças e das mães. **J. Pediatr.**, v. 79, n. 1, p. 55-62, 2003.

BECK, S.; WOJDYLA, D.; SAY, L.; BETRAN, A.P.; Merialdi, M.; Requejo, J.H.; Rubens, C.; Menon, R.; VAN LOOK, P.F.A.. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. **Bull World Health Organ**, v. 88, p. 31–38, 2010.

BERBIS, J.et al. Quality of life of early school-age French children born preterm: a cohort study. **Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol**. v. 162, n.1, p.38-44, 2012.

BEYEA, S.C; NICOLL, L.H. Writing an integrative review. **AORN J.** v.67, n.4, p.877-880, 1998.

BISCEGLI, T.S. et. al. Avaliação do estado nutricional e do desenvolvimento neuropsicomotor em crianças frequentadoras de creche. **Rev Paul Pediatr.** v. 25, n.4, p.337-342, 2007.

BUHLER, K.E. et al. Construção da permanência do objeto em crianças nascidas pré-termo muito baixo peso. **Rev CEFAC,** São Paulo, v.9, n.3, p.300-307, 2007.

BROOME, M.E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: Rodgers BL, Knafel KA, editors. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications.** Philadelphia (USA): W.B Saunders Company; p.231-250, 2000.

CARVALHO, A.E.V.; Linhares, M.B.M.; MARTINEZ, F.E.. História de Desenvolvimento e Comportamento de Crianças Nascidas Pré-termo e Baixo Peso (< 1.500 g). **Psicologia: reflexão e crítica,** v. 14, n. 1, p. 1-33, 2001.

CHIEN, L.Y, et al. Health-related quality of life among 3--4-year-old children born with very low birthweight. **J Adv Nurs.** v.56, n.1, p.9-16, 2006.

COWAN PA, COWAN CP. O papel dos pais na transição da criança para a escola. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. **Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [on-line].** Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development e Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development,;p 1-6, 2011.

CREMEENS J, ELSER C, BLADES M; Factors influencing agreement between child self-report and parent proxy-reports on the Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 (PedsQL) generic core scales. **Health Qual Life Outcomes.**v. 30, n.4, p.58.

DA SILVA, E.S; NUNES, M.L.The influence of gestational age and birth weight in the clinical assesment of the muscle tone of healthy term and preterm newborns.**Arq Neuropsiquiatr.** v. 63, n. 4, p.956-962, 2005.

FLEHMIG, I. **Texto e atlas do desenvolvimento normal e seus desvios no lactente**. Rio de Janeiro: Atheneu; 2002.

FORMIGA, C.K.M.R.; LINHARES, M.B.M. Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.43, n. 2, p.472-480, 2009.

GOLDENBERG, R.L.; CULHANE, J.F.; IAMS, J.D.; ROMERO, R.. Epidemiology and causes of preterm birth. **Lancet**, v. 371, p. 75-84, 2008.

GRAY, R. et al. Self-reported health status and health-related quality of life of teenagers who were born before 29 weeks' gestational age. **Pediatrics**. v.120, n.1, p.86-93, 2007.

HAGBERG, H.; JACOBSSON, B. Brain injury in preterm infants: what can the obstetrician do **Early Hum Dev**. v. 81, n. 3, p.231-235, 2005.

HALLIN, AL; STJERNQVIST, K. Adolescents born extremely preterm: behavioral outcomes and quality of life. **Scand J Psychol**. v.52, n.3, p.251-6, 2011.

JEYASEELAN D, et al. The association between early minor motor difficulties in extreme low birth weight infants and school age attentional difficulties. **Early Hum Dev**. v.82, n. 4, p.249-255, 2006.

KETHARANATHAN, N. et al. Health-related quality of life, emotional and behavioral problems in mild to moderate prematures at (pre-)school age. **Early Hum Dev**. v.87, n.10, p.705-9, 2011.

KIECHL-KOHLENDORFER, U. et al. Adverse neurodevelopmental outcome in preterm infants: risk factor profiles for different gestational ages. **Acta Paediatr**. v. 98, n.5, p. 792-796, 2009.

KIRKEGAARD I, et al. Gestational age and birth weight in relation to school performance of 10-year-old children: a follow-up study of children born after 32 completed weeks. **Pediatrics**. v. 118, n.4, p.1600-1606, 2006.

LEMOS, R.A; Efeitos da prematuridade e do baixo peso ao nascimento sobre as habilidades funcionais e a independência de crianças entre 2 e 7 anos de idade

acompanhadas em um serviço de Follow-up. **Universidade Federal de Juiz de Fora, Programa de Pós-Graduação em saúde coletiva e Mestrado em saúde Coletiva**, 2011

LINHARES, et al; Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. **Paidéia**, FFCLRP-USP, Rib. Preto, jan/julho/2000

LINHARES, et al. Psychological development of school-aged children born preterm in comparison with children born full-term. **Psicol Reflex Crit.** v.18, n.1, p.109-117, 2005.

MALTA, M. et al; Iniciativa STROBE: subsídios para a comunicação de estudos observacionais. **Rev Saúde Pública.** v. 44,n.3,p. 559-665,2014.

MANCINI, M.C.; MEGALE, L.; BRANDÃO, M.B.; MELO, A.P.P.; SAMPAIO, R.F.. Efeito moderador do risco social na relação entre o risco biológico e desempenho funcional infantil. **Rev Bras. Mater. Infant.**, v. 4, n. 1, Recife Jan./Mar. 2004.

MARTURANO,E.M.; TRIVELLATO-FERREIRA, M.C.; GARDINAL, E.C. Estresse Cotidiano na Transição da 1ª Série: Percepção dos Alunos e Associação com Desempenho e Ajustamento. **Psicologia: Reflexão e Crítica** v.22, n.1, p.93-101, 2009.

MEIO, M.D. et al. Desenvolvimento cognitivo de crianças prematuras de muito baixo peso na idade pré-escolar. **J Pediatr (Rio J).** v. 80, n. 6, p.495-502, 2004.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVAO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem.Texto e Contexto - **enferm. Florianópolis**,v. 17,n. 4, p. 758-764,Dec.2008.

MÉNDEZ, R.I, et al. Quality of life of preterm infants and admissions due to respiratory infections. **An Pediatr (Barc).** v.73, n.3, p.121-31, 2010.

MEWES, A.U. et al. Regional brain development in serial magnetic resonance imaging of low-risk preterm infants. **Pediatrics.** v. 118, n. 1, p.23-33, 2006.

MINAYO, M.C; HARTZ, Z.M; BUSS, P.M. Qualidade de Vida e Saúde: Um debate necessário.**Ciênc Saúde Coletiva.** v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MONTEIRO, R. et al. Qualidade de vida em foco. **Rev Bras CirCardiovasc**, São José do Rio Preto, v.25,n.4, p.568-574, 2010.

MOREIRA, RS.; MAGALHAES, LC.; ALVES, C R.L.. Efeito do nascimento prematuro no desenvolvimento motor, comportamento e desempenho de crianças em idade escolar: revisão sistemática. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 90,n. 2,p. 119-134, 2014.

MUÑOZ, S. I. S. et al. Revisão sistemática de literatura e metanálise: noções básicas sobre seu desenho, interpretação e aplicação na área da saúde. **Brazilian Nursing Communication Symposium**. São Paulo, V 8, 2002.

OBAMA, A.Y; OSHIRO M.A. Terapia ocupacional com bebês de Risco: Reflexões Sobre a Clínica. **Cad Centro Universitário São Camilo**, v.8, n.3, p.58-61, 2002.

O'SHEA, T.M. et al. Magnetic resonance and ultrasound brain imaging on preterm infants. **Early Hum Dev**. v. 81, n.2, p.263-271, 2005.

PEREIRA, M.R; FUNAYAMA, C.A. Avaliação de alguns aspectos da aquisição e desenvolvimento da linguagem de crianças nascidas pré-termo. **Arq Neuropsiquiatr**. v.62, n. 3, p.641-648, 2004.

POMPEO, Daniele Alcalá; ROSSI, Lídia Aparecida; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 22, n. 4, 2009.

RADEMAKER KJ, et al. Larger corpus callosum size with better motor performance in prematurely born children. **Semin Perinatol**. v.28, n.4,p.279-287, 2004.

RAUTAVA, L. et al. Health-related quality of life in 5-year-old very low birth weight infants. **J Pediatr**. v.155, n.3, p.338-43,2009.

REUNER, G. et al. Long-term development of low-risk low birth weight preterm born infants: neurodevelopmental aspects from childhood to late adolescence. **Early Hum Dev**. v.85, n.7, p.409-13, 2009.

ROBERTS, G. et.al. Parent-reported health in extremely preterm and extremely low-birthweight children at age 8 years compared with comparison children born at term. **Dev Med Child Neurol.** v.53, n.10, p.927-32, 2011.

ROBERTS, G. et al. Victorian Infant Collaborative Study Group. Quality of life at age 18 years after extremely preterm birth in the post-surfactant era. **J Pediatr.** v.163, n.4, p.1008-13, 2013.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C; A. de M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de enfermagem.** v. 15, n. 3, p. 7-11, 2007..

SEIDL, E.M.F; ZANNON, C.M.L.C.Qualidade de Vida e Saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.580-588, abr 2004.

SILVEIRA, M.F.; SANTOS, I.S.; BARROS, A.J.D.; MATIJASEVICH, A.; BARROS, F.C.; VICTORA, C.G. Aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. **Rev Saúde Pública,** v. 42, n. 5, p. 957-964, 2008.

SOUZA, M.T; SILVA, M.D; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein.** v.8, n.1, p.102-106, 2010.

SPINILLO, A. et al. Infant sex, obstetric risk factors, and 2-year neurodevelopmental outcome among preterm infants. **Dev Med Child Neurol.** v.51, n.7, p. 518-525, 2009.

STAHLMANN, N. et al. Outcome of extremely premature infants at early school age: health-related quality of life and neurosensory, cognitive, and behavioral outcomes in a population-based sample in northern Germany. **Neuropediatrics.** v.40, n.3, p.112-9, 2009.

STEPHENS, B.E.; VOHR, B.R. Neurodevelopmental Outcome of the Premature Infant. **Pediatr Clin N Am,** v. 56, p. 631–646, 2009.

STOELHORST, G.M.S.J. et al. Resultado do desenvolvimento aos 18 e 24 meses de idade em crianças muito prematuras: um estudo de coorte de 1996 a 1997. **Early Hum Dev.** v. 72, n.2, p.83-95, 2003.

TAY, C.G. et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Malay language version of the TZO-AZL Preschool Children Quality of Life questionnaire: A health-related quality of life instrument for preschool children. **J Child Health Care**. v.19 n.2, p.167-81, 2015.

THEUNISSEN, N.C.M.; VEEN, S.; FEKKES, M.; KOOPMAN, H.M.; ZWINDERMAN, K.A.H.; BRUGMAN, E.; WIT, J. Quality of life in preschool children born preterm. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 43, p. 460–465, 2001.

VAN BAAR, AL. et al. Functioning at school age of moderately preterm children born at 32 to 36 weeks' gestational age. **Pediatrics**. n.124, p.251-7, 2009.

VEDERHUS, B.J. et al. Health related quality of life after extremely preterm birth: a matched controlled cohort study. **Health Qual Life Outcomes**. v.23, n.8, p.53, 2010.

VEDERHUS, B.J. et al. Health-related quality of life and emotional and behavioral difficulties after extreme preterm birth: developmental trajectories. **PeerJ**. v.20, n.3, p.738, 2015.

VERRIPS, G. et al. Long term follow-up of health-related quality of life in young adults born very preterm or with a very low birth weight. **Health Qual Life Outcomes**. v.15, n.10, p.49, 2012.

VIEIRA, M.E.B; LINHARES, M.B.M. Desenvolvimento e Qualidade de Vida em crianças nascidas pré-termo em idades pré-escolar e escolar. **J.Pediatr.** (Rio J.). Porto Alegre, v.87, n.4, p.281-291, 2011.

WOLKE, D. et al. Self and parent perspectives on health-related quality of life of adolescents born very preterm. **J Pediatr**. v. 163, n.4, p.1020-6, 2013.



**APÊNDICES****TABELA PARA SÍNTESE DOS DADOS**

Nome:
Autores:
Ano:
Revista:
País de origem:
Desenho metodológico:
Objetivos:
Tamanho da amostra:
Idade:
Idade gestacional:
Peso ao nascimento:
Critérios de inclusão:
Critérios de exclusão:
Instrumentos de avaliação:
Resultados:
Conclusão:

## ANEXOS

**Tabela.** Itens essenciais que devem ser descritos em estudos observacionais, segundo a declaração Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). 2007.

Item	Nº	Recomendação
Título e Resumo	1	Indique o desenho do estudo no título ou no resumo, com termo comumente utilizado Disponibilize no resumo um sumário informativo e equilibrado do que foi feito e do que foi encontrado
Introdução		
Contexto/Justificativa	2	Detalhe o referencial teórico e as razões para executar a pesquisa.
Objetivos	3	Descreva os objetivos específicos, incluindo quaisquer hipóteses pré-existentes.
Métodos		
Desenho do estudo	4	Apresente, no início do artigo, os elementos-chave relativos ao desenho do estudo.
Contexto ( <i>setting</i> )	5	Descreva o contexto, locais e datas relevantes, incluindo os períodos de recrutamento, exposição, acompanhamento (follow-up) e coleta de dados.
Participantes	6	Estudos de Coorte: Apresente os critérios de elegibilidade, fontes e métodos de seleção dos participantes. Descreva os métodos de acompanhamento. Estudos de Caso-Controlle: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e o critério-diagnóstico para identificação dos casos e os métodos de seleção dos controles. Descreva a justificativa para a eleição dos casos e controles Estudo Seccional: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os métodos de seleção dos participantes. Estudos de Coorte: Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de expostos e não expostos. Estudos de Caso-Controlle: Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de controles para cada caso.
Variáveis	7	Defina claramente todos os desfechos, exposições, preditores, confundidores em potencial e modificadores de efeito. Quando necessário, apresente os critérios diagnósticos.
Fontes de dados/ Mensuração	8 <sup>a</sup>	Para cada variável de interesse, forneça a fonte dos dados e os detalhes dos métodos utilizados na avaliação (mensuração). Quando existir mais de um grupo, descreva a comparabilidade dos métodos de avaliação.
Viés	9	Especifique todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de vies.
Tamanho do estudo	10	Explique como se determinou o tamanho amostral.
Variáveis quantitativas	11	Explique como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise. Se aplicável, descreva as categorizações que foram adotadas e porque.
Métodos estatísticos	12	Descreva todos os métodos estatísticos, incluindo aqueles usados para controle de confundimento. Descreva todos os métodos utilizados para examinar subgrupos e interações. Explique como foram tratados os dados faltantes ("missing data") Estudos de Coorte: Se aplicável, explique como as perdas de acompanhamento foram tratadas. Estudos de Caso-Controlle: Se aplicável, explique como o pareamento dos casos e controles foi tratado. Estudos Seccionais: Se aplicável, descreva os métodos utilizados para considerar a estratégia de amostragem. Descreva qualquer análise de sensibilidade.
Resultados		
Participantes	13 <sup>a</sup>	Descreva o número de participantes em cada etapa do estudo (ex: número de participantes potencialmente elegíveis, examinados de acordo com critérios de elegibilidade, elegíveis de fato, incluídos no estudo, que terminaram o acompanhamento e efetivamente analisados) Descreva as razões para as perdas em cada etapa. Avalie a pertinência de apresentar um diagrama de fluxo
Dados descritivos	14 <sup>a</sup>	Descreva as características dos participantes (ex: demográficas, clínicas e sociais) e as informações sobre exposições e confundidores em potencial. Indique o número de participantes com dados faltantes para cada variável de interesse. Estudos de Coorte: Apresente o período de acompanhamento (ex: média e tempo total)

Tabela continuação

Item	Nº	Recomendação
Desfecho	15 <sup>a</sup>	Estudos de Coorte: Descreva o número de eventos-desfecho ou as medidas-resumo ao longo do tempo Estudos de Caso-Controlle: Descreva o número de indivíduos em cada categoria de exposição ou apresente medidas-resumo de exposição. Estudos Seccionais: Descreva o número de eventos-desfecho ou apresente as medidas-resumo.
Resultados principais	16	Descreva as estimativas não ajustadas e, se aplicável, as estimativas ajustadas por variáveis confundidoras, assim como sua precisão (ex: intervalos de confiança). Deixe claro quais foram os confundidores utilizados no ajuste e porque foram incluídos. Quando variáveis contínuas forem categorizadas, informe os pontos de corte utilizados. Se pertinente, considere transformar as estimativas de risco relativo em termos de risco absoluto, para um período de tempo relevante.
Outras análises	17	Descreva outras análises que tenham sido realizadas. Ex: análises de subgrupos, interação, sensibilidade.
Discussão		
Resultados principais	18	Resuma os principais achados relacionando-os aos objetivos do estudo.
Limitações	19	Apresente as limitações do estudo, levando em consideração fontes potenciais de viés ou imprecisão. Discuta a magnitude e direção de vieses em potencial.
Interpretação	20	Apresente uma interpretação cautelosa dos resultados, considerando os objetivos, as limitações, a multiplicidade das análises, os resultados de estudos semelhantes e outras evidências relevantes.
Generalização	21	Discuta a generalização (validade externa) dos resultados.
Outras Informações		
Financiamento	22	Especifique a fonte de financiamento do estudo e o papel dos financiadores. Se aplicável, apresente tais informações para o estudo original no qual o artigo é baseado.

## FORMULÁRIO STROBE