

LUCIANA PIZZANI

O campo de estudo sobre prematuridade no Banco de Teses da Capes: produção científica e redes de colaboração em Educação Especial

São Carlos

2012

Universidade Federal de São Carlos
Centro de Educação e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Educação Especial

O campo de estudo sobre prematuridade no Banco de Teses da Capes: produção científica e redes de colaboração em Educação Especial

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos como exigência parcial para obtenção do título de doutor em Educação Especial

Aluna: Luciana Pizzani

Orientadora: Profa. Dra. Claudia Maria Simões
Martinez

São Carlos

2012

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária/UFSCar**

P695ce

Pizzani, Luciana.

O campo de estudo sobre prematuridade no Banco de Teses da Capes : produção científica e redes de colaboração em Educação Especial / Luciana Pizzani. -- São Carlos : UFSCar, 2013.
277 f.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2012.

1. Educação especial. 2. Neonato prematuro. 3. Bibliometria. 4. Indicadores. 5. Produção científica. 6. Colaboração. I. Título.

CDD: 371.9 (20^a)

Banca examinadora da Dissertação de Luciana Pizzani



Banca Examinadora de Defesa de Tese de **Luciana Pizzani**.

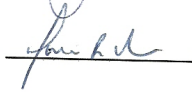
Profa. Dra. Claudia Maria Simões Martinez
(UFSCar)

Ass. 

Prof. Dr. Carlos Roberto Massao Hayashi
(UFSCar)

Ass. 

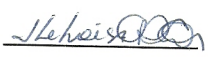
Profa. Dra. Márcia Regina da Silva
(USP/Ribeirão Preto)

Ass. 

Profa. Dra. Gimol Benzaquen Perosa
(UNESP/Botucatu)

Ass. 

Profa. Dra. Heloisa Gagliardo
(UNICAMP)

Ass. 

DEDICATÓRIA

À minha sobrinha

Mariana Pizzani da Silva

“Quando você nasceu nós renascemos!”

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À **Deus** pelo dom da vida!

“O que nós somos é um presente de Deus à nós.

O que nós nos tornamos é o nosso presente à Deus”.

(Eleonor Powell)

Ao meu pai **Roberto Pizzani** (in memorian), à minha mãe **Maria Aparecida Braghim Pizzani**, com todo amor e carinho do mundo.

“Os nossos pais amam-nos porque somos seus filhos, é um fato inalterável. Nos momentos de sucesso, isso pode parecer irrelevante, mas nas ocasiões de fracasso, oferecem um consolo e uma segurança que não se encontra em qualquer outro lugar”.

(Bertrand Russel)

Às minhas irmãs **Lucilene Pizzani** e **Fabiana Pizzani**, paixões da minha vida.

*“Um beijo, um abraço, um aperto de mão. União de irmão, nada em vão. Alegria e prazer, sensação de bem-querer. Reflexões do passado, nada de errado. Futuro incerto, esperança, sonho de criança. Felicidade e gratidão, amor no coração. Carinho e solidariedade, frutos da dignidade. **Uma paixão desmedida. Coisas da vida”.***

(Gleidson Melo)

Às minhas avós **Maria** e **Ana** (in memorian), **Amália** e **Emílio** e Vovó **Cleide**.

Aos meus cunhados **Carlos Alberto Pavan** e **Edvin Claudemir da Silva** pela amizade e alegrias de sermos verdadeiramente uma grande família!

*Família é mais que um aglomerado de pessoas que se inicia pelo pai e a mãe. Família é fonte de amor e mutação, integridade e lealdade, interação e acima de tudo **Amizade!***

(Angel Marie)

Ao meu eterno namorado **Romeu Lui Filho**, que “mais uma vez” esteve incondicionalmente ao meu lado. Obrigada por ter a paciência de me esperar toda sexta-feira com o sorriso mais lindo do mundo. Você é o amor da minha vida!

O amor

O amor, quando se revela,

Não se sabe revelar.

Sabe bem olhar p'ra ele,

Mas não lhe sabe falar.

Quem quer dizer o que sente

Não sabe o que há de dizer.

Fala: parece que mente

Cala: parece esquecer.

Ah, mas se ele adivinhasse,

Se pudesse ouvir o olhar,

E se um olhar lhe bastasse

P'ra saber que o estão a amar!

Mas quem sente muito cala;

Quem quer dizer quando sente

Fica sem alma nem fala,

Fica só, inteiramente!

Mas se isto puder contar-lhe

O que não lhe ousou contar,

Já não terei que falar-lhe

Porque lhe estou a falar...

(Fernando Pessoa)

AGRADECIMENTOS

À minha querida orientadora Profa. Dra. Claudia Maria Simões Martinez, pelo apoio e confiança transmitidos a mim no decorrer deste doutorado. Obrigada por acreditar em mim!

“Uma vida sem desafios não vale a pena ser vivida”

(Sócrates)

À minha amiga, irmã, fiel escudeira e companheira de todas as horas Rosemary Cristina da Silva (Meirinha). Obrigada pela amizade mais que sincera, pelo apoio e principalmente por todo amor que tem por mim. Sem você nada disso seria possível! Te amo, amiga!

*“Algumas pessoas a gente conhece, outras **Deus** nos apresenta”*

(Autor desconhecido)

Aos amigos João Paulo Taconeli e Milene Corso Mitisuiuki pelas análises estatísticas e, principalmente, pelos longos anos de amizade que nos unem.

Aos queridos que colaboraram muito para a realização da tese: Ana Karolina Ripardo, Juliana Lopes, Mariana Gurian Manzini, Alaíne Patrícia, José Humberto, Cris (amiga da Mariana). Só Deus pode recompensar por toda ajuda, carinho e compreensão que eu recebi de vocês durante esses quatro anos de doutorado. Muito obrigada, de coração!

Ao nosso mascote Guilherme (Pepeinho), que ficou quietinho dentro da barriga da mamãe Ana Karolina para que ela pudesse colaborar comigo. Hoje é a criança mais risonha do mundo.

À Profa. Dra. Maria Cristina Piumbato Innocentini Hayashi pelas orientações e sugestões no início do trabalho.

“Não há no mundo exagero mais belo que a gratidão”

(Jean de La Bruyère)

Aos amigos Ricardo, Ana Emília, Eder (Topa?), Nadja, William (olhando para o horizonte), Erval, Marolo (Cabeção), Valdir (parceiro, sempre), Rejane, Douglas (Pokemon), Glenda, Leandro, Betânia, Leonardo, Gabriela, Kelly, Josi, Helen, família Pisani, todo o pessoal do Grupo de Oração Universitário (GOU), enfim, a todos que tornaram minha vida muito mais feliz em Botucatu.

Aos amigos Marcos José Fatori, Cristina Soares, Ana Cristina Garcia Camilo, Patricia Peroti, Maurício Foschini, Nelson Tessarin e Ligia por sempre torcerem por mim.

Às biblioamigas Regina Milani, Marta, Marcia, Karina, Fernanda, Kelly e seus respectivos maridos e filhotes pela amizade de uma vida inteira.

À família Lui: Sr. Romeu Lui (*in memoriam*), Dona Norma, Carlão, Valni, Julieta, Julinha (a mais nova bibliotecária da família), Nenê, Bruno e Simone.

As amigas Suzelei Faria Bello e Andróa Machado pela amizade iniciada lá no mestrado e que continuará eternamente.

Obrigada pela amizade sincera de todos vocês!

Assim como os perfumes alegram a vida, a amizade sincera dá ânimo para viver”.

(Provérbios 27:9)

Aos colegas da Divisão Técnica de Biblioteca e Documentação da Unesp – Campus Botucatu - Rubião Junior.

Aos funcionários do PPGEs, em especial Eliane e Alexandre pela agilidade e presteza no atendimento das nossas solicitações na secretaria do programa.

“O trabalho enobrece o homem”

(Max Weber)

A todos que de forma direta ou indiretamente colaboraram para a realização desta tese, muito obrigada!

A gratidão desbloqueia a abundância da vida. Ela torna o que temos em suficiente, e mais. Ela torna a negação em aceitação, caos em ordem, confusão em claridade. Ela pode transformar uma refeição em um banquete, uma casa em um lar, um estranho em um amigo. A gratidão dá sentido ao nosso passado, traz paz para o hoje e cria uma visão para o amanhã.

(Melody Beattie)

EPÍGRAFE

*“Um dia, quando olhares para trás,
verás que os dias mais belos foram aqueles em que mais lutastes”.*

(Sigmundo Freud)

APRESENTAÇÃO

Esta pesquisa de doutorado é fruto de minha trajetória acadêmica e profissional voltada para o trabalho em bibliotecas universitárias e para os estudos de avaliação da produção científica.

Durante o período de graduação do curso de Biblioteconomia e Ciência da Informação realizado na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) no período de 1995 a 1999 e de mais de 10 anos trabalhando em bibliotecas universitárias pude perceber a importância do profissional bibliotecário para a avaliação, seleção, tratamento e disseminação da informação.

Com o avanço da tecnologia, as técnicas biblioteconômicas foram evoluindo e o computador se tornou um grande facilitador do intercâmbio de informações entre os sistemas e seus usuários.

Sendo assim, surgiu a possibilidade de contribuir com a área da Educação Especial utilizando uma das técnicas da Ciência da Informação, a bibliometria, para avaliar o campo de estudos sobre a Educação Especial disponibilizado em bases de dados.

Amparados nessa metodologia, no curso de Mestrado verifiquei o estado da arte da produção científica em Educação Especial na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Além da dissertação, participei da elaboração de diversos estudos adotando-se a abordagem bibliométrica: a interface entre a Educação Especial e a Fonoaudiologia presente nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS); a produção do conhecimento sobre transtornos de aprendizagem disponibilizada na Scielo; análise dos 40 anos da produção científica em Bioética; entre outros.

Nessa perspectiva surgiu a oportunidade de realizar doutorado com o objetivo de contribuir para o campo de estudos sobre prematuridade no Brasil, na identificação da produção do conhecimento gerada a partir do Banco de Teses da Capes e na identificação das possíveis redes de colaboração científica no campo da Educação Especial nas pesquisas sobre prematuridade. Considerando a prematuridade e o baixo peso ao nascimento como fatores de risco que podem comprometer o crescimento e o desenvolvimento dos indivíduos em função das condições de nascimento da criança e do ambiente de convívio, a Educação Especial exerce importante papel na prevenção e intervenção de transtornos no desenvolvimento.

Sendo assim, a temática do presente trabalho se enquadra na Linha de Pesquisa 4 do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial (PPGEEs) - **Atenção primária e secundária em Educação Especial: prevenção de deficiências**, focalizando a investigação de fatores de risco biológico e ambiental associados à prevenção das deficiências e também o desenvolvimento de programas de intervenção ou de aplicações a serviços nas áreas de educação e saúde.

Como bibliotecária, realizar este trabalho foi bastante motivador, pois foi possível identificar os diversos aspectos dos objetos de estudos do campo da Saúde e Educação que somando-se ao instrumental advindo do campo da Ciência da Informação levou-nos a percorrer o desafio de sistematizar a produção, a partir do Banco de Teses da Capes, lançando luz às contribuições da Educação Especial para o campo da prematuridade.

“Apesar das dificuldades inerentes a qualquer profissão, sempre temos motivos para comemorar, pois a alegria profissional é sempre muito maior quando fazemos algo que gostamos. Nada substitui a realização pessoal e profissional proporcionada por uma carreira pela qual se é apaixonado”.

(Fernando Modesto)

RESUMO

PIZZANI, L. **O campo de estudo sobre prematuridade no Banco de Teses da CAPES:** produção científica e redes de colaboração em Educação Especial. 2012. 277f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2013.

Diversos fatores podem comprometer o crescimento e o desenvolvimento dos indivíduos, dentre eles encontra-se a prematuridade. A literatura da área tem apontado que crianças nascidas prematuramente podem apresentar alterações de crescimento e desenvolvimento, retardo mental e distúrbios de aprendizagem. Por isso, em diversos campos científicos a prematuridade tem sido estudada e, entre eles, encontra-se a Educação Especial. Neste campo os estudos enfocam a atenção primária, secundária e terciária contribuindo para a prevenção de deficiências, para as estratégias de educação e para os procedimentos de intervenção. A presente pesquisa tem como objetivo verificar como se constitui o campo de estudos sobre a prematuridade no Brasil a partir do Banco de Teses da Capes e também verificar as redes de colaboração científica na intersecção entre Educação Especial e prematuridade. A pesquisa está estruturada em duas etapas denominadas *Estudo 1* e *Estudo 2*. O Estudo 1 corresponde à análise bibliométrica da produção científica em prematuridade disponibilizadas no Banco de Teses da Capes com o objetivo de relatar o estado da arte da produção do conhecimento sobre essa temática refletida nas dissertações e teses brasileiras. O método do Estudo 1 foi desenvolvido em quatro etapas: etapa 1: construção do referencial teórico por meio de leitura de textos científicos das áreas de Educação Especial, Ciência da Informação e Prematuridade para embasar cientificamente a pesquisa; etapa 2: coleta de dados utilizando como fonte os resumos das teses e dissertações disponibilizadas no Banco de Teses da Capes que apresentaram a temática da prematuridade, no período de 1987 a 2009; etapa 3: organização, tratamento e construção dos indicadores bibliométricos dos registros; etapa 4: análise e interpretação dos resultados encontrados, recuperando-se os conceitos expostos no referencial teórico sobre produção científica em prematuridade para fundamentar as análises dos dados obtidos. Os resultados do Estudo 1 revelam: aumento da produção científica envolvendo a temática no período estudo (1987 a 2009); a produção está representada, em sua maioria, pelas dissertações de mestrado; a instituição que mais se destacou foi a Universidade de São Paulo, conseqüentemente, a região do país que se destacou foi a região Sudeste. Em relação às

grandes áreas do conhecimento a produção científica em prematuridade está concentrada na área de Ciências da Saúde vinculadas aos programas da área de Medicina e Enfermagem. As agências financiadoras que mais se destacaram foram CAPES, CNPq e FAPESP. Com relação ao gênero dos autores das teses e dissertações verificou-se que 79,8% são do sexo feminino 20,2% do sexo masculino. Ficou constatado também que a concepção de risco predominante é a concepção médico/biológico e o local da realização dos estudos predominante foram as Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal. Com relação aos objetivos verificou-se que os estudos que tratam sobre os aspectos do aleitamento, nutrição, sucção, desmame, doenças periodontais e composição do leite tiveram maior frequência de aparecimento. Esses estudos foram direcionados, em sua maioria, aos prematuros com tempo gestacional entre 31 a 34 semanas e com muito baixo peso (>1500g). O Estudo 2 corresponde as redes de colaboração científica em prematuridade no campo da Educação Especial. Os resultados do Estudo 2 constatarão que a produção em parcerias é uma tendência no meio acadêmico, sendo também identificada na interface analisada; há poucos relacionamentos entre os orientadores e também entre as instituições que participaram do presente estudo; em contrapartida; foi possível observar que dentro dos grupos formados ocorre a colaboração científica entre diferentes instituições e também outra relação forte que pode ser percebida é a de orientador e orientando. Os resultados apresentados contribuíram para retratar o campo de estudos sobre prematuridade no Brasil, permitindo visualizar tanto as potencialidades como as lacunas dessa área do conhecimento, despertando nos pesquisadores motivação para a busca de novas fontes de dados e, se pertinente e desejável, parcerias entre grupos de pesquisas e instituições, numa perspectiva colaborativa.

Palavras-chave: Educação Especial. Prematuridade. Bibliometria. Indicadores de produção científica. Indicador de colaboração.

ABSTRACT

PIZZANI, L. **The field of preterm-birth studies in CAPES Theses Database: scientific production and collaboration networks in Special Education.** 2012. 277f. Thesis (Doctoral) – Graduate Program in Special Education, Federal University of Sao Carlos, Sao Carlos, SP, Brazil, 2013.

Diverse factors can compromise the growth and development of individuals including preterm birth. The literature from the area has indicated that children born prematurely may present altered growth and development, mental retardation and learning disabilities. Thus, preterm birth has been studied in diverse scientific fields including Special Education. In this field the studies focus on primary, secondary and tertiary attention, thus contributing to the prevention of deficiencies, to education strategies and to intervention procedures. The present research aims to verify what composes the field of preterm-birth studies in Brazil, from the Capes Thesis Registry, and also to assess the scientific collaboration networks at the intersection between Special Education and preterm births. The study is structured into two steps denominated *Study 1* and *Study 2*. Study 1 corresponds to bibliometric analysis of scientific production on premature birth available in the Capes Theses Database with the objective of reporting the State of the Art in producing knowledge on this theme as reflected in Brazilian theses and dissertations. The methodology of Study 1 was developed in five steps: step 1: construction of a theoretical reference by reading the scientific texts from the areas of Special Education, Information Science and Preterm Birth to provide a scientific basis for the research; step 2: data collection sourced from abstracts of theses and dissertations available in the Capes Theses Database that presented the preterm topic, between 1987 and 2009; step 3: organization, treatment and construction of bibliometric indicators from the registries; step 4: analysis and interpretation of the results found, capturing the concepts exposed in the theoretical reference on scientific production on preterm birth to underpin the analyses of the data obtained. Study 2 corresponds to preterm-birth scientific collaboration networks in the Special Education field. The method of Study 2 involved identification of registries belonging to the Graduate Programs or research lines in Special Education. It was possible to identify 10 registries pertaining to the Graduate Program in Special Education of the Federal University of Sao Carlos and two linked to the Graduate Programs in Education, with research line directed toward Special Education, representing, respectively, the State University of Rio de Janeiro (UERJ) and Federal University of Santa Maria (UFSM). From these twelve registries

were selected the curricula of the professors directing the theses and dissertations to compose the scientific collaboration network. The results of Study 1 reveal: increase in scientific production involving the topic during the study period (1987 to 2009); the production is mostly represented by Masters' theses; the most highlighted institution was the University of Sao Paulo, rendering the southeast the most prominent region of the country. In relation to the large areas of knowledge, scientific production on preterm birth is concentrated in the Health Sciences area linked to programs in Medicine and Nursing. CAPES, CNPq and FAPESP were the primary funding agencies. As to the gender of thesis and dissertation authors, 79.8% are female and 20.2% male. It was also found that the predominant risk conception is medical/biological while the predominant study locations were neonatal intensive treatment units. The most frequent objectives were studies on aspects of breastfeeding, nutrition, suckling, weaning, periodontal diseases and milk composition. The majority of these studies were directed at preterm cases of gestational time from 31 to 34 weeks and with very low weight (>1500g). The results of Study 2 revealed that production via partnership, identified in the analyzed interface, is a trend in the academic environment; there are few relationships among the advisors or among the institutions that participated in the present study; as a counterpart, within the groups formed, we observed not only scientific collaboration between the different institutions but also a strong relationship between the advisor and advisee. The results presented herein contributed to a portrayal of the field of preterm-birth studies in Brazil which enables visualization of the potentialities and gaps in this knowledge area, to motivate researchers to seek new data sources, and when relevant and desirable, collaborative partnerships between research group and institutions.

Keywords: Special Education. Prematurity. Bibliometrics. Indicators of scientific production. Collaboration indicator.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição das palavras-chave por ano	109
Tabela 2 – Indicadores das instituições de ensino superior.....	116
Tabela 3 – Distribuição das teses e dissertações pelas grandes áreas do conhecimento	123
Tabela 4 – Distribuição das teses e dissertações por agências de fomento	124
Tabela 5 – Locais das coletas de dados	134
Tabela 6 – Categorização geral dos participantes dos estudos.....	136
Tabela 7 – Faixa etária dos participantes.....	146
Tabela 8 – Indicadores dos delineamentos dos estudos	149
Tabela 9 – Categorias dos objetivos classificados como TP	153
Tabela 10 – Categorias dos objetivos classificados como TS	162
Tabela 11 – Indicadores de coautoria	168
Tabela 12 – Grau de centralidade dos atores – trabalhos completos apresentados em eventos	174
Tabela 13 – Grau de proximidade dos atores – trabalhos completos apresentados em eventos	176
Tabela 14 – Grau de centralidade dos atores – artigos de periódicos	179
Tabela 15 – Grau de proximidade dos atores – artigos de periódicos	181
Tabela 16 – Grau de centralidade dos atores – capítulos de livros	184
Tabela 17 – Grau de proximidade dos atores – capítulos de livros	186
Tabela 18 – Grau de proximidade dos atores – livros	189
Tabela 19 - Grau de proximidade dos atores – livros	190
Tabela 20 – Grau de centralidade dos atores – Educação Especial e Prematuridade	198
Tabela 21 – Grau de proximidade dos atores – Educação Especial e Prematuridade	199
Tabela 22 – Pressupostos teóricos	214
Tabela 23 – Áreas do conhecimento	215

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Exemplo de resumo classificado como TP.....	92
Quadro 2 – Exemplo de resumo classificado como TS.....	92
Quadro 3 – Categorias dos estudos voltados à prematuridade a partir das palavras-chave	110
Quadro 4 – Síntese dos artigos relacionados à prematuridade	202

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Organização da pesquisa	33
Figura 2 – Primeiros desenhos de incubadoras para prematuros	35
Figura 3 - Exposição de prematuros em Chicago.....	36
Figura 4 – Aspectos da prematuridade	51
Figura 5 – Percurso histórico do conhecimento científico	66
Figura 6 – Capa do livro “The Nursling”	60
Figura 7 – Tela inicial do Banco de Teses da Capes	93
Figura 8 – Resultados da busca	93
Figura 9 – Exemplo de registro completo	95
Figura 10 – Exemplo de registro para identificar área do conhecimento	98
Figura 11 – Exemplo de registro para identificar linha de pesquisa	99
Figura 12 – Organograma redes de colaboração científica	102
Figura 13 – Modelo de grafo	104
Figura 14 - Distribuição das teses e dissertações ao longo do tempo.....	107
Figura 15 – Distribuição das teses e dissertações por nível acadêmico	113
Figura 16 – Distribuição das teses e dissertações por regiões geográficas do Brasil.....	118
Figura 17 – Número de agências financiadoras por trabalho	127
Figura 18 – Gênero dos autores das teses e dissertações.....	128
Figura 19 – Gênero dos orientadores das teses e dissertações	129
Figura 20 – Concepção de riscos da prematuridade.....	133
Figura 21 – Classificação dos participantes prematuros	137
Figura 22 – Fontes documentais.....	140
Figura 23 – Publicações em coautoria – artigos	169
Figura 24 – Publicações em coautoria – livros	199
Figura 25 – Publicações em coautoria – capítulos de livros	170
Figura 26 – Publicações em coautoria – anais de congressos	170

LISTA DE GRAFOS

Grafo 1 – Rede de colaboração científica – trabalhos completos apresentados em eventos	173
Grafo 2 – Centralidade – trabalhos completos apresentados em eventos.....	175
Grafo 3 – Cutpoint – trabalhos completos apresentados em eventos	177
Grafo 4 – Redes de colaboração científica – artigos de periódicos.....	178
Grafo 5 – Centralidade – artigos de periódicos	180
Grafo 6 – Cutpoint – artigos de periódicos	182
Grafo 7 – Redes de colaboração científica – capítulo de livro	183
Grafo 8 – Centralidade – capítulo de livro	185
Grafo 9 – Cutpoint – capítulo de livro.....	187
Grafo 10 – Redes de colaboração científica – livros	188
Grafo 11 – Centralidade – livros	190
Grafo 12 – Cutpoint – livros.....	191
Grafo 13 – Redes de colaboração científica entre Educação Especial e prematuridade	197

LISTA DE SIGLAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

AIG – Adequado para a idade gestacional

APAE – Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

ARS – Análise de Redes Sociais

BVS – Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPES/DS - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Programa de Demanda Social

CAPES/MINTER - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Programa de Apoio à Realização de Cursos de Pós-Graduação *stricto sensu* Interinstitucionais para a Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica (Minter: Mestrado, Dinter: Doutorado)

CAPES/PICDT - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Programa Institucional de Capacitação Docente e Técnica

CAPES/PQI - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Programa de Qualificação Institucional

CAPES/PROAP - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Programa de Apoio à Pós-Graduação

CAPES/PROBAL - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Programa Brasileiro Alemão

CAPES/PROF - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Programa de Fomento à Pós-Graduação

CAPES/PROIN - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Programa de Apoio à Integração Graduação/Pós-Graduação

CAPES/PROSUP - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Programa de Suporte à Pós-Graduação de Instituições de Ensino Particulares

CENEPI – Centro Nacional de Epidemiologia

CENESP - Centro Nacional de Educação Especial

CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CORDE – Coordenadoria para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência

DAAD – Deutscher Akademischer Austausch Dienst (Intercâmbio acadêmico Brasil-Alemanha)

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

DAU – Departamento de Assuntos Universitários

DN – Declaração de Nascidos Vivos

DUM – Data da Última Menstruação (último período menstrual)

ECA – Estatuto da Criança e do Adolescente

FAEPA - Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

FAPEAL – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas

FAPEMA – Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão

FAPEMAT - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Mato Grosso

FAPEMIG - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais

FAPERGS - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul

FAPERJ - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro

FAPES - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Espírito Santo

FAPESB - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia

FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo

FINEP – Financiadora de Estudos e Projetos

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FIPE/HCPA – Fundação de Incentivo à Pesquisa e Ensino/Hospital das Clínicas de Porto Alegre

FNDCT – Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

FUNCAP – Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico

Fundação Araucária – Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Paraná

FUNDUNESP - Universidade Estadual Paulista/Fundação para o Desenvolvimento da Unesp

FUNTEL – Fundo para o Desenvolvimento tecnológico das Telecomunicações

GIG – Grande para a idade gestacional

GT – Grupo de Trabalho

IES – Instituições de Ensino Superior

IG – Idade gestacional

IHAC – Iniciativa Hospitais Amigos da Criança

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

ITA – Instituto Tecnológico de Aeronáutica

LDB – Leis de Diretrizes e Bases

LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

MackPesquisa – Fundo Mackenzie de Pesquisa

MCT – Ministério da Ciência e Tecnologia

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MEDLINE - Medicina on line

MMC – Método Mãe-Canguru

MS – Ministério da Saúde

NLM - National Library of Medicin

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PAPES/FIOCRUZ – Programa de Apoio à Pesquisa Estratégica/Fundação Oswaldo Cruz

PATME-SEBRAE/FINEP – Programa de Apoio Tecnológico às Micro e Pequenas Empresas – Serviço de Apoio às Micro e Pequenas Empresas de São Paulo/Financiadora de Estudos de Projetos

PCA – Persistência de Canal Atrial

PICDT - Programa Institucional de Capacitação Docente e Técnica

PIG – Pequeno para a idade gestacional

PNHPN – Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

PGEEs – Programa de Pós-Graduação em Educação Especial

PRASP – Programa de Assistência à Saúde Perinatal

PROAP - Programa de Apoio à Pós-Graduação

PROMEP/MÉXICO – Programa de Mejoramiento del Profesorado

PSMI – Programa de Saúde Materno-Infantil

PubMed – Publicações Médicas

PUCRGS – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

RN – Recém-nascido

SENAI - Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial

SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SIM – Sistema de Informações de Mortalidade

SINAES – Sistema de Avaliação da Educação Superior

SINASC – Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos

SUFRAMA – Superintendência da Zona Franca de Manaus

SUS – Sistema Único de Saúde

TP – Temática Principal

TS – Temática Secundária

UCIN – Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais

UEL – Universidade Estadual de Londrina

UEL/HURNP – Universidade Estadual de Londrina/Hospital Universitário

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFAM – Universidade Federal do Amazonas

UFG – Universidade de Goiás

UFJF – Universidade Federal de Juiz de Fora

UFLA – Universidade Federal de Lavras

UFMA – Universidade Federal do Maranhão

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UFPA – Universidade Federal do Pará

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

UFPI – Universidade Federal do Piauí

UFPR – Universidade Federal do Paraná

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFRPE - Universidade Federal Rural de Pernambuco

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

UFSCar – Universidade Federal de São Carlos

UFSM – Universidade Federal de Santa Maria

UFU – Universidade Federal de Uberlândia

UFV – Universidade Federal de Viçosa

UnB – Universidade de Brasília

UNESP/PROAP – Universidade Estadual Paulista/Programa de Apoio à Pós-Graduação

UNICAMP – Universidade de Campinas

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

UNIFRAN – Universidade de Franca

UNISO – Universidade de Sorocaba

UNIVILLE – Universidade da Região de Joinville

USP – Universidade de São Paulo

UTIN – Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	28
2 HISTÓRICO DOS CUIDADOS PRESTADOS AO RECÉM-NASCIDO.....	34
2.1 A evolução dos conceitos relacionados à prematuridade	45
2.2 Detecção precoce dos fatores de risco e suas implicações para a Educação Especial	52
2.3 Histórico da produção científica em prematuridade: da antiguidade aos dias atuais	58
2.4 Conhecimento científico e Bibliometria	64
2.5 Redes de colaboração científica	80
3 CAMINHOS METODOLÓGICOS	
3.1 Considerações teóricas sobre a metodologia empregada	86
3.2 Estudo 1: considerações teóricas sobre análise de conteúdo.....	88
3.2.1 Estudo 1: procedimentos utilizados para a realização da análise bibliométrica	90
3.3 Estudo 2: procedimentos para a identificação das redes de colaboração científica sobre prematuridade no campo da Educação Especial	97
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	
4.1 Estudo 1 – Análise bibliométrica das teses e dissertação sobre prematuridade no Banco de Teses da Capes no período de 1987 a 2009	106
4.1.1 Indicadores das publicações ao longo do período estudado.....	106
4.1.2 Indicadores de nível da produção científica	112
4.1.3 Indicadores das Instituições de Ensino Superior	115
4.1.4 Indicadores das instituições por regiões do Brasil.....	118
4.1.5 Indicadores da produção científica distribuída por Programas de Pós-Graduação	121
4.1.6 Indicadores da distribuição pelas grandes áreas do conhecimento	122

4.1.7 Indicadores da distribuição por agências de financiamento	123
4.1.8 Indicadores de gênero	128
4.1.9 Indicadores das concepções de risco	132
4.1.10 Indicadores dos locais das coletas de dados	134
4.1.11 Indicadores dos participantes das pesquisas	135
4.1.12 Indicadores dos delineamentos das tipologias dos estudos	148
4.1.13 Indicadores dos objetivos dos estudos	
4.1.13.1 Indicadores dos objetivos com a temática principal prematuridade	152
4.1.13.2 Indicadores dos objetivos com a temática secundária voltada à prematividade	162
4.2 Estudo 2 – Redes de colaboração científica de pesquisadores do campo da Educação Especial que investigam a prematuridade	164
4.2.1 Coautoria como indicador de colaboração científica	164
4.2.2 Análise das redes de colaboração científica	172
4.2.2.1 Rede de colaboração científica – formato trabalho completo apresentado em evento	172
4.2.2.2 Redes de colaboração científica – formato artigos de periódicos	177
4.2.2.3 Redes de colaboração científica – formato capítulo de livro	182
4.2.2.4 Redes de colaboração científica – formato livro	187
4.2.2.5 Redes de colaboração científica em prematuridade	192
4.2.3 Pressupostos teóricos do campo da Educação Especial voltado á prematuridade	202
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	216
REFERÊNCIAS	220
GLOSSÁRIO	236
APÊNDICES	
APÊNDICE A – Protocolo para coleta de dados dos registros no Banco de Teses da Capes.....	240
APÊNDICE B – Ofício endereçado os juízes especialistas para avaliação do protocolo de coleta de dados	243

APÊNDICE C – Ofício endereçado aos juízes especialistas para a determinação das categorias dos objetivos dos registros selecionados para a pesquisa	245
APÊNDICE D – Tabela de classificação dos objetivos segundo as temáticas Estabelecidas (TP, TS, NAT)	247
APÊNDICE E – Programas de Pós-Graduação	249
APÊNDICE F – Discriminação dos autores dos trabalhos com publicações no formato de trabalho completo apresentado em evento	253
APÊNDICE G – Discriminação dos autores dos trabalhos com publicações no formato de artigo de periódico	256
APÊNDICE H – Discriminação dos autores dos trabalhos com publicações no formato de capítulo de livro	256
APÊNDICE I – Discriminação dos autores dos trabalhos com publicações no formato de livro	262
APÊNDICE J – Registros que representam os estudos voltados à prematuridade no campo da Educação Especial	264

1 INTRODUÇÃO

A prematuridade é um dos diversos fatores de risco que podem comprometer o crescimento e o desenvolvimento dos indivíduos. Segundo a Organização Mundial de Saúde, é um dos grandes problemas de saúde pública, contribuindo com elevados números para a morbi-mortalidade infantil e para a invalidez, principalmente em países em desenvolvimento. (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2010).

A presença de fatores de risco é uma constante durante o desenvolvimento do homem, desde a sua concepção. Tais fatores podem estar presentes antes, durante e depois do nascimento podendo resultar em condições prejudiciais ao desenvolvimento do bebê. (RODRIGUES, 2003).

Na visão de Maria-Mengel e Linhares (2007) a identificação eficaz de crianças em risco começa com um exame dos fatores de risco que contribuem para as desordens da criança, tornando-a vulnerável ao enfrentamento das tarefas evolutivas do ciclo vital. De acordo com estas autoras, os riscos ao desenvolvimento podem estar presentes na própria criança (componentes biológicos, temperamento e a própria sintomatologia), na família (história parental e dinâmica familiar) ou no ambiente (nível socioeconômico, suporte social, escolaridade e contexto cultural).

Scochiet al. (2003) enfatizam que o recém-nascido pré-termo e de baixo peso está sujeito ao duplo risco, social e biológico, podendo ocorrer prejuízos em seu processo de crescimento e desenvolvimento.

Parte desses bebês que nascem com fatores de risco necessitam de acompanhamento e de intervenções para garantir seu desenvolvimento pleno e de qualidade. Weiss e Fujinaga (2007) argumentam que em longo prazo essas crianças podem apresentar um aumento de sequelas incapacitantes, de doenças crônicas e neurológicas, além de apresentarem dificuldades de aprendizado e distúrbios cognitivos, de linguagem, visão, audição e comportamentais, dentre outros aspectos.

De acordo com Guedes (2008) existe na literatura, um grande interesse sobre a influência do nascimento prematuro no desenvolvimento da linguagem. Vários autores têm demonstrado diferenças tanto na sua recepção como na sua expressão, manifestadas pelo

tamanho do vocabulário, no atraso da aquisição, na complexidade da linguagem, no processo fonológico e na memória de curto prazo. Vários aspectos multifatoriais também têm sido estudados, na tentativa de se perceber sua real interferência.

De acordo com Azenha (2008) o peso ao nascer é reconhecidamente um importante parâmetro relacionado com a morbi-mortalidade perinatal e infantil e, por isso, de grande relevância em Saúde Pública. Há inúmeras referências de que crianças nascidas com baixo peso (menor que 2.500g) apresentam, com maior frequência, alterações de crescimento e desenvolvimento, retardo mental e distúrbios de aprendizado, além de o baixo peso contribuir para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis do adulto.

Estudos epidemiológicos têm identificado diversos fatores de risco para a prematuridade, tais como, tipo de parto, cor da pele, idade da mãe, condições sócio-econômicas, fumo, estado civil, tipo de ocupação da mãe, estado nutricional e alteração de peso inadequados da mãe. Outros fatores também devem ser levados em consideração como as alterações genéticas, exposição a substâncias tóxicas e assistência pré-natal ausente ou tardia. (CASCAES et al., 2008).

Em países industrializados, a prematuridade é responsável por 70% da mortalidade neonatal e 75% da morbidade neonatal, além de contribuir com problemas de desenvolvimento do sistema nervoso, disfunção pulmonar e complicações visuais. (CASCAES et al., 2008). É um dos mais sérios problemas encontrados em mulheres durante a gestação tanto em países desenvolvidos onde é amplamente estudada como em países em desenvolvimento, onde os estudos são pouco limitados. (CASCAES et al., 2008).

Figueiras et al. (2003) relatam que inúmeros trabalhos descritos na literatura mundial têm demonstrado que o melhor rendimento dessas crianças pode ser obtido quando elas recebem algum tipo de intervenção precoce de acordo com suas deficiências. Porém, para que recebam precocemente essas intervenções, é necessário identificar essas crianças e encaminhá-las o mais breve possível a serviços especializados. Portanto, é papel do profissional que atua na atenção primária, fazer a vigilância do desenvolvimento de todas as crianças, identificar aquelas com necessidades especiais e encaminhá-las oportunamente para tratamento.

Embora os estudos de Darmstadt et al. (2006) enfatizem que “já sabemos o suficiente para salvar muitas vidas neonatais”, ainda existem grandes lacunas em termos de evidências,

entre elas métodos para melhorar a identificação de bebês prematuros ou com baixo peso ao nascer e deficiências de desenvolvimento.

Decorrente destes exemplos de estudos e de uma vasta produção de conhecimentos presentes nos serviços de atenção à criança pré-termo, as estratégias de intervenção se intensificam e se constituem assim, paralelamente e complementarmente à produção de conhecimentos sobre prematuridade divulgada no Brasil, outro campo importante de investigação a ser explorado e descrito.

Com base nas considerações acima expostas foi delineada a seguinte *questão de pesquisa* do estudo:

Como se configura o campo de estudos sobre prematuridade no Banco de Teses da Capes e quais são as redes de colaboração científica em Educação Especial no estudo deste campo?

Para responder a esta questão formulou-se como *objetivo geral* da pesquisa: verificar como se constitui o campo de estudos sobre a prematuridade no Brasil e identificar e caracterizar as redes de colaboração científica na esfera da Educação Especial a partir do Banco de Teses da Capes.

Além do objetivo geral, foram estabelecidos alguns *objetivos específicos*:

- Pesquisar no Banco de Teses e Dissertações da Capes a presença da produção científica em prematuridade;
- Analisar a produção segundo os parâmetros: gênero dos autores e orientadores, nível, Instituição de Nível Superior, Estado dessa instituição, Programa de Pós-Graduação, Agência de fomento, Linhas de Pesquisa dos Programas de Pós-Graduação, objetivos, metodologias e participantes dos estudos selecionados;
- Identificar e analisar como se encontram as redes de colaboração científica entre os pesquisadores das várias áreas do conhecimento que compõem a produção científica em prematuridade e Educação Especial;
- Caracterizar as ligações estabelecidas por esses pesquisadores, que podem ter características diversas de acordo com motivações distintas;
- Identificar a tipologia de redes que estabelecem os autores e seus parceiros;

- Analisar as redes de colaboração científica através da análise da comunicação científica representada por livros, periódicos, capítulos de livros e trabalhos completos apresentados em congressos, a partir da identificação dos autores no Banco de Teses da Capes.

Para atingir os objetivos propostos e assim responder a questão de pesquisa este trabalho foi desenvolvido por meio de dois estudos que se complementam.

O Estudo 1 corresponde à análise bibliométrica da produção científica em prematuridade disponibilizadas no banco de teses da Capes com o objetivo de relatar o estado da arte da produção científica sobre essa temática refletida nas dissertações e teses produzidas pelas instituições de ensino superior do Brasil disponibilizadas no Banco de Teses da Capes.

O Estudo 2 envolve os métodos e técnicas de pesquisas destinados à identificação e caracterização das redes de colaboração científica em uma área do conhecimento, no caso da presente tese, a prematuridade.

Com a concretização desses dois estudos torna-se possível agregar valor ao campo científico da prematuridade; avaliar a qualidade das relações entre os pesquisadores da área; identificar a dinâmica que predomina nessas relações e também apontar questões que necessitem de estudos mais aprofundados.

Assim, a questão de pesquisa e os objetivos permitem apontar algumas hipóteses a serem analisadas, tais como:

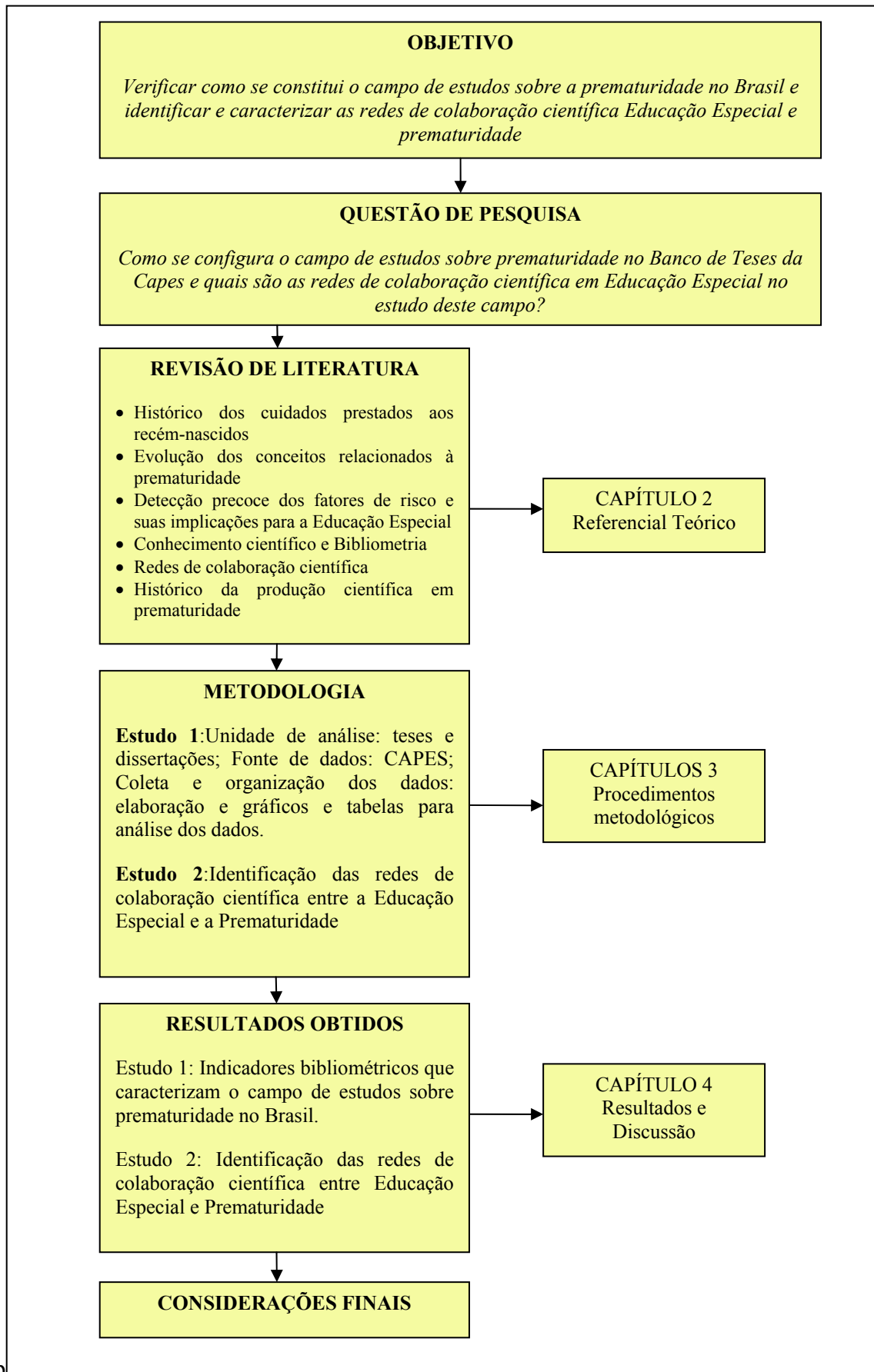
- Em relação ao Estudo 1: os indicadores produzidos pela análise bibliométrica do Banco de Teses da Capes envolvendo a temática da prematuridade representam parte do campo de estudos nesta área do conhecimento, no Brasil.
- Com relação às redes de colaboração científica (Estudo 2): a presença de estudos sobre prematuridade no campo da Educação Especial revela a existência de redes de colaboração no sentido da prevenção de deficiências.

Para a realização da pesquisa, a fundamentação teórica foi baseada na literatura das áreas de Educação Especial, Ciência da Informação, Prematuridade e Redes de Colaboração Científica. Foram consultados textos destas áreas do conhecimento no sentido de buscar subsídios para desvelar os seguintes aspectos relacionados à produção científica: a) aspectos

históricos da produção do conhecimento; b) comunicação científica; c) avaliação da produção científica; d) produção científica em prematuridade; e) análise bibliométrica da produção científica em prematuridade; f) redes de colaboração científica.

A Figura 1 permite a visualização do organograma da pesquisa.

Figura 1 – Organização da pesquisa



2 HISTÓRICO DOS CUIDADOS PRESTADOS AO RECÉM-NASCIDO

Historicamente, os cuidados prestados ao recém-nascido foram cercados de polêmica e afetados pelos valores éticos, culturais e políticos da sociedade na qual são praticados. Os últimos 150 anos têm produzido grandes mudanças na mortalidade neonatal, na segunda metade do século XX em particular, ocorrendo uma explosão de novos conceitos e tecnologias em perinatologia e neonatologia. (LUSSKY, 1999).

O termo neonatologia foi definido como a arte e a ciência do diagnóstico e o tratamento dos distúrbios do recém-nascido. (TRAGANTE; CECCON; FALCÃO, 2010). Segundo Ramos (2002, p.252),

a neonatologia é uma especialidade dedicada à assistência ao RN, bem como à pesquisa clínica, sendo sua principal meta a redução da mortalidade e morbidade perinatais na procura da sobrevivência do RN nas melhores condições funcionais possíveis.

A adequação da assistência aos recém-nascidos (RN) dentro da assistência médica ocorreu muito lentamente ao longo do tempo. Até o século XVI as taxas de mortalidade infantil e de prematuros eram altas (85% a 95%), pois não existiam estabelecimentos voltados para os cuidados destas crianças. Esperava-se que as crianças nascidas prematuramente fossem ao êxito letal, pensava-se que a seleção natural se encarregaria dessas crianças assim como também aquelas nascidas com malformações. (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

A descoberta da infância como representação de vida de uma criança teve início no século XVIII, sendo mais significativa a partir do século XIX, com a revolução industrial. Neste momento, começaram a ocorrer mudanças de valores e sentimentos relacionados à criança, despertando preocupação da ciência para com a família e, posteriormente, para com os filhos. Surgiu então a Pediatria como especialidade dentro da Medicina, e a criança passou a ser vista de forma específica em sua singularidade e peculiaridade, bem como as suas enfermidades e tratamentos. (SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

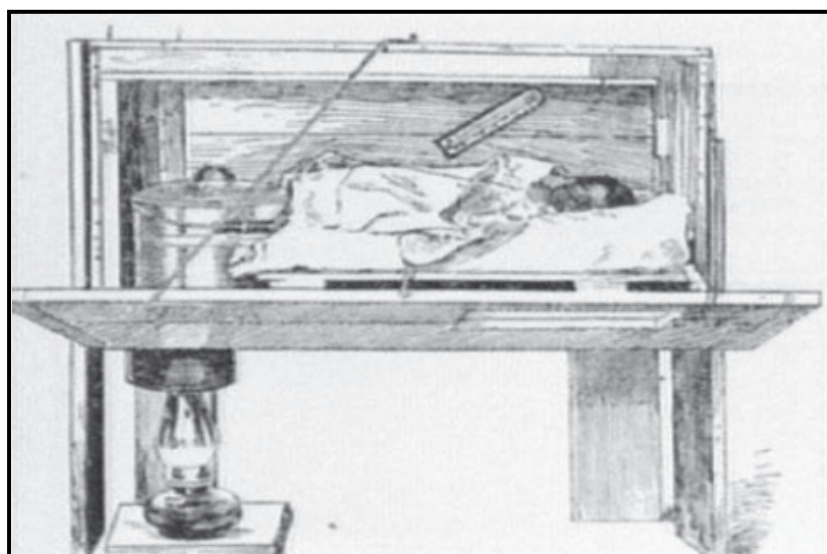
Ainda no final do XIX observou-se na Europa diminuição na taxa de natalidade, pois as crianças eram ignoradas pelos médicos, não existiam instituições que se dedicassem aos cuidados dessa população principalmente entre os recém-nascidos prematuros, abandono de crianças nas ruas e aumento da mortalidade infantil. Estes fatos contribuíram para o surgimento do chamado “Movimento para a Saúde da Criança”, entre os anos de 1870 a 1920

e foi um marco na história da Medicina. (AVERY, 1978; LUSSKY, 1999; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004; TRAGANTE; CECCON; FALCÃO, 2010). Uma das principais causas de mortalidade materna na época estava relacionada ao trabalho de parto, que era realizado no domicílio pelas parteiras.

O desenvolvimento dos equipamentos para dar assistência aos RN se iniciou em 1878, quando foi desenvolvida a primeira incubadora. A pedido do professor e obstetra parisiense Stephane Etienne Tarnier, um funcionário do zoológico de Paris desenvolveu uma incubadora semelhante a uma chocadeira de ovos de galinha. Em 1880, o professor apresentou esta incubadora, que foi instalada na Maternidade de Paris fazendo decrescer a taxa de mortalidade de 66% para 38% entre crianças pesando menos que 2000g ao nascimento. (LUSSKY, 1999; TRAGANTE; CECCON; FALCÃO, 2010).

A Figura 2 ilustra os primeiros desenhos de incubadoras para prematuros relatados em 1892.

Figura 2 – Primeiros desenhos de incubadoras para prematuros



Fonte: Martínez M. (2008)

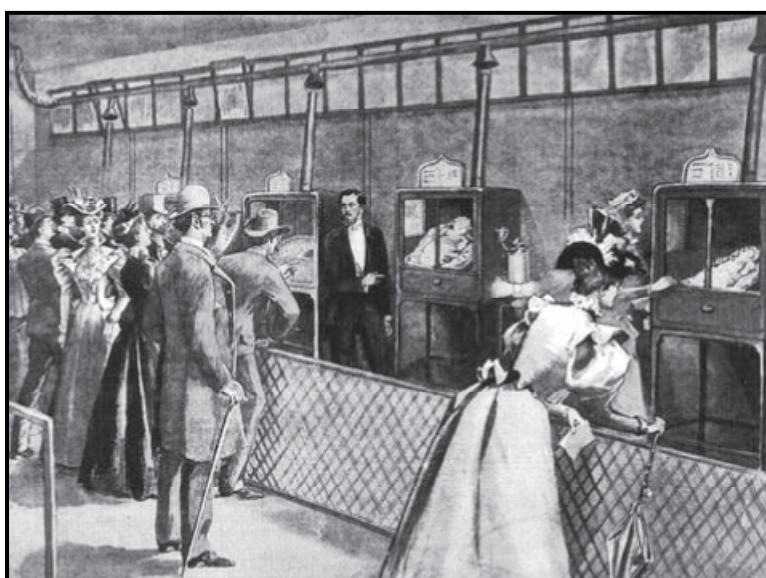
Em 1892, o obstetra francês Pierre Constant Budin estendeu suas preocupações além da sala de parto, criando o primeiro ambulatório de puericultura no Hospital Charité, em Paris, e posteriormente chefiou um departamento especial para enfermos na Maternité criada pela enfermeira chefe Madame Henry. (AVERY, 1978; LUSSKY, 1999; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004; TRAGANTE; CECCON; FALCÃO, 2010).

Budin desenvolveu os princípios e métodos da medicina neonatal. Descreveu normas alimentares para recém-nascidos e apresentou numerosas curvas de peso como critério de adequação da alimentação ao seio e suplementar, preocupando-se com o aleitamento materno e com o ensinamento detalhado sobre alimentação artificial quando necessária. Recomendou como regra que todo lactente que não pudesse receber leite materno fosse alimentado diariamente com leite de vaca, o suficiente para ganhar 10% do seu peso. Como o leite de vaca contém em média 3,5% de proteína, a regra foi transformada em tolerância proteica do lactente pequeno como 3,5g/kg/dia e foi adotada pelo National Research Food and Nutrition Board em 1953. Foi o primeiro a escrever um livro (1892) sobre lactentes nascidos de parto prematuro e classificou as crianças em pequenas e grandes para a idade gestacional. (AVERY, 1978).

Em 1896, Martin Couney, aluno de Budin, foi prestar serviços nos Estados Unidos sendo considerado o primeiro profissional naquele país a oferecer cuidados especiais para crianças prematuras. Em 1914, na cidade de Chicago, organizou uma exposição de recém-nascidos prematuros com a intenção de mostrar à classe médica a importância dos seus cuidados, resultando na criação de hospitais dedicados ao atendimento de crianças prematuras no início da década de 1920. (AVERY, 1978).

Na Figura 3 podemos ter uma visão de como foi realizada esta exposição.

Figura 3 – Exposição de prematuros em Chicago.



Fonte: Martínez M. (2008)

Ainda na década de 1890, Carl Credé em Viena, introduziu o uso de nitrato de prata para evitar oftalmia neonatal, e William Little, um cirurgião ortopédico Inglês, estudou a ligação entre o trauma do nascimento com a paralisia cerebral. Além disso, John Ballantyne, um obstetra de Edimburgo, desenhou um projeto para a continuidade da assistência materno-infantil. (LUSSKY, 1999).

O início de 1900 viu os pediatras começarem a contribuir para a ciência da medicina neonatal. Thomas Rotch criou o método de alimentação, com proporções precisas de leite, creme e açúcar modificados e misturados diariamente para atender às necessidades das crianças; John Lovett Morse promoveu a utilização de curvas de crescimento. No Kaiserin Auguste Victoria Haus em Berlim, Langstein Leo e Y'ppo Arvo estudaram a patologia da prematuridade e as taxas de mortalidade de prematuros em relação ao peso ao nascer. (LUSSKY, 1999).

Em 1922, o pediatra Julius Hess criou um centro para assistência aos lactentes prematuros estabelecido no Sarah Morris Hospital do Michael Reese Hospital em Chicago. Esses hospitais promoveram avanços em técnicas de assepsia, serviços de transporte neonatal e alimentação por via nasal. Também promoveram cursos para o corpo de enfermagem sob a chefia da enfermeira Evelyn Lundeen, incentivando-se a especialização da equipe no cuidado ao RN devido à melhora nos índices de sobrevivência dos prematuros. Surgiu, a partir desse momento, a especialização da enfermagem, voltada para o cuidado do prematuro. No Centro de Prematuros de Chicago foi criado um fundo de investimentos na área de Neonatologia. (AVERY, 1978; LUSSKY, 1999; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004; TRAGANTE; CECCON; FALCÃO, 2010; SÁ NETO; RODRIGUES, 2010).

Com essas iniciativas o pediatra Julio Hess tornou-se autoridade americana em relação à prematuridade e através dele o tratamento neonatal entrou na cadeira acadêmica. (LUSSKY, 1999; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

Em 1924, Albrecht Peiper, trabalhando primeiro em Berlim e depois como professor de Pediatria na Universidade de Leipzig, descreveu o desenvolvimento neurológico inicial do lactente prematuro. Em 1925, Alfred Hart realizou pela primeira vez com sucesso a exosanguineotransfusão ao recém-nascido com icterícia. (AVERY, 1978).

Com os avanços técnicos e científicos ocorridos na década de 1920, houve queda nas taxas de mortalidade e a infecção hospitalar foi controlada com o isolamento estrito do recém-nascido na maternidade. (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

Após esse evento, foram criados outros centros na América do Norte e na Europa seguindo os mesmos preceitos, onde os recém-nascidos prematuros eram agrupados numa sala com a finalidade de lhes assegurar enfermeiras treinadas, dispositivos próprios, incubadoras e procedimentos rigorosos para a prevenção de infecções. (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

Na década de 1930, as infecções e diarreia em recém-nascidos diminuíram com os protocolos de atendimento, houve melhoria da higiene e o uso do leite materno. Pela primeira vez, as mortes secundárias à prematuridade excederam aqueles causados por infecção. Os anos 30 também viram o renascimento da incubadora, com o desenvolvimento da caixa de oxigênio Hess em 1934, que fornecia oxigênio para o tratamento de problemas respiratórios. Embora o primeiro relato clínico do uso de oxigênio para prematuros ou cianóticos apareceu em 1891, o oxigênio nessa década foi tratado como um agente farmacológico. (LUSSKY, 1999).

Na década de 1940, com o final da Segunda Guerra Mundial, ocorreram muitos avanços em relação às condutas terapêuticas: a maioria dos partos passou a ser realizada nos hospitais possibilitando pesquisas de doenças cujo início ocorria intraútero ou durante período neonatal; aperfeiçoamento de cuidados e desenvolvimento de novas terapias para enfermidades como a eritroblastose fetal; utilização de antibióticos; terapia intravenosa; inovações no armazenamento do sangue; introdução da técnica de caracterização da veia umbilical para a realização da exsanguineotransfusão por Louis Diamond e seus colaboradores em 1946; modernização das incubadoras, entre outros. (LUSSKY, 1999; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004; TRAGANTE; CECCON; FALCÃO, 2010).

Até a década de 1950 não era permitido acompanhamento das mães nos berçários devido à preocupação em expor crianças às doenças infecciosas. Também não havia monitores cardiorrespiratórios, não havia meios para a respiração mecânica e a apneia infantil era controlada pela observação. As crianças que necessitavam de estímulo eram puxadas pelos pés por uma faixa de tecido. Foi nessa época que ocorreram os estudos relativos aos distúrbios respiratórios de Mary Ellen Avery e Jere Mead em 1958. Descobriram que a deficiência de surfactante nos pulmões era a etiologia da síndrome de desconforto respiratório; a comprovação de que técnicas e equipamentos utilizados na ventilação mecânica de adultos

poderiam ser adaptados e utilizados em RN. Em 1953, a Doutora Virginia Apgar cria o Score de APGAR, um método de contagem que avaliava as condições do recém-nascido nos primeiros momentos de vida, utilizado mundialmente para diagnóstico de asfixia perinatal. (LUSSKY, 1999; RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004; TRAGANTE; CECCON; FALCÃO, 2010).

A década de 1960 é considerada, pela maioria dos médicos, como a década em que se iniciou a medicina neonatal moderna, com a utilização da sonda nasogástrica para administração da dieta, monitorização cardiorrespiratória, sistemas de suportes de vida e a criação das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN). Os primeiros centros de recém-nascidos prematuros forneciam cuidados especiais, mas essencialmente domésticos, a temperatura era mantida por panos que embrulhavam as crianças, bolsas de água quente ou lâmpadas aquecidas e, posteriormente, por incubadoras. Avery (1999) aponta que a criação das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais representa o tronco sólido da Neonatologia, pois apresenta ambiente terapêutico, equipamentos e equipe multidisciplinar dedicada seguindo protocolos de atendimento. Nesse ambiente são atendidos pacientes de 0 a 28 dias de vida, com idade gestacional maior ou igual a 37 semanas e os prematuros que necessitam de cuidados 24 horas por dia. Em 1967 o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia reconheceu a necessidade do trabalho conjunto dos Obstetras e Neonatologistas para diminuir a mortalidade perinatal. Iniciou-se assim, em 1973, o primeiro Serviço de Cuidados Perinatais nos EUA. (AVERY, 1978, 1999; MARTÍNEZ M., 2008; TRAGANTE; CECCON; FALCÃO, 2010).

Na década de 1970, a família passou a ter participação nos cuidados dos recém-nascidos internados, anteriormente excluída por ser considerada transmissora de doenças infecciosas. Houve a introdução de exames oftalmológicos de rotina para avaliação de retinopatia da prematuridade e o ultrassom para avaliar a hemorragia intraventricular (HIV), melhoria contínua no projeto incubadora e o primeiro uso bem sucedido da oxigenação por membrana extracorpórea. Até o final desta década, a medicina do recém-nascido tinha alcançado uma taxa de sobrevivência de 50% para crianças com peso de 900 gramas e idade gestacional de 27 semanas. (LUSSKY, 1999; TRAGANTE; CECCON; FALCÃO, 2010).

A década de 1980 foi um período extenso de pesquisa clínica na utilização da terapia com surfactante em prematuros, reduzindo drasticamente a mortalidade e morbidade infantil. No final dos anos 80, houve maior incentivo na participação das famílias nos cuidados

hospitalares, visitação dos irmãos, grupos de apoio, consultas pré-parto e a criação do método canguru. (TRAGANTE; CECCON; FALCÃO, 2010).

O final de século XX e início do XXI presenciaram o sucesso do tratamento de recém-nascidos com idade gestacional de 23 a 25 semanas e peso de 500 a 750 gramas, graças à terapia de reposição de surfactante, novas tecnologias para manter a temperatura, manejo nutricional sofisticado, melhoria contínua na ventilação, controle da transmissão vertical do HVI, realização do teste do Pezinho, terapias essas apoiadas na medicina baseada em evidência. Os equipamentos estão cada vez mais sofisticados e desenvolvidos especialmente para os neonatos e a farmacologia disponível conta com estudos realizados especialmente em recém-nascidos. A cirurgia neonatal avança no conceito de mínima invasão com melhores resultados. Os neonatologistas estão trabalhando em conjunto com os obstetras desenvolvendo o conceito de Medicina Perinatal, proporcionando maior acesso aos cuidados da saúde da mulher, ambos se dedicam de forma complementar ao paciente, permitindo antecipar-se e planejar as terapias a serem utilizadas nos cuidados aos recém-nascidos. Com essas medidas os índices de mortalidade diminuíram de 90% no início dos anos 30 aos atuais 4% a 6% até o início do século XXI. (LUSSKY, 1999; MARTÍNEZ M., 2008; TRAGANTE; CECCON; FALCÃO, 2010).

O Brasil sofreu influências dos países mais desenvolvidos, e no final do século XIX e início do século XX a assistência à criança recém-nascida iniciava sua organização baseada nos métodos estrangeiros. (OLIVEIRA, 1999).

Oliveira (1999) descreve como um marco na história da pediatria brasileira a inauguração, em 1882, da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, que possuía um consultório infantil e realizava cursos sobre doenças das crianças, ministrados pelo médico Artur Moncorvo de Figueiredo. Este solicitou ao governo a criação de uma cadeira de Clínica de Moléstia de Criança nas faculdades de medicina do país, localizadas no Rio de Janeiro e Bahia.

O médico Arthur Moncorvo Filho, no ano de 1899, criou o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro, tendo suas atividades iniciadas no ano de 1901. O Instituto era destinado à assistência de crianças até 14 anos sem distinção de raça ou nacionalidade, desde a sua vida intrauterina. Como parte deste Instituto criou-se o Dispensário de Moncorvo, que foi instalado em 14 de julho do ano de 1901, e a creche Senhor Alfredo

Pinto, que somente foi instalada no ano de 1908, sendo considerada a primeira creche popular da cidade do Rio de Janeiro, possuindo 21 leitos e duas incubadoras da marca Lyon destinadas aos prematuros. (ANUÁRIO DO BRASIL, 1922 apud RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

A partir dos estudos dos médicos Jaime Silvado e Antonieta Morpurgo e reflexão destes sobre os notáveis resultados obtidos com as incubadoras no cuidado aos prematuros no exterior, o diretor do Dispensário Moncorvo recebeu uma proposta de criar um serviço de incubadoras nesta instituição que, em 1903, já possuía duas incubadoras da marca Lyon. (RODRIGUES; OLIVEIRA, 2004).

Para Novaes e Noves (1994) o desenvolvimento de cuidados pré-natais específicos juntamente com os cuidados desenvolvidos para os recém-nascidos e, em especial, para os prematuros foram os responsáveis pela redução da morbimortalidade peri e neonatal.

Segundo Santos Neto et al. (2008), o conjunto de intervenções voltadas para a atenção ao período da gestação e primeiro ano de vida esteve sempre no centro das políticas públicas de saúde no Brasil, ao longo das últimas décadas.

A preocupação estatal com a saúde materno-infantil remonta aos anos de 1940, com a criação do Departamento Nacional da Criança, que enfatizava não só os cuidados com as crianças, mas também com as mães, no que se refere à gravidez e amamentação. Essa preocupação se estende desde o Estado Novo até o Regime Militar, em que o objetivo fundamental do estado Brasileiro era o de produzir braços fortes para a nação com ações voltadas para as camadas urbanas mais pobres. (SANTOS NETO et al., 2008).

Na década de 1960, com a ditadura militar, o modelo do Sistema Nacional de Saúde implantado caracterizou-se pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e pela hegemonia de uma tecnoburocracia, cuja lógica estava centrada na mercantilização da saúde, o que teve impactos deletérios na formulação e execução de saúde pública e na medicina previdenciária. (SANTOS NETO et al., 2008).

A partir da década de 1970, formalizaram-se as políticas públicas na assistência à saúde materno-infantil com a implantação do Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), cujas ações estavam voltadas para o acompanhamento do pré-natal, controle dos partos domiciliares, puerpério e ações de promoção de saúde da criança. (COSTA et al., 2010).

No final dos anos de 1970, ocorreram inúmeros movimentos sociais por melhorias nas condições de moradia, saúde e reforma sanitária tornando-se fundamentais para se

compreender as principais conquistas no início da década de 1980, sobre as políticas de saúde voltadas à população materno-infantil. (COSTA et al., 2010).

Costa et al. (2010) e Santos Neto et al. (2008) fazem um relato sobre as principais leis do Ministério da Saúde sobre a atenção à saúde da mulher e da criança descritas a seguir.

No início da década de 1980, a Portaria 18 do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) do Ministério da Saúde, apresentava algumas normas básicas para a implantação de alojamentos conjunto em instituições hospitalares. Pode-se constatar a preocupação com as práticas humanizadas, direcionadas ao parto e o puerpério.

Em 1983, foi criado o Programa de Assistência integral à Saúde da Mulher (PAISM), considerando a necessidade de articulação das ações de pré-natal, assistência ao parto e ao puerpério, prevenção do câncer e doenças sexualmente transmissíveis, assistência ao adolescente, assistência específica às mulheres que vivenciavam a menopausa e anticoncepção. (COSTA et al., 2010).

O grande marco de amparo à saúde da mulher e da criança foi a Constituição de 1988, com diversos artigos que fundamentavam a base dos direitos reprodutivos.

Em 1990 ocorreu a aprovação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), onde o recém-nascido passou a integrar as preocupações no âmbito das políticas, especialmente por se beneficiar da atenção em saúde volta às mães. Segundo Costa et al. (2008, p.62),

... a partir da década de 1990, as políticas públicas passam a se configurar de outra maneira. Agora se trata de qualificar mais o que foi conquistado, uma vez que a visibilidade da necessidade de atenção específica a estes sujeitos já fora, de alguma forma, colocada em pauta na década precedente. Neste contexto, começa-se a pensar no recém-nascido como sujeito do cuidado. O olhar se volta às demandas específicas da população infantil, que já principiara, com um maior nível de aproximação, com a publicação do ECA. As políticas passam a se configurar em torno do eixo político da humanização em saúde.

Em 1991 é criado o Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PRASP), iniciando-se as ações que buscavam contemplar o recém-nascido como sujeito do cuidado, na sua integralidade, considerando a sua individualidade e especificidade. (COSTA et al., 2010).

No âmbito da assistência, o Ministério da Saúde lançou em 1993, a portaria GM/MS nº 1.016 tornado obrigatória a implantação do alojamento conjunto durante o período de internação da gestante e do recém-nascido em todo o território nacional, incentivando a

amamentação, favorecendo o relacionamento mãe-filho e o desenvolvimento de programas educacionais.

Em 1994, por meio de duas portarias, o Ministério da Saúde lançou a Iniciativa Hospitais Amigos da Criança (IHAC). A primeira assegurando pagamento de 10% a mais sobre assistência ao parto a Hospitais Amigos da Criança vinculados ao SUS, a segunda, estabelecendo critérios para o credenciamento dos hospitais Amigos da Criança. Essas iniciativas evoluíram para o que se conhece como sendo os 10 passos para o sucesso do aleitamento materno. (COSTA et al., 2010).

No campo da assistência perinatal, destacam-se duas iniciativas do Ministério da Saúde: primeiramente, o Programa de Apoio à Implantação dos Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento à Gestante de Alto Risco, destinando-se recursos específicos para a criação de centrais de leitos, aquisição de equipamentos e treinamento de profissionais em 226 maternidades distribuídas em todo o país. (COSTA et al., 2010).

Em 2000 é criado o Programa Nacional de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PNHPN) com a finalidade de reorganização a assistência através da vinculação pré-natal, parto e puerpério, fazendo com que a assistência prestada à gestante e ao recém-nascido seja realizada com qualidade e sob os trilhos da humanização. (COSTA et al., 2010).

Nesse mesmo ano foi regulamentada a Portaria no. 693 de 05 de julho de 2000, a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Mãe Canguru (MC). Na proposta da Atenção Humanizada, o contato pele a pele e a posição canguru estão inseridos num conjunto de intervenções comprometidas com a integralidade do cuidado ao recém-nascido e sua família no período da internação e com sua saúde e qualidade de vida após a alta. (COSTA et al., 2010).

No ano de 2004 ocorreu o lançamento da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, contribuindo tanto para a saúde materna, quanto infantil. Ainda nesse sentido, em 2006, a Portaria MS/GM no. 399 aprova o Pacto pela Saúde que estabelece como prioridades o pacto pela vida e a redução da mortalidade materna, neonatal e infantil. (COSTA et al., 2010).

Em 12 de julho de 2007 é lançada a Portaria no. 1683, atualizando a Norma de Atenção Humanizada aprovada em 2000. (COSTA et al., 2010).

No ano de 2008 foram publicados os resultados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança, apontando uma queda de 44% na mortalidade infantil,

aumento da amamentação no primeiro dia pós-parto de 70,8% para 99,5%, o acesso das crianças aos serviços de saúde passou de 18,2% para 49,7%, melhora na cobertura pré-natal (99% em 2006 contra 86% em 1996), melhora no planejamento familiar. (COSTA et al., 2010).

Em 2009, a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde incluiu na sua agenda de ações para o fortalecimento e expansão do Método Mãe-Canguru em todo o Brasil. (COSTA et al., 2010).

Em 2010, em decorrência da reunião realizada em 10 de março de 2009 com a Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Departamento de Ações Estratégicas, SAS, do Ministério da Saúde, elaborou nota técnica sobre a instalação de salas de apoio à amamentação em empresas públicas ou privadas e também lançou manual na Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências contendo orientação para gestores e profissionais de saúde envolvidos com essa população. (BRASIL, 2010a, b).

Em 2011, lançou a publicação “Além da Sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças”. O livro traz orientações para serem adotadas nos estabelecimentos de saúde do Brasil a respeito de três práticas simples que podem contribuir de forma significativa para a redução dessas mortes: clampeamento tardio do cordão umbilical, contato imediato pele-a-pele entre mãe e bebê e início da amamentação exclusiva. Para o Ministério da Saúde, essas três práticas podem ter impacto no longo prazo na nutrição e na saúde da mãe e do bebê, além de possivelmente afetar o desenvolvimento da criança muito além do período neonatal e do puerpério. (BRASIL, 2011a).

Portanto, é possível verificar investimentos ao longo dos anos nas políticas públicas com relação à saúde da mulher e da criança, culminando com diversas campanhas organizadas pelo Ministério da Saúde direcionadas aos profissionais, pais e familiares para tentar prevenir e também minimizar os possíveis déficits que podem prejudicar a saúde dessa população.

2.1 A EVOLUÇÃO DOS CONCEITOS RELACIONADOS À PREMATURIDADE

Em 1948, a primeira Assembleia Mundial de Saúde realizada em Nova Iorque reconheceu a importância da prematuridade como a grande causa universal de mortalidade infantil e adotou uma definição internacional de prematuridade: o prematuro é o neonato cujo peso ao nascimento é 2500 g ou menos. O Comitê da Organização Mundial de Saúde, especializado em prematuridade, adotou esta definição internacional, mas percebeu que não seria aplicável em todos os países. Em muitas partes do mundo, a definição internacional foi útil para diferenciar os recém-nascidos que requeriam certos cuidados especiais, mas em outros países o uso deste padrão resultou em proporções muito elevadas de recém-nascidos prematuros, muitos dos quais não tinham nascido prematuramente e não pareciam necessitar de cuidados especiais. Este fato levou à adoção local de diversos níveis de baixo peso de nascimento, gerando confusão e impedindo comparações. (CROSSNE, 1980).

Houve necessidade de reavaliação e o estudo da Organização Mundial de Saúde sobre o peso ao nascimento foi realizado em 18 países em diversos estágios de desenvolvimento socioeconômico. Um destes estudos mostrou que a proporção indevidamente aumentada de crianças com peso de nascimento de 2500g ou menos não era devida a um aumento da proporção de nascidos prematuramente (antes de completar 37 semanas de gestação), mas a uma redução geral do peso ao nascimento em todas as fases de maturação. Muitos dos recém-nascidos, que pesaram 2500g ou menos ao nascimento, tinham idade gestacional maior do que 37 semanas, mas possuíam baixo peso ao nascimento. Em vista da evidência convincente de que muitos destes neonatos incluídos na definição internacional não nasceram prematuramente, um Comitê Especializado em Saúde Materno-Infantil da Organização Mundial de Saúde em 1961, recomendou que o conceito de prematuridade devesse ser substituído pelo de baixo peso de nascimento. (CROSSNE, 1980).

Sendo assim, Organização Mundial de Saúde definiu o conceito de prematuridade como o nascimento abaixo de 37 semanas gestacionais, e atualmente é a principal causa de morte, morbidade e incapacidade infantil no mundo. (WHO, 2010).

Trindade e Lyra (2006, p.406) definem prematuro

como todo RN com idade gestacional de até 36 semanas completas (36 semanas e 6 dias) a partir do primeiro dia do último período menstrual materno. Para tanto, há necessidade de conhecer a idade gestacional ou determiná-la por meio de ultrassonografia obstétrica, realizada antes de 20 semanas de gestação e confirmada após o nascimento, por exames físico e neurológico com escalas específicas.

A definição da duração de gestação a termo pela Organização Mundial de Saúde é de 37 semanas completas (259 dias), que é adotada pelo Comitê de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria, enquanto a do Comitê de Feto e Recém-Nascido da Academia Americana de Pediatria é de 38 semanas, pois considera que a morbimortalidade de neonatos entre 37 e 38 semanas difere da apresentada pelos nascidos com 38 ou mais semanas de gestação. Considera-se, então, o recém-nascido a termo tem o nascimento entre 38 e 42 semanas e o pós-termo após 42 semanas completas. (GONÇALVES; JORGE, 2006).

Historicamente observa-se que a definição da idade gestacional do recém-nascido foi realizada por diversos métodos nos períodos pré e pós-natal.

O método utilizado para a determinação no período pré-natal, comumente encontrado na literatura, é o cálculo através das semanas da amenorreia, conhecida como a regra de Nägele, praticada desde 1833, baseada na data inicial do último período menstrual (DUM). A regra de Nägele consiste em adicionar sete dias e nove meses à DUM (ou diminuir três meses, quando se faz o cálculo retrógrado). É ainda o método isolado mais importante para calcular a data provável de partos a termo, porém esbarra na dificuldade de obter a DUM com precisão, devido a eventuais ciclos menstruais irregulares, sangramentos pósconcepcionais e uso de contraceptivos. (GONÇALVES; JORGE, 2006).

Outras técnicas citadas por Gonçalves e Jorge (2006) são: a) a medida da altura do fundo uterino que pode ser induzida a erros devido a gestações múltiplas, retardo ou aumento patológico do crescimento fetal; b) o estudo do líquido amniótico; c) a ultrassonografia fetal e obstétrica que fornecem indicadores da maturidade orgânica do feto, em especial sua maturidade pulmonar, através da detecção dos fosfolípedes componentes do surfactante pulmonar fetal, cujas idades de aparecimento e concentrações no líquido amniótico estão bem estabelecidas.

Com o avanço da tecnologia, as ultrassonografias fetais e obstétricas colocam esse método como o mais confiável para obter a idade gestacional de um concepto segundo Gonçalves e Jorge (2006). Deve ser realizado entre a 15ª e 19ª semana de gestação, quando o erro de avaliação é de apenas nove dias, aumentando com o evoluir da gravidez, em decorrência de fatores materno-placentários que podem influir significativamente sobre o crescimento do feto, retardando-o ou acelerando-o.

Os métodos desenvolvidos após o nascimento utilizam critérios somáticos e neurológicos para a determinação da idade gestacional nas primeiras horas de vida.

Segundo Ohlweiler (2001), as técnicas de avaliação neurológica decorreram naturalmente dos estudos da escola francesa sobre exame neurológico de prematuros, dado o caráter evolutivo dos achados neurológicos, sendo os trabalhos de Saint-Anne Dargassies (1954, 1955, 1966), Thomas et al. (1960), Farr et al. (1966) e Amiel-Tison (1968) que contribuíram para o desenvolvimento de um escore de avaliação neurológica para a determinação da idade gestacional. Lubchenco (1970) publicou uma tabela para avaliação da idade gestacional com base no exame físico e neurológico do RN.

Gonçalves e Jorge (2006) relatam que foi a partir de 1970 que os métodos foram se tornando mais precisos. Naquele ano o médico pediatra Dubowitz desenvolveu um método de avaliação da idade gestacional em 21 itens somáticos e neurológicos que foi denominado Método de Dubowitz. Esses itens são divididos em 11 sinais físicos (edema, textura da pele, cor da pele, opacidade da pele, lanugem, pregas plantares, formação de mamilo, tamanho do nódulo mamário, forma da orelha, firmeza da orelha, genitália masculina ou genitália feminina) e 10 sinais neurológicos (postura, ângulo do punho, dorsiflexão do tornozelo, recolher do braço, recolher da perna, ângulo poplíteo, manobra calcanhar-orelha, sinal de cachecol, queda da cabeça, suspensão ventral). É um método preciso, porém não é o mais utilizado pelos neonatologistas devido a grande quantidade de itens a serem avaliados tornando assim a avaliação extensa.

A partir do método de Dubowitz surge, em 1978, o Método de Capurro. Haroldo Capurro e seus colaboradores, em um trabalho publicado em 1978 intitulado *Um método simplificado para o diagnóstico da idade gestacional em criança recém-nascida*, comentam que as vantagens do método de Dubowitz eram ser indolor, de baixo custo, preciso e permitir a quantificação da idade gestacional a partir do exame clínico do neonato. Entretanto, se tornava complexo para a prática diária, devido ao elevado número de variáveis a serem consideradas. Propuseram, então, o Método de Capurro, que se subdivide em dois métodos: o somático e o somatoneurológico. (GONÇALVES; JORGE, 2006).

O primeiro é utilizado quando os bebês apresentam algum dano cerebral ou disfunção neurológica observada ao nascimento e traduz-se em uma somatória entre uma constante de 204 dias e a nota obtida da avaliação de cinco itens somáticos (textura da pele, forma da orelha, nódulo mamário, pregas plantares e formação do mamilo). O segundo utilizado, no

caso de bebês que não apresentaram alteração neurológica ao nascimento, é obtido através de uma somatória de pontos que se referem aos quatro itens somáticos (quatro primeiros citados anteriormente) e dois neurológicos (sinal de cachecol e posição da cabeça: levantando o recém-nascido) a uma constante de 200 dias. (CAPURRO et al., 1978).

Com a finalidade de ampliar a precisão das idades gestacionais e incluir tanto recém-nascidos mais prematuros quanto os mais maduros foi criado em 1991 o novo método de Ballard – New Ballard Score, em modificação ao teste original desenvolvido em 1979. O teste abrange de 20 a 44 semanas de idade gestacional sendo constituído por seis itens de maturidade neuromuscular (postura, angulação do punho, recuo do braço, ângulo poplíteo, sinal de cachecol e calcanhar à orelha) e seis itens de maturidade física (pele, lanugem, superfície plantar, tecido mamário, olho e orelha, genitais masculino ou feminino). A idade gestacional em semanas é obtida através da somatória de pontos de avaliação dos itens. (BALLARDI, 1991 apud CARVALHO, 2005).

A determinação da idade gestacional, segundo Ramos et al. (2002) tem como finalidade determinar o grau de maturidade do recém-nascido, no qual os neonatologistas baseiam-se em dados selecionados pelo exame físico e neurológico, ou seja, em um conjunto de tonos e reflexos neurológicos que, usados criteriosamente, permitem avaliar a idade do recém-nascido independentemente do crescimento fetal, com aproximação de até uma a duas semanas. Com o passar do tempo vários métodos foram elaborados, porém observa-se que o Método Capurro tem sido mais utilizado, pois permite aplicação mais simples e atende as necessidades dos serviços.

A prematuridade pode ser classificada em prematuridade limítrofe, moderada e extrema de acordo com os problemas clínicos característicos de cada fase gestacional. (LEONE; RAMOS; VAZ, 2002).

A prematuridade limítrofe compreende o período de gestação de 35 a 36 semanas, com crianças pesando entre 2200 e 2800g, medindo entre 45 e 46 cm de comprimento e aproximadamente 32,5cm de perímetro cefálico. Respondem por 7% de todos os nascimentos vivos, por 65% dos recém-nascidos pré-termo nascidos vivos, e a mortalidade é muito baixa, cerca de 0,9%. (LEONE; RAMOS; VAZ, 2002).

A prematuridade moderada varia de 31 a 34 semanas gestacionais com peso superior a 2000g. Em centros mais desenvolvidos esses prematuros apresentam baixa mortalidade, sendo os casos de membrana hialina grave o maior responsável pelos óbitos. Já nos centros menos

desenvolvidos as infecções são os eventos mais importantes nesse grupo. (LEONE; RAMOS; VAZ, 2002).

A prematuridade extrema compreende gravidez inferior a 30 semanas e os recém-nascidos costumam pesar menos de 1500g, medir menos do que 38 cm de estatura e menos do que 29 cm de perímetro encefálico ao nascimento. Em decorrência dessa maior imaturidade, apresentam intercorrências mais graves e frequentes, favorecendo o aparecimento de deficiências a curto e/ou longo prazo. (LEONE; RAMOS; VAZ, 2002).

Essas intercorrências podem ser: asfixia perinatal, dificuldade na manutenção de temperatura corpórea, insuficiência respiratória – doença de membranas hialinas, displasia broncopulmonar, crises de apneia, hiperbilirrubinemia, infecções adquiridas, hipo e hiperglicemia, hipocalcemia precoce, enterocoliteneocrosante, hemorragia intracraniana, persistência de canal arterial (PCA), retinopatia da prematuridade, doença metabólica óssea, anemia, malformações congênitas, Iatrogenias – infusão de líquidos e eletrólitos, efeitos adversos de drogas. (LEONE; RAMOS; VAZ, 2002).

Quanto ao peso no momento do nascimento, Trindade e Lyra (2006) apontam três subdivisões: 1) Prematuros de baixo peso: recém-nascidos com pesos inferiores a 2500g; 2) Prematuros de muito baixo peso: com pesos inferiores a 1500g; 3) Prematuros com extremo baixo peso: pesos inferiores a 1000g.

Torna-se fundamental conhecer o peso ao nascimento e a idade gestacional para que se possa ter uma boa avaliação das condições de vitalidade do recém-nascido. Por isso, em 1967, Battaglia e Lubchenco propuseram uma classificação dos recém-nascidos vivos de 24 a 42 semanas baseados na curva de crescimento intra-uterino entre os percentis 10, 25, 50, 75 e 90, caracterizando os recém-nascidos em três grupos segundo o peso: adequado para idade gestacional (AIG) com peso entre percentis 10 e 90; pequeno para a idade gestacional (PIG) com peso abaixo do percentil 10; grande para a idade gestacional (GIG) com peso acima do percentil 90. (RAMOS et al., 2002).

Segundo Trindade e Lyra (2006) para cada idade gestacional os recém-nascidos podem ser classificados em: recém-nascido pré-termo com peso adequado para a idade gestacional (AIG), pré-termo pequeno para a idade gestacional (PIG) e pré-termo grande para a idade gestacional (GIG).

A prematuridade é a principal causa de morbidade e mortalidade neonatais e sua incidência varia de acordo com as características da população analisada. (BITTAR;

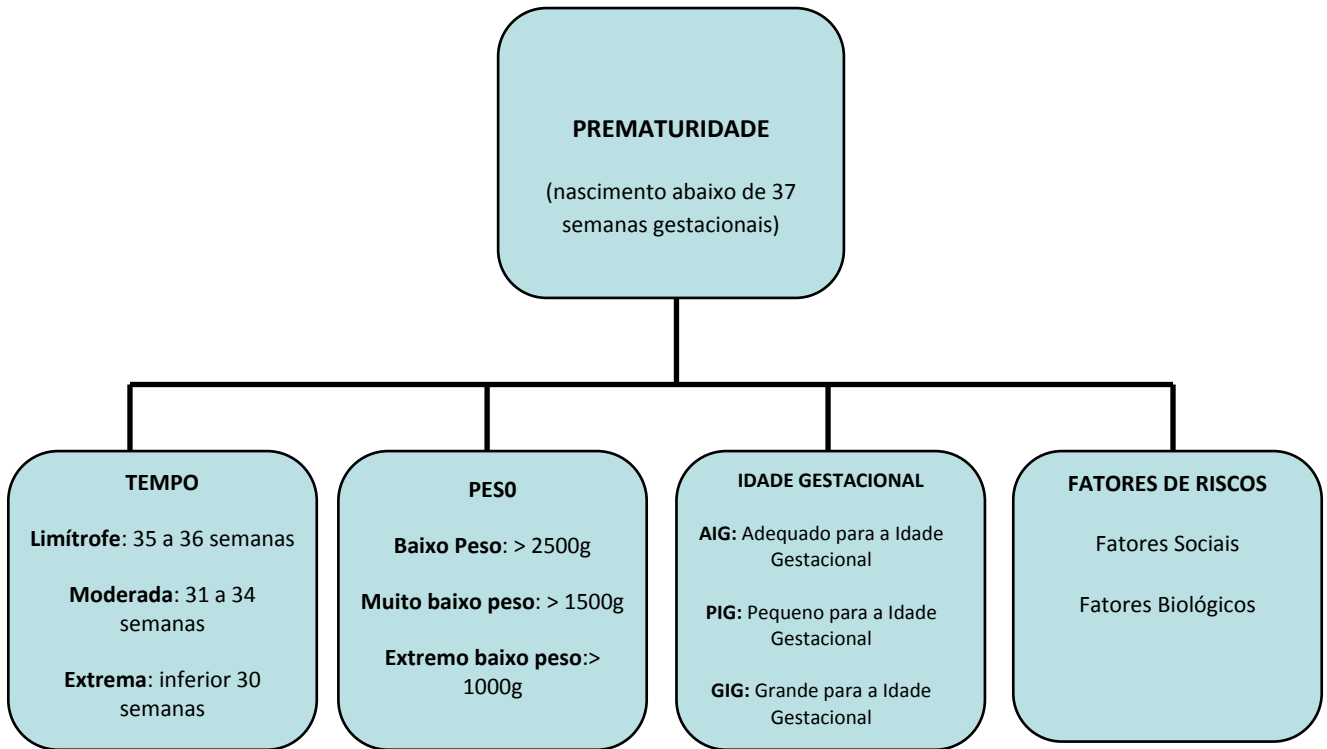
ZUGAIB, 2002). A prevenção é um dos grandes desafios, pois não se trata apenas de um problema de ordem médica, mas educativo e social, o que o torna mais complexo. Portanto, fatores de risco sociais e biológicos podem levar à prematuridade. (VAZ, 1986; BITTAR; ZUGAIB, 2002).

Esses fatores sociais e biológicos foram divididos em seis categorias, segundo Bittar e Zubaib (2002):

- 1) Fatores epidemiológicos (sociais): baixo nível socioeconômico, desnutrição, gravidez indesejada, estresse, assistência pré-natal inadequada, fumo, drogas, álcool, idade materna baixa (<16 anos) ou idade superior a 35 anos, estado civil, educação, conflitos familiares, tipo de ocupação da mãe, alteração de peso inadequado da mãe, cor da pele, tipo de ocupação da mãe, entre outros.
- 2) Obstétricos: infecção amniótica, rotura prematura de membranas, alterações hormonais, sangramentos vaginais de primeiro e segundo trimestres, placenta prévia, deslocamento prematura de placenta, incompetência istmocervical, gemelaridade/poliidrânio, malformações fetais e placentárias, partos prematuros anteriores, gestações sucessivas com pequenos intervalos entre os partos, baixo ganho de peso durante a gestação, assistência pré-natal ausente ou tardia, entre outros.
- 3) Ginecológicos: amputação de colo uterino, malformações uterinas, miomas.
- 4) Clínico-cirúrgicos: doenças maternas, procedimentos cirúrgicos na gravidez.
- 5) Iatrogênicos: a não realização ou demora do exame de ultrassom para determinar a idade gestacional ocorrendo interrupções prematuras da gestação geralmente por cesáreas eletivas.
- 6) Fatores desconhecidos pelos profissionais ligados à saúde.

A Figura 4 apresenta resumidamente os aspectos da prematuridade, relatados até aqui.

Figura 4 – Aspectos da prematuridade



Fonte: A autora

2.2 A DETECÇÃO PRECOCE DOS FATORES DE RISCO E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A EDUCAÇÃO ESPECIAL

É de grande importância conhecer os fatores sociais e biológicos que levam ao trabalho de parto prematuro, pois o seu mecanismo etiológico é desconhecido. A associação desses fatores permite realizar intervenções terapêuticas que podem contribuir para evitar ou diminuir os prejuízos em longo prazo de crianças nascidas prematuras. (VAZ, 1986; IEMMA, 2010).

A prevenção de qualquer deficiência depende da identificação precoce dos chamados indivíduos de risco. A identificação desses indivíduos e o encaminhamento para serviços especializados possibilitam um trabalho preventivo, através de programas de promoção de saúde e de intervenção precoce. (UFSCar, 2011).

Para os que apresentam problemas de aprendizagem a Educação Especial proporciona o atendimento e a promoção do desenvolvimento de indivíduos que não se beneficiam de situações tradicionais de educação por limitações ou peculiaridades de diversas naturezas. (UFSCar, 2011).

De acordo com Guedes (2008) existe na literatura, um grande interesse sobre a influência do nascimento prematuro no desenvolvimento da linguagem. Vários autores têm demonstrado diferenças tanto na sua recepção como na sua expressão, manifestadas pelo tamanho do vocabulário, no atraso da aquisição, na complexidade da linguagem, no processo fonológico e na memória de curto prazo. Vários aspectos multifatoriais também têm sido estudados, na tentativa de se perceber sua real interferência.

Ramey e Ramey (1998) esclarecem que um programa de intervenção precoce deve possuir um caráter educativo, onde as ações devem ser integradas com os outros serviços de atendimento, a fim de garantir que a criança possa receber o atendimento global e a família exerça um papel ativo. Assim, os autores discutem seis princípios básicos para o êxito de um programa de intervenção: 1) tempo ou fase de desenvolvimento da criança, 2) intensidade do programa de intervenção, 3) forma de atendimento da criança, 4) flexibilidade do programa, 5) diferenças individuais e 6) princípio da continuidade.

Com relação ao princípio do tempo ou fase de desenvolvimento da criança, Tudella (1989) aponta que a intervenção deve ser iniciada até os quatro meses de idade, pois é neste período que ocorrem rápidas mudanças no desenvolvimento, havendo uma grande alteração tônica e de postura, os reflexos primitivos se modificam, as coordenações sensório-motoras

primárias emergem, os movimentos passam a ter um controle voluntário e o bebê está pronto para agir sobre o meio. Nesse período a intervenção teria um caráter mais preventivo do que reabilitador, considerando-se as anormalidades decorrentes da paralisia cerebral, isto porque quadros clínicos que são considerados ‘leves’ neste período podem vir a tornar-se ‘graves’, se não tratados adequadamente.

Quanto à intensidade do programa, Ramey e Ramey (1998) destacam que os efeitos da intervenção já podem ser observados em curto prazo em crianças nascidas prematuramente e com baixo peso. Os programas mais intensivos como o número de visitas domiciliares por semana e número de horas por dia produzem maiores efeitos positivos do que fazer intervenções menos intensivas. Além disso, crianças e pais que participam do com maior regularidade são os que apresentam maior progresso no desenvolvimento.

No princípio da forma de atendimento da criança, as atividades de tratamento são designadas para a criança enquanto que o papel dos pais é periférico. Os pais podem ser usados como coterapeutas ou podem assumir um papel passivo, e os resultados da intervenção são baseados apenas nas características da criança. Assim, os programas que têm uma intervenção direta com as crianças e que contam com a participação dos pais, podem apresentar um efeito maior do que aqueles programas que dependem apenas de caminhos intermediários, como por exemplo, o treinamento de pais. (FORMIGA; PEDRAZZANI, 2004).

Com relação ao princípio da flexibilidade do programa, devem-se estimular intervenções mais abrangentes estimulando o desenvolvimento da criança em vários aspectos, como: comportamentos motores, cognitivos, sociais, de linguagem e autocuidados. Quando se trabalha um aspecto ou área do desenvolvimento da criança os resultados são obtidos também em outras áreas, como, por exemplo, ao se estimular comportamentos cognitivos da criança há melhora dos comportamentos motores e vice-versa. Desta maneira, os estímulos oferecidos potencializariam os efeitos da intervenção em todas as áreas do desenvolvimento da criança. (RAMEY; RAMEY, 1998).

No princípio das diferenças individuais, destaca-se o papel da variabilidade individual, onde algumas crianças podem demonstrar melhores resultados do que outras dentro de um mesmo programa de intervenção. Da mesma forma, programas diferentes podem levar a resultados semelhantes em indivíduos com fatores de risco diferentes. (RAMEY; RAMEY, 1998).

O sexto e último princípio é o princípio da continuidade, em que somente a intervenção não é suficiente para garantir que após o término do programa a criança irá continuar a ter um desenvolvimento adequado e positivo. De acordo com este princípio, a eficácia da intervenção seria garantida se a criança apresentasse uma manutenção dos comportamentos adquiridos durante o período que estava participando do programa. (RAMEY; RAMEY, 1998).

Muitas crianças chegam tardiamente aos serviços de saúde especializados, portanto, apresentando algumas sequelas. Para que isso não aconteça é necessário fornecer informações sobre os serviços de atenção primários, secundários e terciários para a detecção e prevenção das deficiências.

Para Nunes (1993), a constatação da presença de fatores de risco (biológicos, psicossociais ou genéticos) e conseqüentemente identificação das crianças de risco podem ser realizadas antes, durante e após o nascimento.

Os fatores psicossociais envolvem variáveis demográficas e processuais. Entre as variáveis demográficas destacam-se ocupação dos pais, baixo nível intelectual e de escolaridade da mãe, doença mental crônica da mãe, ordem de nascimento da criança, tamanho da família e desorganização familiar. Entre as processuais estão: rigidez das atitudes, crenças e valores da mãe quanto ao desenvolvimento da criança, ansiedade da mãe, organização inadequada do ambiente físico do lar, redução das interações afetivas positivas da mãe com a criança durante a primeira infância. (NUNES, 1993).

Estudos como os de Fraga et al. (2008) e Linhares et al. (2003) verificaram a relação entre ansiedade materna e os indicadores de desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo. Ficou constatado que o nível de ansiedade materna mais elevado associou-se com melhor desempenho dos bebês em tarefas cognitivas e pior em tarefas de motricidade ampla e permanência de objetivos. Dessa forma a ansiedade materna pode atuar como fator de risco ao desenvolvimento motor amplo e como mecanismo de proteção ao desenvolvimento cognitivo.

Nunes (1993) salienta que há ao longo do tempo, uma contínua interação entre fatores biológicos e ambientais no desenvolvimento da criança, implicando que, essas condições tanto podem atenuar quanto agravar os efeitos dos fatores biológicos de risco. Assim, a prevenção depende da identificação precoce dos chamados indivíduos de risco.

Para Perez-Ramos (1992, p.7)

A prevenção constitui um ato ou efeito de evitação. Implica em ações antecipadas destinadas a impedir a ocorrência de fatos ou fenômenos prejudiciais à vida e a saúde e, no caso da ocorrência desses fatores e fenômenos, evitar a progressão de seus efeitos.

Segundo Formiga e Pedrazzani (2004, p.107)

... prevenir as deficiências implica em realizar ações destinadas a impedir a ocorrência de fatos e fenômenos prejudiciais à vida e à saúde e, no caso da ocorrência destes, evitar a progressão de seus efeitos. As ações preventivas dos atrasos e distúrbios do desenvolvimento podem ser conduzidas em três níveis: primário, secundário e terciário.

Na prevenção primária, o objetivo da intervenção é reduzir a incidência de determinadas condições de excepcionalidade na população por meio de identificação, remoção ou redução dos efeitos de fatores de risco que produzem tais condições. Ela tem um caráter educativo e pretende promover melhorias nas condições de saúde, educação, trabalho e moradia para toda a população, principalmente para os segmentos da população considerados mais vulneráveis. São consideradas ações primárias: programas educativos e desenvolvimento e de controle do meio ambiente (antipoluição), instalação de centros de diagnóstico precoce, serviços para crianças adotivas e lares substitutos, programas educacionais para menores (creches e pré-escolas), entre outras. (BRASIL, 2011c; MARTINEZ et al., 2007; FORMIGA; PEDRAZZANI, 2004).

A prevenção secundária é aquela que tem lugar após se constatar que as condições de excepcionalidade já se instalaram com o objetivo de reduzir sua duração e/ou gravidade. Exemplos de ações preventivas secundárias são as desenvolvidas pelos centros de diagnósticos e tratamento das crianças de alto risco e risco comprovado, programas de educação da comunidade e a formação de recursos humanos para atuar com população em creches e pré-escolares. (MARTINEZ et al., 2007; FORMIGA; PEDRAZZANI, 2004).

Na prevenção terciária procura-se reduzir as sequelas ou efeitos associados da excepcionalidade por meio de ações que visem minimizar a necessidade de institucionalização, maximizar o potencial de vida independente, reduzir a ocorrência de comportamentos auto-lesivos estereotipados e de posturas corporais inadequadas, auxiliar a família a elaborar situações de conflito e de estresse emocional. (MARTINEZ et al., 2007; FORMIGA; PEDRAZZANI, 2004).

De acordo com Perez-Ramos (1996) a produção de conhecimento sobre estimulação precoce tem obtido muitos progressos na atualidade, referindo-se, principalmente, à formulação de conceitos mais precisos na determinação das variáveis consideradas de alto risco, a elaboração de técnicas e nos procedimentos para fins de detecção e a avaliação dos casos pertinentes à área da estimulação, bem como a organização de programas e currículos no campo da intervenção precoce. Mas, ainda existem muitas questões que necessitam de uma maior investigação, principalmente no que se refere aos efeitos específicos dos fatores ambientais sobre as áreas do desenvolvimento infantil, por exemplo, se os progressos alcançados pelas crianças submetidas a programas de estimulação permitem isolar as variáveis causais, e se as técnicas selecionadas para avaliação e organização de programas de estimulação precoce são realmente eficientes.

O Ministério de Educação e Cultura (MEC), através da Coordenadoria para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), estabeleceu algumas diretrizes educacionais sobre estimulação precoce e, de acordo com a natureza educacional, os programas podem ser divididos em duas modalidades: unifocal e multifocal. A modalidade unifocal constitui um conjunto sistematizado de ações estimulatórias destinadas a incentivar o desenvolvimento eficaz do processo evolutivo. Já a modalidade multifocal se caracteriza também por ações estimulatórias e por sua interligação com as áreas da educação, assistência sócio familiar, saúde, incluindo a alimentação. Estudos recentes comprovam que esta modalidade demonstrou ser mais benéfica para as crianças submetidas aos programas de estimulação precoce. (SANTOS, 2001).

Os atendimentos na modalidade multifocal tem, como finalidade, proporcionar à criança condições de alcançar seu pleno desenvolvimento, mediante as experiências significativas resultantes de seu contato com pessoas, objetos e espaços, assim como, devem promover mudanças de atitudes das pessoas do seu convívio, particularmente aquelas que assumem a função mediadora no processo como os pais, familiares, educadores, atendentes e outros. Para Santos (2001), alguns procedimentos de acordo com as diretrizes estabelecidas pela CORDE podem ser considerados essenciais para o sucesso de um processo de intervenção precoce, tais como:

- realização de uma avaliação inicial e de avaliações periódicas do desenvolvimento da criança, conduzida por uma equipe multidisciplinar;

- designação de um integrante da equipe que participou da avaliação para um acompanhamento mais pessoal da criança e seus familiares;
- realização de um plano individual de intervenção, baseado nas observações efetuadas com a criança;
- inclusão no planejamento individual de objetivos e metas à serem alcançadas, atividades e estratégias a serem empregadas e dos materiais e meios a serem utilizados;
capacitação dos profissionais envolvidos, bem como orientação e treinamento dos demais mediadores afim de assegurar a efetividade e continuidade das atividades programadas;
- participação direta dos familiares nos atendimentos, através de contatos formais e informais dos pais com os profissionais para o intercâmbio de informações sobre a evolução da criança.

As diretrizes também sugerem a organização dos atendimentos, enfatizando a importância de serem realizados de forma sistemática com a criança e sua família. São recomendadas, pelo menos, duas sessões semanais, iniciando com vinte e chegando a trinta ou quarenta minutos para crianças com até dois anos, quando atendidas individualmente e de uma hora e quarenta minutos quando atendidas em grupo. Para crianças acima de dois anos, o tempo poderá ser ampliado gradativamente chegando a quatro horas diárias, alternando o conteúdo das atividades, de acordo com as áreas do desenvolvimento a serem estimuladas. (SANTOS, 2001).

Portanto, os profissionais da área de Educação e Saúde estão voltando cada vez mais o enfoque de suas intervenções para a família do bebê pré-termo, considerando a qualidade das interações entre pais/filho, a questão da mediação mãe-bebê, como forma de facilitar as respostas adaptativas da criança no ambiente e também o enfrentamento das situações de risco. (FORMIGA et al., 2004).

Após um breve relato sobre a evolução dos conceitos relacionados à prematuridade, dos cuidados prestados aos recém-nascidos e da importância da detecção precoce para o desenvolvimento desses indivíduos, a presente tese descreve o desenvolvimento do conhecimento científico na área da prematuridade e a importância e dos instrumentos utilizados para avaliação dessa área do conhecimento.

2.3 HISTÓRICO DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM PREMATURIDADE: DA ANTIGUIDADE AOS DIAS ATUAIS

Toda atividade humana deriva do trabalho de gerações anteriores, partindo desde meras observações a descobrimentos notáveis, transmitido de geração em geração chegando aos nossos dias. O que hoje praticamos em nosso trabalho tem origem remota e conhecê-la nos permite compreendê-la melhor e entender que devemos transmitir o que aprendemos. (MARTÍNEZ M., 2008).

A Neonatologia, como todas as ciências, não está isenta de um passado e tem uma história que se relaciona entre a pediatria e a obstetrícia. Esta subespecialidade pediátrica que se dedica ao estudo e cuidado do recém-nascido é uma das especialidades mais novas dentro da medicina e apresenta a cada dia novos desafios, o que permite, a quem a pratica descobrir novos horizontes e encontrar áreas não exploradas por nossos antecessores. (MARTÍNEZ M., 2008).

Na antiguidade podem ser encontrados documentos sobre algumas doenças e procedimentos com a criança. O papiro médico egípcio de Ebers (século XVI a.C.) é o texto mais antigo conhecido relativo à medicina das crianças, relatando o aleitamento pelas amas de leite. Em Alexandria, 1550 e 1900 a.C., encontram-se escritos sobre o choro do recém-nascido e medidas de estimular a produção do leite materno, recomendando o aleitamento durante três anos. O Código de Hamurabi (1793 a.C.) estabelece princípios éticos em 282 artigos relacionados desde Direito Processual, saneamento básico, administração pública, até artigos específicos sobre o direito e cuidados com a criança. Na Índia são os escritos brâmanes (500 a.C.) que apresentam a primeira indicação histórica do exame médico perinatal e que assinalam a importância da higiene infantil. (MARTÍNEZ M., 2008; CUTOLO, 2006).

As primeiras obras relativas às doenças das crianças foram publicadas na literatura médica pelo enciclopedista romano Celso, no século I d.C. No século II, Sorano de Éfeso (98-117) escreveu um livro de Ginecologia que incluía um número considerável de capítulos dedicados a estudos notáveis sobre os cuidados a dar aos recém-nascidos e aos lactentes, tais como aleitamento materno, higiene da criança; doenças mais frequente e noções de ortopedia. Sorano descreveu pela primeira vez o teste da gota do leite materno sobre a unha como forma de avaliar sua consistência. Da Medicina Hebraica consta o registro de algumas patologias neonatais (anemia, pletora, atresia anal) e a primeira descrição histórica da hemofilia

apresentada nas situações de contraindicação à circuncisão, normalmente efetuada no oitavo dia de vida. (CASTIGLIONI, 1941 apud FERRAZ; GUIMARÃES, 2010).

A Idade Média caracterizou-se pelo retorno à tradição Greco-romana graças às Medicinas Conventual, Bizantina e de Língua Árabe. Desde o século IV, que por influência cristã, se organizou na Europa uma obra de assistência que cuidava das crianças abandonadas (Milão, 787; Siena, 832; Pádua, 1000; Montpellier, 1070, Marselha, 1199; Valença, 1337; Veneza, 1383, entre outros). No âmbito das doenças das crianças deve-se a Rhazés (865-923) e a Vicenza (980-1037) a importante contribuição de legarem ao Ocidente os primeiros tratados de patologia infantil. (CASTIGLIONI, 1941 apud FERRAZ; GUIMARÃES, 2010).

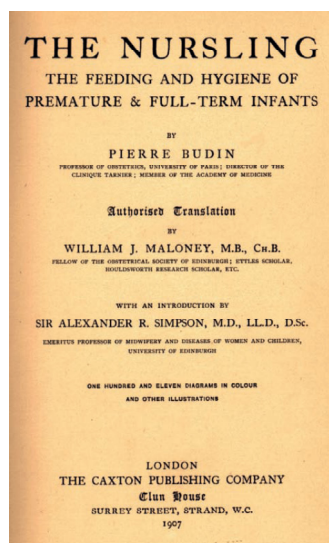
Nos séculos XV e XVI são escritos vários tratados sobre doenças de crianças: “*Libellus de Egritudinibus Infantium*” (1472) de Paulus Begellardus; “*De Custodienda Puerorum Sanitare ante partum in partu et AC post partum*” (1593) de Giacomo Tronconi; “*De Puerorum Educatione*” (1611) de Luís Mercado, entre outros. (CASTIGLIONI, 1941 apud FERRAZ; GUIMARÃES, 2010).

Nos séculos XVII e XVIII foram produzidas obras sobre Fisiologia, Microscopia, Histologia, Embriologia e tratados de Obstetrícia. (CASTIGLIONI, 1941 apud FERRAZ; GUIMARÃES, 2010).

Na literatura pediátrica do século XIX, Meissner, em 1850, compilou material sobre doenças infantis, as Bases da Literatura Pediátrica: Compêndio de Monografias de Doenças da Infância (original em alemão) encontrando quase 7000 trabalhos em 100 anos (segunda metade do século XVIII e primeira metade do século XIX). Entre 1887 e 1889 foi publicado por Gerhardt (1833-1902), com a ajuda de vários colaboradores, um livro de seis volumes de 7000 páginas sobre o conhecimento pediátrico daquele momento, chamado Manual das Doenças Infantis (original em alemão), obra esta que fundamentou a Pediatria Científica. (BALLABRIGA, 1991 apud CUTOLO, 2006).

O primeiro artigo científico sobre prematuridade foi escrito por Pierre Budin em 1888, em 1892 o mesmo autor publica o livro “*Lactantes com problemas nascidos de parto prematuro*”, em 1900 o livro “*Le Nourrisson*” que na Inglaterra foi publicado em 1907 sob o título de “*The Nursling*”. A Figura 5 ilustra a capa do referido livro.

Figura 5 – Capa do livro “The Nursling”



Fonte: Martínez M., 2008

Várias áreas de conhecimento estão se dedicando ao estudo da prematuridade: a medicina em suas diversas especialidades, a psicologia, fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, dentre outras. Os focos são também diversos, ora os estudos centram-se na prevenção ora na intervenção ao neonato, no acompanhamento do desenvolvimento das etapas futuras da vida. Assim, é vastíssima a literatura nacional produzida nesta temática a partir de contribuições advindas de várias profissões e áreas de conhecimento.

Sendo assim, nos últimos cinco anos alguns estudos têm procurado documentar e sistematizar parte desta produção.

Iema (2010) em sua dissertação de mestrado realizou estudo descritivo para detectar alterações de linguagem em crianças nascidas pré-termo e com baixo peso, frequentadoras da pré-escola; Alves (2010a) descreveu a influência da interação entre os componentes da CIF-CJ no processo de avaliação da funcionalidade e incapacidade de crianças com deficiência física por seqüela de prematuridade em processo de inclusão na pré-escola; Carvalho (2005) verificou a aplicabilidade do “Método de Avaliação da Conduta Visual de Lactentes” como instrumento para triagem visual de 32 bebês prematuros, de 1 a 3 meses (de idade corrigida), durante as rotinas de atendimento ambulatorial pediátrico em um Hospital Escola de Uberaba – MG.

A produção de artigos científicos nacionais e internacionais analisando os vários aspectos da prematuridade também é extensa. Com relação à análise da produção científica

estudos como os de Cruz et al. (2011) e Tronco et al. (2011) foram realizados acerca da atenção ao recém-nascido de baixo peso internados em UTI. Outros estudos analisaram a produção científica em pediatria à luz das técnicas bibliométricas, como os de Castilho D., Pletikosic C. e Pizarro A. (2009), Gonzalez U. et al. (2009), Harris et al. (2007), Ferrero e Otero (2007), Staszko et al. (2006), entre outros.

Araújo, Pereira e Kac (2007) examinaram publicações que investigaram o efeito da ansiedade de mães no maior risco de prematuridade e/ou baixo peso ao nascer. Os bancos de dados MEDLINE versão PubMed, BVS, CINAHL e HEALTHSTAR, referentes aos anos de 1966 a 2006, foram rastreados usando-se a combinação dos seguintes descritores: *anxiety*, *pregnancy*, *lowbirth weight* e *prematurity*. Foram localizados 13 estudos: 11 coortes, 1 transversal e 1 caso-controle. A maioria (7/13) dos estudos foi realizada nos Estados Unidos. Quatro estudos foram considerados de excelente qualidade, pois excluíram adolescentes e/ou mulheres acima de 34 anos, aferiram a ansiedade a partir do primeiro e/ou segundo trimestre de gestação, utilizaram escalas validadas para medir ansiedade, apresentaram perdas de seguimento inferiores a 30% e controlaram os mais importantes fatores de confusão. A ansiedade na gestação foi associada à prematuridade e/ou ao baixo peso ao nascer em oito estudos. Os valores de razão de chance e risco relativo variaram de 1,08 a 2,31. Aponta-se para a necessidade do desenvolvimento de estudos cuidadosamente desenhados para esclarecer a relação entre ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer, já que as evidências observadas ainda são contraditórias.

Silveira et al. (2008) realizaram um estudo cujo objetivo foi avaliar a evolução das taxas de prematuridade no Brasil. Estes autores realizaram revisão nas bases de dados Medline e Lilacs, incluindo estudos publicados em periódicos, teses e dissertações, desde 1950. Os critérios de exclusão foram: estudos que se referiam a temas clínicos, com complicações da prematuridade e gestação, bem como cuidados com prematuros. Os critérios de inclusão foram: estudos de base populacional sobre prevalência de prematuridade com dados do Brasil, com amostra representativa do local do estudo e com dados primários. De 71 estudos encontrados, a análise foi realizada com 12. Os resultados indicaram que a prevalência de prematuridade variou de 3,4% a 15,0% nas regiões Sul e Sudeste, entre 1978 e 2004, sugerindo tendência crescente a partir da década de 1990. Estudos na região Nordeste, entre 1984 e 1998, encontraram prevalências de prematuridade de 3,8% a 10,2%, também com tendência a aumentar. Os autores concluíram que dados do Sistema de Informações de Nascidos Vivos não corroboram este aumento, pois mostram diferenças entre as taxas de

prematuridade informadas por esse Sistema e as taxas medidas nos estudos incluídos nesta revisão. Devido ao importante papel da prematuridade na mortalidade infantil no Brasil os autores alertam para a importância de se identificar as causas deste aumento e planejar intervenções que diminuam sua ocorrência.

Uchimura, Pelissari e Uchimura (2008) referem que o peso ao nascer é uma medida usada para avaliar as condições de nascimento e ressaltam que o seu déficit é considerado um fator de risco devido à vulnerabilidade desta população nos primeiros meses de vida, observando-se que em alguns estudos existe uma relação diretamente proporcional entre o déficit de peso e o grau de ocorrência de morbidade infantil. Além disto, salientam estes autores que há estudos que referenciam a associação de fatores maternos com um maior índice de baixo peso ao nascer.

Martinez et al. (2007) ao se reportarem aos primeiros anos de vida mostram que estes são de suma importância para o desenvolvimento da criança. Destacam a importância do cuidado especial aos bebês que têm chances de apresentar problemas nesse período em função de diversas intercorrências caracterizadas como fatores de risco. Tais fatores levam as crianças expostas a apresentarem maior suscetibilidade a atrasos ou a distúrbios no seu desenvolvimento motor, mental, sensorial e emocional. Para a definição desses riscos e a investigação da situação dessas crianças possibilitam a prevenção ou a minimização de sequelas oriundas do surgimento da deficiência através das práticas de estimulação e intervenção precoce. Dentre as condições de risco que os recém-nascidos podem se encontrar, a prematuridade surge com índices elevados.

Brum e Schermann (2007) referem que os rápidos avanços científicos e tecnológicos nos cuidados com os recém-nascidos internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) permitiram que, atualmente, um grande número destes recém-nascidos sobreviva. Além da diminuição da mortalidade neonatal, autores apontam para o aumento da incidência da prematuridade e do baixo peso ao nascer, sendo que, entre outros fatores, o desenvolvimento da tecnologia da reprodução assistida contribui para a epidemia internacional de nascimentos múltiplos, prematuridade e baixo peso. As autoras ainda comentam que inúmeros estudos sobre intervenções precoces com bebês de risco têm sido realizados, os quais buscam melhorar os efeitos negativos do nascimento pré-termo na parentalidade, na interação mãe-criança e, portanto, no desenvolvimento infantil.

Conforme assinalam Tronchin e Tsunehiro (2007), o avanço científico e tecnológico do último século, certamente, impulsionou o desenvolvimento da neonatologia com reflexos no aumento das taxas de sobrevivência de recém-nascidos (RN) mais imaturos e de muito baixo peso ao nascer. As autoras assinalam que na literatura há um consenso de que esse grupo é o mais vulnerável para ocorrência de problemas e deficiências do ponto de vista anatômico, fisiológico, psicológico e social. Comentam ainda que a criança nascida prematura, também, é suscetível a uma ampla variedade de problemas de neurodesenvolvimento, descritos como novas morbidades do recém-nascido prematuro de muito baixo peso. Essas morbidades abrangem a desorganização de comportamento, falta de atenção, dificuldades nas áreas de linguagem, aprendizagem, integração visomotora, problemas sensoriais e perceptivos que podem se manifestar na primeira infância ou por ocasião do ingresso escolar.

Para Abreu et al. (2007), no período peri e neonatal, o baixo peso ao nascer (BPN) relaciona-se diretamente com a morbidade e mortalidade. Durante o primeiro ano de vida, além dos riscos elevados de adoecer e morrer, os efeitos do baixo peso ao nascimento se prolongam e estendem para o domínio do crescimento e desenvolvimento infantis.

Andreani, Custódio e Crepaldi (2006) realizaram um estudo com o intuito de fornecer um panorama sobre o nascimento prematuro e suas repercussões no âmbito familiar, mostrando a vulnerabilidade do bebê em seu desenvolvimento físico e afetivo, bem como a crise emocional que os pais atravessam, durante este evento além da alteração na dinâmica familiar. Os autores apresentaram, também, a definição de rede social e sua influência nas situações de crise, e mostraram a importância das mesmas durante o processo de nascimento, a fim de se estimular a ativação ou construção de uma rede de apoio efetiva na situação de prematuridade. As autoras concluem o estudo sugerindo um esforço das políticas de saúde na prevenção dos fatores de risco para a prematuridade.

Amaral (2006, p.39) ao se referir à prematuridade e o baixo peso ao nascer enfatiza que estes

[...] são causas predisponentes para desnutrição energético proteica, este último é considerado pela OMS o mais importante determinante isolado das chances de sobrevivência da criança, além de ser um indicador do estado nutricional nos primeiros anos de vida e do desenvolvimento social da população. (...) Os recém-nascidos de baixo peso estão em grande risco de sofrerem múltiplos problemas, como doenças infecciosas (diarreias e infecções respiratórias) e atraso de crescimento e desenvolvimento.

Mancini et al. (2004) comentam que existem diferentes fatores de risco para atraso no desenvolvimento da população infantil, bem como que crianças que se encontram em risco para atraso no desenvolvimento são aquelas expostas a fatores de risco biológico e/ou ambiental. As autoras ainda argumentam que diversas evidências na literatura indicam que, dentre os fatores de risco biológico, a idade gestacional e o peso ao nascimento representam fatores preditivos importantes no prognóstico do desenvolvimento infantil.

Como se pode observar, é rica a produção científica sobre prematuridade abordando os fatores de risco sociais, biológicos, obstétricos, ginecológicos, clínico-cirúrgicos e iatrogênicos que podem ocasionar o nascimento prematuro de um indivíduo.

2.4 CONHECIMENTO CIENTÍFICO E BIBLIOMETRIA

A preocupação com o conhecimento não é nova. Praticamente todos os povos da antiguidade desenvolveram formas diversas de saber. Entre os egípcios a trigonometria, entre os romanos a hidráulica, entre os gregos a geometria, mecânica, lógica, astronomia e acústica, entre os indianos e muçumanos a matemática e astronomia, e entre todos se consolidou um conhecimento ligado à fabricação de artefatos de guerra. As imposições derivadas das necessidades práticas da existência foram sempre a força propulsora da busca destas diferentes formas de saber. (MATALLO JR., 2007).

Na visão de Santos, Molina e Dias (2007) o conhecimento muda de acordo com a época, à medida que coloca em dúvida o conceito de verdade estabelecido. Quando conhecemos um fato, sempre nos perguntamos se ele corresponde ou não à realidade. Assim, a verdade é uma atividade histórica, e o homem foi dando fundamentos a essa verdade de acordo com sua vivência, conhecimento e crenças.

De acordo com Valente (2002, p.15) conhecimento “é o que cada indivíduo constrói como produto do processamento, da interpretação e da compreensão de uma informação”.

Somente um povo da antiguidade (século VIII a.C.) teve a preocupação mais sistemática e filosófica com as condições de formação do conhecimento: foram os gregos. Paralelamente ao conhecimento empírico legado pelos povos do Oriente, Mesopotâmia e Egito, os gregos desenvolveram um tipo de reflexão (a intuição) que se destacou pela possibilidade de gerar teorias sobre a natureza e desvincular o saber racional do saber mítico.

A ligação entre o homem e o mundo passou de sobrenatural para natural (physis). A razão (LOGOS), e não mais o mito, passou a ser fonte de explicação dos fatos, todo o universo está regido pela relação entre causa e efeito. (MATALLO JR., 2007; SANTOS; MOLINA; DIAS, 2007).

No século IV a.C., surgem as ideias de Platão trazendo a concepção de dois mundos: o material e o ideal. Mais tarde, Aristóteles, seu discípulo, discorda da proposição e afirma que não é possível haver um mundo fixo e outro em movimento, tudo o que existe se explica por si mesmo. (SANTOS; MOLINA; DIAS, 2007).

Na Idade Média, o que produzia conhecimento era a fé, que estava sempre acima da razão. O conhecimento era graça, iluminação de Deus no mundo dos mortais. Um dos pensadores que se destacaram no século IV foi Santo Agostinho, com a teoria que o homem recebe de Deus o conhecimento das verdades eternas. A influência da filosofia de Platão, considerada mais adaptável aos ideais cristãos, perdurou praticamente durante toda a Idade Média. (SANTOS; MOLINA; DIAS, 2007).

A partir do século XIII, houve um movimento que contestou as ideias que se disseminaram na Idade Média: o Renascimento. Este não explicava o mundo pela fé, nem pela natureza, nem pelo mito, mas sim pela comprovação científica. Destacaram-se nessa época grandes estudiosos, como Nicolau Copérnico (1473-1543) e Galileu Galilei (1564-1642), que embora não tivessem conseguido se libertar inteiramente da metafísica, cada um deles deu um passo decisivo no processo de formação da ciência moderna, questionamento velhos dogmas e fornecendo uma nova direção e sentido às investigações. (MATTALO JR., 2007; SANTOS; MOLINA; DIAS, 2007).

A partir do Renascimento, entramos nos tempos modernos. A fonte da verdade na Idade Moderna passa a ser novamente a razão, por meio do qual se deu a emancipação do homem. É nessa época que se destacaram René Descartes (1596-1650), Isaac Newton (1642-1727) e Francis Bacon (1561-1626), os primeiros pensadores a estruturarem o método (metas, observação, experiências e conclusão) para se construir o conhecimento científico. (SANTOS; MOLINA; DIAS, 2007).

A seguir, apresentamos a Figura 6 que ilustra o percurso histórico do conhecimento científico.

Figura 6 – Percurso histórico do conhecimento científico



Fonte: SANTOS; MOLINA; DIAS (2007)

Assim, o conhecimento científico sempre transcorre como a busca de articulações entre teoria e realidade, tendo como fio condutor o método, com a função fundamental de articular e fundamentar esses conhecimentos de maneira a proporcionar um caminho claro de investigação. (MINAYO; SANCHES, 1993).

Segundo Meadows (1999), ninguém pode afirmar quando foi que se começou a fazer pesquisa científica e, por conseguinte, quando houve pela primeira vez a comunicação científica. Mas as atividades mais remotas que tiveram impacto na comunicação científica moderna foram inquestionavelmente as dos gregos antigos. Atenas era o lugar onde as pessoas se reuniam nos séculos V e IV a.C. para debater questões filosóficas. Igualmente, o “simpósio” era uma festa dos gregos em que debates e bebidas circulavam livremente.

No que tange à tradição da pesquisa comunicada de forma escrita, são ainda as obras dos gregos, com Aristóteles, que mais contribuíram. Seus debates, precariamente conservadas em manuscritos copiados repetidas vezes, influenciaram primeiro a cultura árabe e depois a Europa Ocidental. (MEADOWS, 1999).

As universidades surgiram em uma época de transição, em que a Europa dos dogmas e do feudalismo caminhava para o renascimento do conhecimento e para a racionalidade científica. Durante todo esse período, eram grandes os debates concentrados nos choques

entre dogmas e heresias da Igreja. A preocupação maior estava em interpretar e esclarecer por luminares e pela revelação divina em vez de avançar no conhecimento científico. (BARROS; LEHFELD, 2007).

Na origem da universidade está a marca de uma etapa da humanidade para outra, bem como o sentido de buscar a liberdade do pensar e do agir, criando-se a partir daí um novo paradigma com base nos grandes avanços do conhecimento. Estes foram consequências das mudanças do modo de produção feudal para o modo de produção capitalista, em que a burguesia passa a usufruir, como patrão, da força de trabalho do camponês e artesãos. (BARROS; LEHFELD, 2007).

Nesse sentido, alteram-se as solicitações da instituição universitária, agora inserida em um conceito moderno de nação, associado a poder e riqueza. Requeria-se da universidade o acompanhamento das exigências advindas do liberalismo e da industrialização. Na França, Inglaterra e Alemanha as universidades vão se reestruturando, com respostas substanciais às reformas solicitadas para o desenvolvimento, ora mais utilitário, através do paradigma epistemológico da racionalidade e do experimentalismo, ora voltado para o conhecimento das questões socioeconômicas da sociedade, como forma de superação de seus problemas. (BARROS; LEHFELD; 2007).

A vinda da família real portuguesa para o Brasil em 1808 é considerada o marco do desenvolvimento educacional e científico no país. D. João VI iniciou as bases da educação brasileira baseado em moldes europeus. A partir dessa data, destacamos alguns marcos importantes na criação das universidades brasileiras, conforme ilustram Barros e Lehfel (2007):

- 1808: surge a Faculdade de Medicina na Bahia, resultante da evolução dos cursos de anatomia, cirurgia e medicina;
- 1854: surgem as Faculdades de Direito de São Paulo e Recife;
- Por volta de 1900, foi consolidado o ensino nos moldes de escola superior;
- Em 7 de setembro de 1920, é criada a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ);
- 1930: é formada a Universidade de Minas Gerais, reorganizada três anos depois;

- 1934: surge a Universidade de São Paulo (USP), com a preocupação de superar o simples agrupamento de faculdades. Nos seus primórdios, a Universidade de São Paulo (USP) recebeu missões estrangeiras que vieram compor os primeiros quadros de professores e pesquisadores, tais como Lévi-Straus, Roger Bastide, Blaise Cendrars, os quais contribuíram na formação da primeira geração. O modelo de universidade adotado é o francês, que se baseava no regime de cátedra. O professor catedrático, após a defesa de uma tese, tornava-se professor titular e responsável pela escolha dos temas de pesquisa de seus orientandos. Esse modelo perdurou até 1968, data da publicação da Lei 5.504/68, que encerra o modelo de cátedra e institui o regime departamental, inspirado no modelo americano, e os programas de pós-graduação no Brasil nos níveis de mestrado e doutorado. Os cursos de mestrado e doutorado são divididos em duas partes: a primeira, com o cumprimento de disciplinas e a segunda, com a realização de uma pesquisa científica, que, ao final, deverá ser defendida perante uma banca, quando se obterá o título de mestre ou doutor.
- Até meados de 1960, Darcy Ribeiro, com uma equipe de intelectuais, funda a Universidade de Brasília – UnB;
- 1996: é sancionada a nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB) no. 9394 – Lei Darcy Ribeiro, conduzindo o sistema educacional brasileiro a transformações significativas e agindo também na base da pesquisa e na dimensão política da educação;
- 2004: é constituído o Sistema de Avaliação da Educação Superior (Sinaes) sob a Lei no. 10861, com o objetivo de articular processos de avaliação das instituições de educação superior, dos cursos de graduação e tecnológicos e do desempenho de estudantes (Exame Nacional de Desempenho Estudantil).

Com o intuito de organizar a abertura dos cursos de pós-graduação, é criada, em 11 de julho de 1951, pelo Decreto nº 29.741, a Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES), cuja função é avaliar, financiar, fiscalizar, autorizar, reconhecer e acompanhar o desenvolvimento de todo o processo de um determinado programa de pós-graduação em empreendimentos públicos e privados que visam o desenvolvimento do país. (CAPES, 2010).

No site da Capes (www.capes.gov.br) encontramos todo o histórico da instituição e neste momento apresentamos, resumidamente, as partes mais importantes para conhecermos

um pouco sobre o papel que esta instituição desempenha no desenvolvimento da ciência e tecnologia em nosso país.

Era o início do segundo governo Vargas, e a retomada do projeto de construção de uma nação desenvolvida e independente era palavra de ordem. A industrialização pesada e a complexidade da administração pública trouxeram à tona a necessidade urgente de formação de especialistas e pesquisadores nos mais diversos ramos de atividade: de cientistas qualificados em física, matemática e química a técnicos em finanças e pesquisadores sociais.

Em 1953, é implantado o Programa Universitário, principal linha da CAPES junto às universidades e institutos de ensino superior. Teixeira contrata professores visitantes estrangeiros, estimula atividades de intercâmbio e cooperação entre instituições, concede bolsas de estudos e apóia eventos de natureza científica.

Em 1961, subordina-se diretamente à Presidência da República e com a ascensão militar em 1964, o professor Anísio Teixeira deixa seu cargo e uma nova diretoria assume a CAPES, que volta a se subordinar ao Ministério da Educação e Cultura.

O ano de 1965 é de grande importância para a pós-graduação: 27 cursos são classificados no nível de mestrado e 11 no de doutorado, totalizando 38 no país.

A partir de 1966, o governo começa a apresentar planos de desenvolvimento, notadamente o Programa Estratégico de Governo e o 1º Plano Nacional de Desenvolvimento (1972-1974). No plano educacional, tem-se a reforma universitária, a reforma do ensino fundamental e a consolidação do regulamento da pós-graduação (Parecer 977, de 1965).

No processo de reformulação das políticas setoriais, com destaque para a política de ensino superior e a de ciência e tecnologia, a CAPES ganha novas atribuições e meios orçamentários para multiplicar suas ações e intervir na qualificação do corpo docente das universidades brasileiras. Com isso, tem papel de destaque na formulação da nova política para a pós-graduação, que se expande rapidamente.

Em 1970, são instituídos os Centros Regionais de Pós-Graduação. Em julho de 1974, a estrutura da CAPES é alterada pelo Decreto 74.299 e seu estatuto passa a ser "órgão central superior, gozando de autonomia administrativa e financeira". O novo Regimento Interno incentiva a colaboração com a direção do Departamento de Assuntos Universitários (DAU) na

política nacional de pós-graduação, a promoção de atividades de capacitação de pessoal de nível superior, a gestão da aplicação dos recursos financeiros, orçamentários e de outras fontes nacionais e estrangeiras, a análise e compatibilidade das normas e critérios do Conselho Nacional de Pós-Graduação.

Ainda em 1970, a CAPES tem sua sede transferida do Rio de Janeiro para Brasília.

É reconhecida como órgão responsável pela elaboração do Plano Nacional de Pós-Graduação *Stricto Sensu*, em 1981, pelo Decreto nº 86.791, é também como Agência Executiva do Ministério da Educação e Cultura junto ao sistema nacional de Ciência e Tecnologia, cabendo-lhe elaborar, avaliar, acompanhar e coordenar as atividades relativas ao ensino superior.

De 1982 a 1989, a CAPES vive um período de estabilidade. A transição para a Nova República, em 1985, não traz mudanças. A continuidade administrativa torna-se uma marca da instituição, que se destaca na formulação, acompanhamento e execução da Política Nacional de Pós-Graduação.

No governo Collor, a Medida Provisória nº 150, de 15 de março de 1990, extingue a CAPES, desencadeando intensa mobilização. As pró-reitorias de pesquisa e pós-graduação das universidades mobilizam a opinião acadêmica e científica que, com o apoio do Ministério da Educação, conseguem reverter a medida (que ainda seria apreciada pelo Congresso Nacional). Em 12 de abril do mesmo ano é recriada pela Lei nº 8.028.

Hoje a CAPES reforça características que têm contribuído para seu sucesso na institucionalização da pós-graduação e para seu reconhecimento público:

- Opera com o envolvimento de docentes e pesquisadores, o que lhe confere um estilo ágil de funcionamento e se reflete na eficiência do seu trabalho;
- Atua em várias frentes, diversificando apoios e programas, em sintonia com o desenvolvimento da pós-graduação brasileira e com as novas demandas que esse desenvolvimento requer;
- Mantém seu compromisso de apoiar as ações inovadoras, tendo em vista o contínuo aperfeiçoamento da formação acadêmica.

Desempenha papel fundamental na expansão e consolidação da pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado) em todos os estados da Federação, formando uma extensa rede de atividades acadêmico-universitárias que levam a chancela da CAPES. Nos últimos anos foram criados 872 novos cursos de mestrado e 492 de doutorado. O número de alunos matriculados aumentou em 30 mil no mestrado e 19 mil no doutorado. O número de mestres e de doutores titulados entre 1996 e 2003 praticamente triplicou.

A CAPES tem sido decisiva para os êxitos alcançados pelo sistema nacional de pós-graduação, tanto no que diz respeito à consolidação do quadro atual, como na construção das mudanças que o avanço do conhecimento e as demandas da sociedade exigem.

Com o intuito de organizar toda a produção científica produzida pelas instituições de ensino superior do Brasil, a Capes criou, em março de 2001, o Banco de Teses da Capes com objetivo facilitar o acesso a informações sobre teses e dissertações defendidas junto a programas de pós-graduação do país, cujos trabalhos foram finalizados a partir do ano de 1987.

As informações são fornecidas diretamente a Capes pelos programas de pós-graduação, que se responsabilizam pela veracidade dos dados. Atualmente, permite acesso a mais de 450 mil resumos disponibilizados no Banco de Teses. (CAPES, 2010).

Nos programas de pós-graduação das instituições de ensino superior, as dissertações e teses são os produtos das pesquisas realizadas. Segundo Lopes (2006) as dissertações e teses são um acervo científico importante à medida que mostram as preocupações dos cientistas no momento da pesquisa e também podem ser estudadas sob diferentes perspectivas, permitindo análises a respeito das configurações de seus campos de estudos.

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT, 2002) define dissertação como

um documento que apresenta o resultado de um trabalho experimental ou exposição de um estudo científico retrospectivo, de tema único e bem delimitado em sua extensão, com o objetivo de reunir, analisar e interpretar informações. Deve evidenciar o conhecimento de literatura existente sobre o assunto e a capacidade de sistematização do candidato. É feito sob a orientação de um orientador (doutor), visando a obtenção do título de mestre.

Para Gondim e Lima (2006) a dissertação é, geralmente, um trabalho de menor fôlego, realizado em um período entre dois e dois anos e meio, em que o aluno demonstra que sabe utilizar determinado referencial teórico-metodológico em uma pesquisa empírica ou

bibliográfica. É um exercício de como fazer pesquisa, em que o aluno se familiariza com os procedimentos próprios da investigação científica.

A opção por uma investigação limitada a fontes bibliográficas pode ser razoável aos prazos estabelecidos pelas instituições financiadoras e pelos programas. Entretanto, o trabalho de análise de dados coletados em campo constitui-se em uma experiência ímpar para a formação do pesquisador, pois ele terá a oportunidade de lidar mais diretamente com a realidade empírica, sem depender exclusivamente da intermediação de outros pesquisadores. Uma alternativa seria trabalhar com dados já coletados de outras pesquisas. (GODIM; LIMA, 2006).

Entende-se tese como um documento que apresenta o resultado de um trabalho experimental ou exposição de um estudo científico, de tema único e bem delimitado em sua extensão, com o objetivo de reunir, analisar e interpretar informações. Deve ser elaborado com base em investigação original, constituindo-se em real contribuição para a especialidade em questão. É feito sob a orientação de um orientador (doutor), e visa a obtenção do título de doutor ou similar. (ABNT, 2002).

A tese é a defesa de uma posição diante de determinado problema. Pressupõe requisitos de autonomia intelectual e de originalidade, já que estas são condições para que alguém possa expressar uma ideia própria sobre determinado assunto. (SAVIANI, 2008).

Na tese de doutorado, segundo Godim e Lima (2006) exige-se um aprofundamento de procedimentos teórico-metodológicos, incluindo levantamento de questões e proposições originais a serem investigadas. A originalidade não significa estudar algo absolutamente novo ou desconhecido, mas utilizar novas abordagens na análise de problemas, sugerir questões inéditas e apontar elementos desconsiderados em outras abordagens.

Para Furkim (2010) o que se espera tanto das dissertações como das teses é que estas possam ser utilizadas como um dos critérios para avaliar a qualidade das pesquisas desenvolvidas nos cursos de pós-graduação ministrados em todo Brasil.

A ideia de se avaliar a ciência surgiu após a Segunda Guerra Mundial, a partir do momento em que os países desenvolvidos perceberam que, apesar dos avanços já registrados pela ciência, esta não havia sido capaz de solucionar problemas sociais, tais como a má distribuição de renda, a subnutrição e inúmeras doenças que afetavam largamente a grande parte da população mundial, ao mesmo tempo em que se verificava que a ciência era capaz de produzir armamentos bélicos cada vez mais potentes. (HAYASHI, 2001).

Assim, à medida que o conhecimento científico avança, torna-se necessário avaliar tal crescimento e os desenvolvimentos alcançados pelas diversas áreas do conhecimento.

E para ocorrer o desenvolvimento científico, muitos investimentos estão sendo direcionados pelos governantes de diversos países; com isso, torna-se evidente, a necessidade de controlar, organizar, divulgar e produzir indicadores que representem a produção técnico-científica das unidades produtoras de conhecimento, pois o desenvolvimento do conhecimento científico é muito rápido e, conseqüentemente, dinâmico, retratando o nível intelectual e profissional em uma dada região. Assim, a produção científica é algo que pode ser tangível, avaliado, dimensionado. (ALVES, 2010).

Alguns autores também chamam a atenção em relação à preocupação da comunidade científica para o ritmo acelerado das mudanças tecnológicas, aos elevados requerimentos para a pesquisa e à percepção generalizada de que o conhecimento se tornou essencial para a geração de riqueza e a promoção do bem-estar social. Essas estão entre as principais razões pelas quais têm sido realizados consideráveis esforços para identificar e produzir indicadores quantitativos e também qualitativos da produção científica, embora obviamente esses não supram a carência de um sistema de avaliação mais consistente em relação ao contexto dinâmico e complexo dos conhecimentos científicos. (ALVES, 2010; DÁVILA RODRÍGUEZ et al., 2010; BUFREM; PRATES, 2005).

Sob outra perspectiva, a avaliação da produção científica é fator de suma importância para se medir a qualidade das pesquisas nos programas de pós-graduação.

E um referencial utilizado para se avaliar a qualidade de um programa de pós-graduação tem sido a verificação da produtividade científica de docentes e discentes como um modelo efetivo de avaliação da qualidade do conhecimento produzido em um determinado campo do conhecimento.

Segundo Alves (2010), estudos dessa natureza, com enfoque tanto na avaliação dos insumos como dos produtos gerados, apresentam abordagens bastante diferenciadas e podem ser analisados em macro, meso ou micro escalas. Cada uma dessas categorias de análise pode ser subdividida e aprofundada, surgindo novas variáveis e abordagens, por campo de atuação, por pesquisadores, colaboradores, assuntos, tipos documentais, instituições, departamentos, cursos disciplina, entre outros. Existe uma riqueza de detalhes que pode e merece ser descortinada.

Portanto, esses indicadores permitem diagnosticar as potencialidades das instituições acadêmicas, oferecendo subsídios para o estabelecimento de uma política nacional de ensino e pesquisa.

Várias ferramentas foram criadas para avaliar quantitativamente e qualitativamente a produção científica das diferentes áreas do conhecimento, sendo que, cada vez mais as ciências têm se apoiado na matemática e na estatística para compreender certos fenômenos que constituem seus objetos de estudo.

Conforme explica Machado (2007), a utilização de métodos quantitativos tem como antecedente a doutrina denominada positivismo, elaborada pelo filósofo e matemático francês Augusto Comte (1798-1857), que surgiu durante a segunda metade do século XIX. O positivismo tem como principais características o empirismo, a objetivação, a experimentação, a validade, as leis e a previsão. Portanto, a ciência positivista é quantitativa, o que permite se chegar às mesmas medidas, reproduzindo-se a experiência nas mesmas condições, concluir a validade dos resultados e generalizá-los.

Para as outras áreas do conhecimento, especialmente as humanas, estão sendo realizados esforços para se quantificar os fenômenos: econometria, para a economia; sociometria, para as ciências sociais; psicometria, para a personalidade e certas habilidades do ser humano; e cienciometria, informetria, webmetria e bibliometria, para a produção e difusão do conhecimento.

No que diz respeito à cienciometria, esse termo surgiu na antiga URSS e Europa Ocidental e foi empregado especialmente na Hungria. Entre os primeiros autores a utilizá-lo estão Dobrove Karennoi, em uma publicação do *All-Union Institut for Scientific and Technical Information* (VINITI), em que definiam as bases informacionais da cienciometria, em 1969. Mas foi em 1977 que esse termo alcançou notoriedade com a publicação da revista *Sciencometrics*, editada originalmente na Hungria e atualmente na Holanda. (VANTI, 2002).

Para Spinak (1998, p. 148),

A cienciometria aplica técnicas bibliométricas na ciência. O termo ciência se refere às ciências físicas, naturais e sociais. As análises quantitativas da cienciometria consideram a ciência como uma disciplina ou atividade econômica. Por essa razão, pode estabelecer comparações entre as políticas de investigação entre os países analisando seus aspectos econômicos e sociais. Os temas que mais interessam incluem o crescimento quantitativo da ciência, o desenvolvimento das disciplinas e subdisciplinas, a relação entre ciência e tecnologia, a obsolescência dos

paradigmas científicos, a estrutura da comunicação entre os cientistas, a produtividade e a criatividade dos investigadores, as relações entre desenvolvimento científico e crescimento econômico, etc. (tradução nossa).

Segundo Macias-Chapula (1998, p. 134), a cientometria pode ser definida como:

[...] o estudo dos aspectos quantitativos da ciência enquanto uma disciplina ou atividade econômica. A cientometria é um segmento da sociologia da ciência, sendo aplicada no desenvolvimento de políticas científicas. Envolve estudos quantitativos das atividades científicas, incluindo a publicação e, portanto, sobrepondo-se à bibliometria.

Já o termo informetria, conforme explica Vanti (2002), foi proposto pela primeira vez por Otto Nacke, diretor do *Institut für Informetrie*, em Bielferd, na Alemanha, em 1979.

Macias-Chapula (1998, p. 134) define informetria como:

[...] o estudo dos aspectos quantitativos da informação em qualquer formato, e não apenas registros cartográficos ou bibliografias, referente a qualquer grupo social, e não apenas aos cientistas. A informetria pode incorporar, utilizar e ampliar os muitos estudos de avaliação da informação que estão fora dos limites da bibliometria e cientometria.

A webmetria surgiu com os avanços tecnológicos. Também é uma técnica quantitativa de medição do fluxo da informação na World Wide Web. Na França, onde muitos estudos dessa técnica estão sendo realizados, a webmetria é conhecida como *Internetometrics*. Várias medições podem ser realizadas, dentre as quais: o conteúdo e a estrutura das *home-pages* na Web, a frequência de distribuição das páginas no ciberespaço (por países, páginas pessoais, comerciais e institucionais), etc. As grandes ferramentas utilizadas para a aplicação da webmetria são os programas de busca como o Yahoo, Altavista e Google, que facilitam o processo de avaliação. (VANTI, 2002).

Nesta pesquisa optou-se por adotar a bibliometria como método de avaliação da produção científica em prematuridade presente no Banco de Teses da Capes.

Traçando uma linha cronológica, o primeiro estudo bibliométrico foi realizado por Cole e Eales em 1917, ao efetuarem uma análise estatística das publicações sobre anatomia

comparativa. O segundo estudo foi realizado em 1923 pelo bibliotecário da *British Patent Office*, Edward Wyndhsm Hulme, que fez uma análise estatística da história da ciência. O terceiro estudo, que corresponde ao primeiro trabalho registrado sobre análise de citação, foi feito por Gross e Gross, em 1927, os quais analisaram as referências encontradas em artigos de revistas sobre química indexados no *The Journal of the American Chemistry Society* de 1926. (SPINAK, 1998).

O termo bibliometria foi definido pela primeira vez por Otlet, em 1934, no seu *Traité de Documentation*, como parte da bibliografia “que se ocupa da medida ou da quantidade aplicada ao livro”. (OTLET, 1986).

Mas foi em 1969 que Alan Pritchard sugeriu a substituição do termo “bibliografia estatística” pelo termo bibliometria, que passou então a ser definido como aplicação de métodos matemáticos e estatísticos de livros e outros meios de comunicação, aconselhando sua utilização em todos os estudos que buscassem quantificar o processo de comunicação escrita.

No mesmo ano (1969), Sola Price definiu cienciometria como “a pesquisa quantitativa de todas as coisas que concernem à ciência e as que estiverem ligadas ao seu nome”.

Price, em 1976, deixa claro que o ponto central da bibliometria é a utilização de métodos quantitativos na busca por uma avaliação objetiva da produção científica. Diz que:

[...] deixando de lado os julgamentos de valor, parece clara a importância de se dispor de uma distribuição que nos informe sobre o número de autores, trabalhos, países ou revistas que existem em cada categoria de produtividade, utilidade ou o que mais desejarmos saber. (p. 39).

Para Macias-Chapula (1998), a bibliometria é uma ferramenta que permite observar o estado da ciência e da tecnologia através da produção da literatura científica como um todo, em um determinado nível de especialização. É um meio de situar a produção de um país em relação ao mundo, uma instituição em relação ao seu país e, até mesmo, cientistas em relação às suas próprias comunidades.

Para Moran et al. (2010) as leis bibliométricas fazem uso da análise matemática e estatística de dados para investigar e quantificar a produção científica sobre determinado assunto.

Portanto, a bibliometria representa todos os estudos que tentam quantificar os processos de comunicação escrita fornecendo subsídios na formulação da política científica e tecnológica nas diferentes áreas do conhecimento.

Segundo Dávila Rodríguez et al. (2010) a bibliometria assume um papel importante pois, dado ao grande auge investigativo do momento atual, com pesquisas de alto custo nas diversas áreas do conhecimento, serve como ferramenta de apoio para a tomada de decisões e direcionamento das investigações e dos recursos econômicos.

Os mesmos autores enfatizam que no campo da saúde a bibliometria surge como uma ferramenta de fácil acesso que possibilita a realização de trabalhos investigativos com alta repercussão sem a necessidade de usar seres vivos para sua realização.

Seu campo de aplicação é vasto, e segundo alguns autores (ALVES, 2010; DÁVILA RODRIGUÉZ et al. 2010; CASTILLO D.; PLETIKOSIC C.; PIZZARRO A., 2009) os indicadores bibliométricos podem determinar:

- o crescimento de qualquer campo da ciência, segundo a variação cronológica do número de trabalhos publicados no campo em estudo;
- o envelhecimento dos campos científicos, segundo a vida média das referências de suas publicações;
- a evolução cronológica da produção científica, segundo o ano de publicação dos documentos;
- a produtividade dos autores ou instituições, medida pelo número de seus trabalhos;
- a colaboração entre os pesquisadores ou instituições;
- o impacto das publicações frente à comunidade científica internacional, medido pelo número de citações que recebem em trabalhos posteriores e outros;
- seleção de livros e publicações periódicas;
- história da ciência;
- estudos sobre a sociologia da ciência.

Para a criação de indicadores bibliométricos, Velho (1989) alerta sobre a necessidade de se conhecer o cientista, seu comportamento, sua área de atuação e o contexto em que desenvolve o seu trabalho, pois esses fatores exercem papel determinante nos padrões de citação da ciência.

Por conseguinte, o uso da bibliometria não acontece sem problemas. Saes (2000) aponta algumas desvantagens no uso de indicadores bibliométricos, dos quais podemos destacar: tempo, custo e erro na coleta de dados; exigência de perfeição nos dados obtidos; publicações variadas e práticas de citação tornam difíceis as comparações; propensão às autocitações pelos cientistas e grupos de pesquisa; suposição de que qualidade e utilidade estão ligadas às citações.

Como pontos fortes, a autora aponta: eliminação de elementos arbitrários na avaliação; avaliação da contribuição de grupos de pesquisa nas fronteiras dos campos científicos; adequado para a avaliação de pesquisa básica de grupos que competem na fronteira da ciência; as análises de múltiplos indicadores são uma boa contribuição às avaliações de pesquisa na Universidade; avaliação por pares; classificação entre instituições.

Por fim, Silva (2004) esclarece que as estatísticas encontradas por meio da análise bibliométrica não constituem um fim em si, mas são mobilizadas para analisar a dimensão coletiva da atividade de pesquisa e o processo dinâmico da construção do conhecimento.

Segundo Silva e Hayashi (2011) a quantificação é elemento intrínseco das análises bibliométricas e em razão dos questionamentos sobre a superficialidade dessas análises é que surgiu, recentemente, a incorporação de um novo termo aos estudos métricos da informação, denominado neobibliometria.

Na perspectiva dessas autoras, a neobibliometria é uma ampliação do foco da análise bibliométrica em direção à construção de novos conhecimentos. Ao passo que a bibliometria se preocupava com a produção e a produtividade a neobibliometria, por meio da produção de indicadores, permite chegar até as abordagens teóricas dos pesquisadores, ultrapassando os números, caracterizando em profundidade os caminhos percorridos pelos pesquisadores, em termos de opção teórica.

Hayashi e Silva (2011) explicam que o termo *neobibliometria* ainda não foi incorporado pelos pesquisadores da área e que o pioneiro em utilizar essa metodologia foi o

peruano Alberto Quintana Peña verificando que a utilização dessa técnica é realmente viável para o mapeamento do corpus de pesquisa de um campo científico.

Como exemplo da ampliação de estudos métricos da informação as autoras citam várias pesquisas em diferentes áreas do conhecimento, tais como: Bibliometria e Espistemologia (SANCHEZ GAMBOA, 1998; SACARDO; HAYASHI, 2010), bibliometria e redes sociais (GUARIDO FILHO; MACHADO-DA-SILVA; ROSSONI, 2010; CORDEIRO; 2009), bibliometria e o estado da arte (FERREIRA, 2002), bibliometria e análise de periódicos (SILVA, 2008), entre outros.

Na presente tese foi adotada a combinação de duas metodologias, a bibliometria e a análise de redes sociais, como uma das maneiras de se ampliar o foco da análise bibliométrica, buscando compreender as relações sociais de um campo científico, no caso o campo de estudos sobre a prematuridade no Brasil, a partir do Banco de Teses da Capes.

Cabe aqui ressaltar muito brevemente o conceito de campo científico elaborado por Pierre Bourdieu para entendermos as relações estabelecidas entre os diversos atores sociais, ou seja, os pesquisadores.

O francês Pierre Bourdieu (1930-2002) foi considerado um dos maiores sociólogos de sua época, autor de diversas obras sobre teoria dos campos de produção simbólica onde procurou demonstrar que as relações de força entre os agentes sociais apresentam-se na forma transfigurada de relações de sentido. Foi professor do Collège de France, diretor de pesquisas na École des Hautes Études em Sciences Sociales, dirigiu a Revista Actes de la Recherche em Sciences Sociales e a revista internacional Liber. (BOURDIEU, 2004).

Para Bourdieu (2004, p.20), compreender a relação de uma produção cultural (literatura, ciência) não basta referir-se ao conteúdo social contentando-se em estabelecer uma relação direta entre o texto e o contexto. O que deve ser também levado em consideração é o campo científico, ou seja, o universo no qual estão inseridos os agentes e as instituições que produzem, reproduzem ou difundem a arte, a literatura ou a ciência. Esse universo é um mundo social como os outros, mas que obedece a leis sociais mais ou menos específicas.

Dentro do campo científico, Bourdieu também definiu o conceito de habitus, sendo como um conjunto de dispositivos duráveis interiorizados pelos indivíduos ao longo do processo de socialização, por meio dos quais o indivíduo incorpora relações sociais, assimila novas regras, valores e crenças de uma determinada coletividade. (BOURDIEU, 2004, p.28).

Segundo Cunha (2004) *habitus* se traduz em estrutura e percepção, classificação e avaliação de instrumentos intelectuais geradores de práticas, o que leva em um dado momento à exteriorização das práticas de um campo científico.

Apoiados nos conceitos de campo científico e *habitus* de Pierre Bourdieu, na abordagem bibliométrica e nas análises das redes sociais é que iremos demonstrar como se encontra representado o campo da prematuridade e sua interface com a Educação Especial nas teses e dissertações produzidas pelas instituições de ensino superior em todo o Brasil.

2.5 REDES DE COLABORAÇÃO CIENTÍFICA

Outra possibilidade de avaliação da produção científica é por intermédio da Análise de Redes Sociais (ARS).

Segundo o novo dicionário Aurélio da língua portuguesa, *rede* quer dizer entrelaçamento de fios e *colaboração* é o trabalho em comum com uma ou mais pessoas. (FERREIRA, 1986).

Assim, podemos dizer que na área das ciências existe também esse trabalho em rede, também denominado trabalho colaborativo, configurando, portanto, as redes de colaboração científica entre os pesquisadores das diversas áreas do conhecimento.

Diversos autores definem as redes de colaboração científica como estruturas envolvendo vários atores que se coordenam para atingir objetivos comuns através da conjugação dos respectivos esforços. (MARTELETO, 2010; FELTRE; PAULILO; MELLO, 2010; BORBINHA, 2004).

Nas Ciências Sociais, o termo *rede*, associa-se ao adjetivo “social” para especificar o campo, mas sem delimitar uma disciplina específica, uma vez que é empregado pela Antropologia, Sociologia, Economia, Ciências Políticas, Ciência(s) da Informação, Ciências da Comunicação, entre outras. Em linhas gerais, segundo Marteleto (2010), os estudos de redes sociais permitiram a construção de uma compreensão inovadora da sociedade, que ultrapassa os princípios tradicionais, nos quais o elo social é visto como algo que se estabelece em função dos papéis instituídos e das funções que lhes correspondem. De forma diferente, o conceito de redes sociais leva a uma compreensão da sociedade a partir dos vínculos relacionais entre os indivíduos, os quais reforçariam suas capacidades de atuação,

compartilhamento, aprendizagem, captação de recursos e mobilização.

A literatura internacional sobre redes sociais em geral atribui ao antropólogo A. Barnes a criação do conceito para estudar e descrever uma questão metodológica fundamental dos estudos do campo da Antropologia, que é o da extensão e não finitude das redes sociais. Ao realizar uma etnografia sobre os princípios de estratificação social numa ilha norueguesa, esse antropólogo desenvolveu uma hipótese, segundo a qual todos seus habitantes estariam interligados uns aos outros por cadeias de interconhecimentos mais ou menos extensas que não se limitam aos limites da ilha, mas ligam seus habitantes a outros sujeitos fora de seu espaço social e geográfico de pertencimento. (BARNES, A., 1954 apud MARTELETO, 2010).

Outro marco fundador do conceito de redes sociais refere-se à pesquisa realizada, em 1957, pela antropóloga E. Bott (1957), sobre o elo entre as relações conjugais e as redes de referência do casal. À época, o estudo evidenciou que a lógica de compartilhamento e divisão de tarefas entre casais é influenciada pelo pertencimento a redes sociais e, sobretudo, pelas características de tais redes. Os casais caracterizados por forte divisão de tarefas e de papéis familiares pertenciam a redes sociais de estrutura densa (familiares, de vizinhança). Essa divisão de papéis é menos acentuada em casais pertencentes a redes com menor densidade, como colegas de trabalho, de associações, entre outros. (MARTELETO, 2010).

J. C. Mitchell (1969) é mais um antropólogo da escola estruturalista inglesa que faz parte dos marcos fundadores do conceito de redes sociais. Em 1969, ao dirigir pesquisas de grupos de antropólogos na África Central, elaborou a hipótese de que a rede social e seus elos podem ser empregados para compreender e analisar o comportamento dos indivíduos que fazem parte de uma mesma rede. (MARTELETO, 2010).

Os achados desses fundadores demarcaram, anos depois, juntamente com pesquisadores da Sociologia norte-americana orientados pelos estudos empíricos da sociometria, o campo de estudos da análise de redes sociais (ARS).

Balanciere et al. (2005) traçam um breve histórico da análise de redes de colaboração científica, descrito a seguir.

O período até a década de 1960 é marcado pelo início dos estudos na área de colaboração científica. Nesse período, observaram-se as publicações, na maioria das vezes, ocorrem na forma de coautoria e que o início da colaboração começa nas relações entre

orientador e orientando. Esse período é marcado também pela teoria do “mundo pequeno”. Dentro da colaboração científica, esta teoria teve grande importância, pois se começou a pensar sobre as distâncias entre um pesquisador e outro, formadas pelas redes de pesquisadores com artigos escritos em coautoria.

Na década de 1970, as pesquisas desenvolvidas estiveram direcionadas à variabilidade das redes entre áreas do conhecimento e à dinâmica dessas relações. Algumas dessas pesquisas só foram possíveis mediante o uso de técnicas bibliométricas. Nesse período, fortalece-se a ideia de cooperação científica por coautoria.

A década de 1980 é marcada pelos questionamentos relativos à definição de colaboração, dada à variabilidade dos critérios de definição do que é um colaborador. Além disso, estudou-se a colaboração sob a ótica do impacto dos trabalhos científicos, comprovadamente maior quando estes são resultantes de um coletivo de pesquisadores.

Na década de 1990, as pesquisas confirmam a hipótese do fator de impacto de trabalho coletivo e buscam analisar outros fatores que influenciam redes de colaboração científica, como a distância geográfica e a natureza do trabalho científico.

Em 2000, Newman define rede como um conjunto de pessoas ou grupos que possuem conexões de algum tipo. As pessoas são chamadas de atores e as conexões de ligações. Assim há possibilidades de ampliação para as análises de redes por meio de instrumentos estatísticos, como cálculo do número de artigos escritos por autor, número de autores por artigo, número de colaboradores dos cientistas da rede, a distância entre a rede de um pesquisador e a outra rede, entre outras.

De acordo com Oliveira e Silva et al. (2006), a análise de redes sociais permite vários níveis de agregação entre os participantes, ou seja, os atores, definidos como aos autores dos trabalhos analisados. São eles:

Um *ator* é uma unidade discreta que pode ser de diferentes tipos: uma pessoa, ou um conjunto discreto de pessoas agregados em uma unidade social coletiva, como subgrupos, organizações e outras coletividades.

O *laço relacional*, também denominado simplesmente laço ou *ligação (linkage)*, é responsável por estabelecer a ligação entre pares de atores. Os tipos mais comuns de laços são: a avaliação individual e são classificados três categorias: laços fortes (*strongties*), laços ausentes (*absentties*) e laços fracos (*weakties*).

Os *atributos* de um ator são suas características individuais. Uma *relação* em uma rede (*relation*) define todo o conjunto de laços que respeitam o mesmo critério de relacionamento, dado um conjunto de atores.

Redes multirrelacionais são aquelas nas quais existem mais de um tipo de laço, portanto mais de uma relação (por exemplo, ‘ser parente de’ e ‘trabalhar junto com’). As relações têm duas propriedades importantes que devem ser consideradas nas pesquisas e que condicionam os métodos de análise de dados disponíveis, que são: i) *direcionamento*, podendo ser direcionais, caso no qual têm um ator como transmissor e outro como receptor (amizade, citação), ou não direcionais, caso no qual a relação é recíproca, (conhecimento, coautoria); *valoração*, podendo ser dicotômicas, o que implica sua presença ou ausência (as relações existem ou não um laço de coautoria entre 2 professores), ou valoradas, com valores discretos ou contínuos (atribui-se peso à relação ou quantos artigos forma produzidos em coautoria por um determinado número de professores).

As *díades* e as *tríades* são unidades de análise na qual são estudados dois e três atores, respectivamente, e os laços possíveis entre eles. A análise de díades busca identificar, por exemplo, se os laços são recíprocos e se, em uma rede multirrelacional, um conjunto específico de relações múltiplas tende a ocorrer simultaneamente. A *transitividade*, ou não, de uma relação (i.e. se um ator A gosta de um ator B e B gosta do ator C, então A gosta de C) é um tipo de análise feita utilizando-se o conceito de tríade. Um *subgrupo* é um subconjunto de atores e todas as possíveis relações – conjuntos de laços entre eles.

Um *grupo* é um conjunto finito que engloba todos os atores para os quais os laços de determinado tipo (i.e. uma relação) foram mensurados. Um *conjunto de atores* (*actor set*) compreende todo o conjunto de atores do mesmo tipo. Uma rede social (*social network*) consiste de um ou mais conjuntos finitos de atores [e eventos] e todas as relações definidas entre eles.

As medidas usadas na análise de redes sociais são, segundo Oliveira e Silva et al. (2006):

- *grau nodal* (em um grafo não direcionado o grau (*nodal degree*) é o número de linhas incidentes em um nó ou ator ou, de forma equivalente, o número de nós adjacentes a ele);

- *distância geodésica* (número de laços que existe no caminho mais curto entre qualquer par de nós ou atores);
- *centralidade* (conceito associado aos laços dos quais o nó ou ator participa, e se relaciona com a importância ou proeminência dos atores de uma rede social), *centro-periferia* (construído a partir das medidas de centralidade, na qual o centro se caracteriza por terem laços entre si e estarem próximos, em termos das distâncias geodésicas, ou seja, o centro é mais coeso);
- *núcleo* (*core*, um subgrafo no qual cada nó é adjacente a outros nós no subgrafo, isto é o conceito baseia-se no grau dos nós que pertencem ao subgrafo, definindo assim, um núcleo com um número mínimo de k laços entre os seus componentes ou um k-núcleo (*Kcore*));
- *cluster*: a palavra em inglês se difundiu na literatura e significa agrupamento, partição da rede em subconjunto de atores, construído a partir dos laços e a posição ocupada por eles na rede.

Para Weisz e Roco (1996), a colaboração científica oferece uma fonte de apoio para melhorar o resultado e maximizar o potencial da produção científica.

Em uma ótica social, importante ganho resultante da formação de redes científicas quando comparada a pesquisadores isolados é a ampliação do repertório de abordagens e ferramentas que advém do intercâmbio de informações e da fertilização cruzada que se verifica quando grupos distintos juntam esforços no sentido de determinada meta. (WEISZ; ROCO, 1996).

Os estudos e uso de rede de colaboração vêm crescendo significativamente nos últimos 20 anos. Tal crescimento vem ocorrendo em função do aumento da quantidade de dados disponíveis para análise, do desenvolvimento nas áreas de informática e processamento de dados como consequente aumento do poder computacional à disposição dos pesquisadores e da ampliação dos assuntos de interesse e das áreas de conhecimento que utilizam esta análise. Alguns pesquisadores demonstraram essa tendência a partir de pesquisas realizadas em base de dados de artigos científicos e programas de pesquisa. (PARREIRAS et al., 2006).

Sendo assim, diversos estudos estão sendo realizados com a intenção de identificar as redes de colaboração científica na ciência. Entre eles, destacam-se os estudos de Andretta,

Silva e Ramos (2012) e Marteleto (2010) na área da Ciência da Informação; Feltre, Paulilo e Mello (2010) na área da produção de cana de açúcar; Oliveira e Silva et al. (2006) na área da avaliação de programas de pós-graduação, mais especificamente o Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da UGMG; Mângia e Muramoto (2005) no campo da saúde e da saúde mental; Balancieri et al. (2005) utilizando a Plataforma Lattes para identificar as redes de colaboração científica em Bases de dados Internacionais, entre outros.

Na opinião de Balancieri et al. (2005) “pensar sobre a relevância da ciência demanda reconhecer a importância da informação científica, do conhecimento científico, da comunidade científica e, por conseguinte, da colaboração científica”.

A presente tese relata, nos próximos capítulos, a metodologia e os resultados obtidos por intermédio da análise bibliométrica da produção científica em prematuridade presente no Banco de Teses da Capes e as redes de colaboração científica resultante da interface entre Educação Especial e prematuridade.

3 CAMINHOS METODOLÓGICOS

Este capítulo contempla o caminho metodológico percorrido para alcançar os objetivos propostos nestapesquisa de doutorado, ou seja, desvendar o campo de estudos e as redes de colaboração em prematuridade no Brasil a partir das teses e dissertações disponibilizadas no Banco de Teses da Capes.

3.1 Considerações teóricas sobre a metodologia empregada

Quando se busca estabelecer a metodologia de um estudo, é de fundamental importância analisar detalhadamente os objetivos da pesquisa para poder optar por uma estratégia de coleta de dados que possa trazer repostas às questões que o tema suscita. (LUDKE; ANDRÉ, 1986; MARTINEZ, 1992).

Este estudo tem como objetivo descrever como se constitui o campo de estudos sobre a prematuridade no Brasil a partir do Banco de Teses da Capes e identificar as redes de colaboração científica, no âmbito da Educação Especial.

Para atender a esses objetivos o trabalho foi desenvolvido por meio de dois estudos que se complementam.

O Estudo 1 corresponde à análise bibliométrica da produção científica em prematuridade disponibilizadas no banco de teses da Capes com o objetivo de relatar o estado da arte da produção científica sobre essa temática refletida nas dissertações e teses produzidas pelas instituições de ensino superior do Brasil disponibilizadas no Banco de Teses da Capes.

O Estudo 2 envolve a identificação das redes de colaboração científica sobre prematuridade no campo da Educação Especial.

A literatura tem apontado que estudos que envolvem a configuração de um campo de pesquisa se utilizam de diferentes estratégias metodológicas que se complementam, como a pesquisa exploratória e a pesquisa descritiva ancorados nos estudos bibliométricos. (BEZERRA; NEVES, 2010; MORAN et al., 2010; LIRA et al., 2009; AQUINO, 2006).

Segundo Santos (2001) explorar é tipicamente a primeira aproximação de um tema e visa criar maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno. Quase sempre se busca

essa familiaridade pela prospecção de materiais que possam informar ao pesquisador a real importância do problema, o estágio em que se encontram as informações já disponíveis a respeito do assunto, e até mesmo, revelar ao pesquisador novas fontes de informação. Por isso a pesquisa exploratória é quase sempre feita como levantamento bibliográfico, entrevistas com profissionais, visitas a web sites, entre outros.

Após a primeira aproximação (pesquisa exploratória), o interesse é escrever um fato ou fenômeno. Por isso a pesquisa descritiva é um levantamento das características conhecidas, componentes do fato/fenômeno/problema. É normalmente feita na forma de levantamentos ou observações sistemáticas do fato/fenômeno/problema escolhido. (SANTOS, 2001a).

Para Marconi e Lakatos (2010) a pesquisa exploratória envolve a pesquisa bibliográfica enquanto busca ampliação e aprofundamento de conhecimentos que irão auxiliar a formação do referencial teórico e a elaboração a fundamentação dos resultados. A pesquisa descritiva se propõe a observar, registrar, analisar, classificar e interpretar os fatos ou fenômenos (variáveis) sem que o pesquisador interfira neles ou os manipule. A pesquisa do tipo exploratória procura descobrir, com a maior precisão possível, a frequência com que um fenômeno ocorre, sua relação e conexão com os outros, sua natureza e características. Envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados e assume, em geral, a forma de levantamento.

A grande contribuição das pesquisas descritivas, na opinião de Gil (2008), é proporcionar novas visões sobre uma realidade já conhecida.

Koche (2009) enfatiza que na pesquisa exploratória não se trabalha com a relação entre as variáveis, mas com o levantamento da presença das variáveis e da sua caracterização quantitativa ou qualitativa.

A opção pela abordagem bibliométrica deu-se, na presente investigação, pelo fato desta metodologia contribuir para o desenvolvimento de estatísticas descritivas, análises multidimensionais e representações gráficas da ciência em estudo. Todas essas avaliações são realizadas com o auxílio de indicadores, que tendem a traduzir objetivamente, em termos de quantidade e qualidade, os resultados estatísticos. (HAYASHI et al., 2007).

Com relação a todas as discussões existentes nas ciências humanas em relação à pesquisa quantitativa e à pesquisa qualitativa, observou que estas estão sendo amenizadas, dando lugar para a utilização de abordagens multimétodos.

Na visão de Günther (2006) ambas as abordagens têm suas vantagens, desvantagens, pontos positivos e pontos negativos, considerando que o método escolhido deve se adequar à pergunta de uma determinada pesquisa. O desafio é encontrar e usar a abordagem teórico-metodológica que permita, num mínimo de tempo, chegar a um resultado que melhor contribua para a compreensão do fenômeno e para o avanço do bem-estar social.

Assim, a presente pesquisa desenvolvida adota a abordagem multimétodo, ou seja, é uma pesquisa de natureza qualitativa e quantitativa.

Para Brandão (2010), tem sido frequente a divisão dos pesquisadores entre os que apostam na pesquisa qualitativa e os que se dedicam à quantitativa. Do ponto de vista da autora, a questão que se coloca para os pesquisadores não é se as abordagens que se utilizam de materiais quantitativos são mais ou menos adequadas para os estudos dos fenômenos do que as que utilizam os materiais qualitativos; a questão está em ser capaz de selecionar os instrumentos de pesquisa em consonância com os problemas que se deseja investigar. Os antagonismos quantitativo/qualitativo são improcedentes; informações e dados objetivos, assim como depoimentos e entrevistas em profundidade, podem ser produzidos de uma perspectiva positivista. A maturidade de um pesquisador pode ser aquilatada pela capacidade de fazer a melhor opção entre as alternativas postas para a análise de seu objetivo, o rigor com que elabora suas referências, o cuidado com que escolhe seus instrumentos de pesquisa e cautela com que interpreta os resultados do processo de investigação: é a tão afirmada, mas nem sempre praticada, construção do objeto.

3.2 Estudo 1: considerações teóricas sobre a análise de conteúdo

A organização da presente pesquisa foi baseada segundo critérios de análise de conteúdo, comportando técnicas como levantamento quantitativo e qualitativo de termos, assuntos recorrentes e criação de códigos para facilitar o controle e manuseio. Para isso foi utilizada a análise de conteúdo, que segundo Bardin (2010) baseia-se em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação, e posteriormente, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias. Com a análise de conteúdo pode se decifrar, em cada texto, o núcleo emergente que atende ao propósito da pesquisa, etapa esta que se constitui em um processo de codificação, interpretação e inferências sobre as informações contidas nas publicações,

desvelando seu conteúdo manifesto e latente. Essas inferências podem ser denominadas categorias. (PIMENTEL, 2001).

A construção de categorias não é tarefa fácil. Elas brotam, num primeiro momento, do arcabouço teórico em que se apoia a pesquisa. Esse conjunto inicial de categorias, no entanto, vai ser modificado ao longo do curso, num processo dinâmico de confronto constante entre teoria e empiria, o que origina novas concepções e, conseqüentemente, novos focos de interesse. (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Segundo Bardin (2010, p.57) “um sistema de categorias é válido se puder ser aplicado com precisão ao conjunto da informação e se for produtivo no plano das inferências”. Para isso, são realizadas as operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, é necessário descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação, e posteriormente, realizar o seu agrupamento em classes ou categorias.

As categorias devem refletir os propósitos da pesquisa e o sistema adotado deve ser passível de reprodução por outro juiz, isto é, deve ser validado por um segundo analista, que, tomando o mesmo material, pode julgar se o sistema de classificação faz sentido em relação aos propósitos e se esses dados foram adequadamente classificados nas diferentes categorias. (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Para o estabelecimento do índice de concordância para a delimitação de categorias foi escolhido o índice de concordância de Kappa.

Segundo Perroca e Gaidzinski (2003, p.74) “o coeficiente Kappa pode ser definido como uma medida de associação usada para descrever e testar o grau de concordância (confiabilidade e precisão) na classificação”. O índice se caracteriza por diferentes faixas para os valores, segundo o grau de concordância. Os valores acima de 75% representam excelente concordância. Valores abaixo de 40% representam baixa concordância e os valores situados entre 40 e 75% representam concordância mediana.

3.2.1 Estudo 1: procedimentos utilizados para a realização da análise bibliométrica

O estudo 1 corresponde à análise bibliométrica da produção científica sobre a temática prematuridade disponibilizada no Banco de Teses da Capes no período de 1987 a 2009, foi dividido em quatro etapas.

A etapa 1 consistiu na construção do referencial teórico por meio de literatura científica das áreas de Educação Especial, Ciência da Informação e Prematuridade para embasar cientificamente a pesquisa. Foram consultados documentos e a literatura destas áreas do conhecimento no sentido de buscar subsídios para desvelar os seguintes aspectos relacionados à produção científica: a) aspectos históricos da produção do conhecimento; b) comunicação científica; c) avaliação da produção científica; d) produção científica em prematuridade; e) análise bibliométrica da produção científica em prematuridade; f) análise de conteúdo.

A etapa 2 consistiu na coleta de dados sendo utilizados com fonte de dados os resumos das teses e dissertações disponibilizadas no Banco de Teses da Capes que apresentaram a temática da prematuridade. A coleta foi realizada no endereço eletrônico da Capes (www.capes.gov.br), abrangendo o período de 1987 a setembro de 2009.

A etapa 3 contemplou a organização, o tratamento e a construção dos indicadores bibliométricos dos registros coletados utilizando o sistema operacional Windows XP Professional pelo programa Microsoft Office Excel 2007.

Nesta fase foi elaborado um protocolo (APÊNDICE A) para a coleta de dados com o objetivo de padronizar as informações coletadas em cada registro. Os campos de informação foram:

- Autor: nome completo do autor do trabalho
- Gênero do autor: masculino ou feminino
- Título do trabalho
- Orientador(es): nome completo do(s) orientador(es) do trabalho
- Gênero do(s) orientador(es): masculino ou feminino
- Nível do trabalho: mestrado ou doutorado
- Ano: ano de defesa do trabalho

- Instituição de Ensino Superior
- Região da Instituição de Ensino Superior
- Nome do Programa de Pós-Graduação
- Agência de fomento da pesquisa
- Área de conhecimento do Programa de Pós-Graduação
- Linha de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação
- Tipo de pesquisa: pesquisa qualitativa ou pesquisa quantitativa
- Objetivo principal do trabalho
- Local de coleta de dados
- Participantes da pesquisa
- Metodologia

Considerou-se que seria importante submeter o protocolo preenchido a uma avaliação técnica de dois leitores independentes (APÊNDICE B), para verificar a clareza, objetivo, conteúdo e adequação do protocolo ao objetivo do estudo.

Depois de organizar os dados, o tratamento baseou-se em um processo de inúmeras leituras e releituras dos resumos das dissertações e teses sobre prematuridade para tentar detectar os temas mais frequentes, culminando na construção das categorias dos estudos em prematuridade.

A categoria objetivo dos estudos foi dividida em duas novas categorias: Temática Principal (TP) e Temática Secundária (TS).

Entende-se por temática principal os registros que tratam diretamente do assunto prematuridade. A prematuridade é tratada como tema central e está explicitado nos objetivos da proposta. No processo de classificação esses registros foram identificados com a sigla TP.

O Quadro 1 apresenta como exemplo o resumo de um registro classificado como TP.

Quadro 1 – Exemplo de resumo classificado como TP

Resumo: O uso do copinho e da mamadeira como método para administração da alimentação complementar em recém-nascidos vem sendo discutido através de diferentes enfoques, e quando se trata de recém-nascidos pré-termo o assunto é controverso. Na literatura, os estudos que tem por objetivo analisar o impacto dos dois métodos na sucção ao seio não utilizam metodologias que sejam capazes de medir as variações na pressão gerada pelo recém-nascido durante a sucção nutritiva ao seio materno. O objetivo neste estudo foi analisar os padrões de sucção ao seio materno após o uso do copinho e da mamadeira em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso ao nascer em dois momentos: ao iniciar a dieta por via oral e na alta. Foram admitidos no estudo todos os pré-termos no IFF entre fevereiro de 2006 e outubro de 2008, que obedeceram aos critérios de inclusão: peso de nascimento menor que 1500g; idade gestacional de 26 a 32 semanas e seis dias; estáveis clinicamente; ausência de malformações em face, cabeça, nos pulmões, e ausência de malformações múltiplas; ausência de asfíxia grave; ausência do diagnóstico de displasia bronco pulmonar; filhos de mães com sorologia negativa para HIV e que expressavam o desejo de amamentar. Antes do início da dieta por via oral os recém-nascidos foram submetidos a avaliação da sucção nutritiva ao seio materno que foi realizada por meio do registro da mudança da pressão intra oral da sucção através de um transdutor de pressão conectado a um cateter localizado no seio materno. Após esta avaliação os recém-nascidos foram sorteados para o grupo que recebia a dieta suplementar ou por copinho ou por mamadeira e ambos os grupos permaneciam no seio materno. Na alta a avaliação da sucção foi repetida. O registro destas avaliações permitiu verificar as mudanças ocorridas nos parâmetros temporais da sucção ao seio materno. Observamos que os recém-nascidos sorteados do grupo da mamadeira tiveram um desempenho melhor na sucção ao seio materno no momento da alta que aqueles do grupo do copinho.

Fonte: Banco de Teses da Capes

Na categoria temática secundária, embora o tema principal não aponte a prematuridade, o assunto emerge dos resultados como fazendo parte dos estudos. Esses registros foram identificados com a sigla TS.

O Quadro 2 apresenta um exemplo de resumo classificado como TS.

Quadro 2 – Exemplo de resumo classificado como TS

Resumo: Este estudo analisou as causas e as características de 153 óbitos neonatais de mães residentes no município de Teresina, ocorridos em instituições hospitalares públicas no ano de 2007. Trata-se de uma pesquisa transversal e retrospectiva. Os dados foram recolhidos de: Declaração de Nascidos Vivos, Declaração de Óbito, prontuários maternos e de recém-nascidos, perfazendo um total de 153 casos de óbitos no período de 01/01/2007 a 30/12/2007. Foram analisadas variáveis maternas, gestacionais, do parto e do recém-nascido. Os dados foram processados no programa SPSS (versão 9.0), sendo realizada a análise univariada e o teste qui-quadrado para associação das variáveis. Este trabalho observou um predomínio de mães com idade 20 e 34 anos (60,78%), que não trabalhavam em atividades remuneradas (59,48%), solteiras (53,59%), com 4 a 7 anos de estudo (39,87%). Quanto aos aspectos gestacionais, encontraram-se múltiparas (49,67%), sem ocorrência de abortos anteriores (72,55%), sem natimortos em gestações anteriores (83,01%), a gestação única foi destaque em 89,54% dos casos, 51,63% desenvolveram problemas durante a gestação e a maioria realizou pré-natal (70,59%). O tipo de parto predominante foi o vaginal (67,97%), o sexo masculino foi o mais observado (55,56%), o peso ao nascer de 500 a 1499g ocorreu em 52,29%, os óbitos eram 62,09% de prematuros prevalecendo no período neonatal precoce (79,74%) e a primeira causa básica de óbito foi a prematuridade extrema (20,26%). Para enfrentar a mortalidade neonatal se faz necessário o desenvolvimento de ações e políticas públicas que garantam assistência adequada à gestante e ao recém-nascido.

Fonte: Banco de Teses da Capes

O Banco de Teses da Capes disponibiliza a produção científica no período entre 1987 a 2009 e o acesso se dá pelo endereço eletrônico <http://servicos.capes.gov.br>. O banco permite a busca por autor, assunto, instituição, com as opções: “todas as palavras”, “qualquer uma das palavras” e expressão exata” e pelo nível e ano base (Figura 7).

Figura 7 – Tela inicial do Banco de Teses da Capes

Fonte: Banco de teses da Capes

A coleta de dados foi realizada no período de 20 a 30 de setembro de 2010, sendo utilizados 19 termos de busca no campo assunto com a opção expressão exata (Figura 8).

Figura 8 – Resultado da busca

Resultado	Conteúdo	Ano
ADILSON DE OLIVEIRA	Comparação de Métodos de Detecção de Biotina em Estafilococcus Coagulase-Negativa Provenientes de Infecções em Recém-Nascidos	01/06/2008
JACKILDO BORTOLINI REBORDO	FATORES DE RISCO PARA MORTALIDADE NEONATAL EM CRIANÇAS COM BAIXO PESO AO NASCER: UM ESTUDO DE COORTE - RECIFE, 2001 a 2002	01/03/2008
ADRIANA DE MENEZES MELO	Avaliação da mamada em recém-nascidos prematuros	01/06/2008
ADRIANA DO VALLE GRACA	LÓPUS ENTENATOSO SISTÊMICO E GESTAÇÃO: ESTUDO DE PREDItores CLíNICOS E LABORATORIAS DO RESULTADO GESTACIONAL	01/01/2003
Adriana Gus Lopes Ricotta	Aspecto epidemiológico, etiológico e laboratorial da infecção pelo vírus sincicial respiratório em crianças menores de um ano, internadas com doença respiratória aguda	01/03/2008
JORMANA REIS BRUNEL	CRANÍO E ADOLESCENTES COM SOBREPESO OU OBESIDADE: AVALIAÇÃO DA REAÇÃO METABÓLICA POR MEIO DA DOÇAGEM DA PROTEÍNA C-reativa ULTRA-SENSÍVEL E PREVALÊNCIA DE ENDOCRINO METABÓLICA	01/03/2009
ALAN ARAUJO VIEIRA	Nutrição e crescimento do recém-nascido de muito baixo peso: um desafio para a prática perinatal	01/06/2003
ALBERICO PEREIRA FILHO	Avaliação da influência do aleitamento materno de alto risco, de 1992 a 1999, na mortalidade neonatal precoce da Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba	01/09/2002
ALEXANDRE RESENDE FRAGA	Resistência Escalar em Crianças e Adolescentes de São Horácio: fatores de risco	01/01/2003
Alexandre Zucotto Barragat de Andrade	Estudo Comparativo entre a Subvenção Econômica à Inovação Operada pela Finep e Programas Correlatos de Subsídio em Países Desenvolvidos	01/05/2009

Fonte: Banco de teses da Capes

As expressões de busca utilizadas para a coleta dos registros relacionados à prematuridade foram:

- 1) Prematuro
- 2) Bebê prematuro
- 3) Prematuro fatores de risco
- 4) Recém-nascido fatores de risco
- 5) Bebês fatores de risco
- 6) Criança prematura
- 7) Neonato fatores de risco
- 8) Nascimento prematuro
- 9) Lactente
- 10) Lactente prematuro
- 11) Bebê de risco
- 12) Recém-nascido prematuro
- 13) Recém-nascido pré-termo
- 14) Muito baixo peso prematuro
- 15) Baixo peso prematuro
- 16) Pré-termo
- 17) Bebê pré-termo
- 18) Criança pré-termo
- 19) Lactente pré-termo

Esses termos são comumente encontrados na literatura como palavras-chaves nas teses e dissertações sobre a temática da prematuridade e não como descritores.

No primeiro momento foram recuperados 4041 registros que abarcavam os termos utilizados para coleta. Após leituras e releituras de todos os resumos foi verificada a necessidade de excluir registros duplicados e também os que não se relacionavam à temática, como estudos na área de veterinária, biologia, agronomia e engenharia. Assim, foram selecionadas 1173 teses e dissertações que representam o escopo do trabalho, ou seja, o campo de estudos sobre prematuridade disponibilizadas no Banco de Teses da Capes.

As teses e dissertações disponibilizadas no Banco de Teses pela Capes possuem a seguinte configuração na tela: nome do autor, título do trabalho e data de defesa. Ao clicar em um dos resultados podemos ver o registro integral: Nome do autor; Título do trabalho; Data

da defesa; Volume; Número de páginas; Nível de graduação; Instituição; Tema; Orientador; Biblioteca depositária; E-mail do autor; Palavras-chave; Áreas do conhecimento; Banca examinadora; Linhas de pesquisa; Agência financiadora do discente ou autor da tese/dissertação; Idioma; Dependência administrativa e Resumo (Figura 9).

Figura 9 – Exemplo de registro completo

RESUMO
<p>ADRIANA DE MEDEIROS MELO. Avaliação da mamada em recém-nascidos prematuros. 01/06/2008 1v. 71p. Mestrado. UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE Orientador(es): MÔNICA MARIA OSÓRIO DE CERQUEIRA Biblioteca Depositaria: BIBLIOTECA CENTRAL - UFPE</p> <p>Email do autor:</p> <p>Palavras - chave: Aleitamento materno; técnicas de avaliação; Recém-nascido pré-termo</p> <p>Área(s) do conhecimento: NUTRIÇÃO PEDIATRIA SAÚDE MATERNO-INFANTIL</p> <p>Banca examinadora: BIANCA ARRUDA MANCHESTER DE QUEIROGA CLEIDE MARIA PONTES SONIA BECHARA COUTINHO</p> <p>Linha(s) de pesquisa: EPIDEMIOLOGIA DA MORBIMORTALIDADE DO FETO E DO RECÉM-NASCIDO: Estudo dos fatores determinantes e das consequências, a curto e médio prazo, da prematuridade e do retardo de crescimento intra-uterino. Perfil da morbimortalidade neonatal no Nordeste do Brasil. Estudos de intervenção.</p> <p>Agência(s) financiadora(s) do discente ou autor tese/dissertação:</p> <p>Idioma(s): Português</p> <p>Dependência administrativa Federal</p> <p>Resumo tese/dissertação: Esta dissertação é composta por dois capítulos: uma revisão da literatura e um artigo original. Na revisão da literatura foram pesquisados em livros e teses e na base de dados Lilacs, Scielo e Medline, temas sobre a avaliação das mamadas, considerando os instrumentos utilizados na comunidade científica. Para tanto, foram usados os descritores: breastfeeding, evaluationtechniques, infant, premature, lowbirth weight. A literatura internacional mostra uma importante preocupação na duração do aleitamento materno exclusivo, investigando fatores que podem levar ao insucesso na amamentação. Outro aspecto que vem sendo discutido é a forma de avaliar as mamadas no binômio mãe/bebê. Têm sido elaborados e testados diversos instrumentos com o objetivo principal de assessorar o aleitamento, identificando as mães e os bebês com riscos de insucesso no estabelecimento do aleitamento exclusivo. Na literatura nacional, os estudos são escassos e o enfoque maior é direcionado aos bebês de termo, deixando uma lacuna na avaliação da mamada nos bebês prematuros ou de baixo peso. Para o artigo original foi realizado um estudo descritivo transversal com a finalidade de avaliar as condições da mamada no início do aleitamento materno exclusivo e analisar a sua associação com algumas variáveis maternas, do parto e puerpério em recém-nascidos prematuros no Alojamento Mãe-Canguru da Maternidade Escola Santa Mônica, Maceió-AL. Foram analisados aspectos relativos ao bebê e sua mãe durante a avaliação da mamada, utilizando um protocolo adaptado de Sanches. Nesta pesquisa encontraram-se índices favoráveis e indicativos de possíveis dificuldades no início do aleitamento materno exclusivo nos binômios mães/bebês. Destacaram-se as maiores dificuldades nos aspectos relacionados à mama, posição do bebê durante a mamada e condições de ordenha ao peito. Não houve associação significativa entre a maioria dos aspectos das mamadas e as variáveis referentes às condições maternas, do parto e do puerpério. Conclui-se que os maiores percentuais desfavoráveis ao aleitamento materno encontrados no estudo são aspectos fundamentais das técnicas de amamentação que precisam ser incorporados pela equipe interdisciplinar, e assim, serem repassados às mães, na tentativa de evitar o possível comprometimento da efetividade do aleitamento.</p>

Fonte: Banco de teses da Capes

Cada um dos registros selecionados teve suas informações transportadas para uma planilha eletrônica (protocolo de coleta de dados) e os dados foram obtidos pela aplicação da análise bibliométrica utilizando ferramentas automatizadas para publicação.

De um total de 1173 registros, 200 (11,28%) foram classificados por um especialista no assunto da prematuridade, onde o mesmo estabeleceu as categorias TP, TS. Outros dois juízes, também especialistas na área, receberam treinamento ministrado pela pesquisadora sobre os objetivos do trabalho (APÊNDICE C e D).

O treinamento é um procedimento importante, pois reduz as variações entre os examinadores. O trabalho dos juízes também é de fundamental importância, pois permite estabelecer com precisão as categorias pertinentes ao estudo.

O percentual de concordância entre os dois juízes foi obtido pela seguinte equação:

$$C = \frac{C}{C + D} \times 100$$

O percentual de concordância (C) é igual ao número de concordância, dividido pelo total de casos avaliados por ambos os juízes (C+D) e multiplicado por 100.

Após a classificação dos registros pelos juízes e posterior análise dos resultados, o índice de concordância ficou estabelecido em 78,5%.

Também foram selecionados dados para a elaboração de mais três categorias: concepção dos estudos, participantes das pesquisas e metodologia dos registros que compõem o *corpus* da presente pesquisa.

A quarta e última etapa consistiu na análise e interpretação dos resultados encontrados, recuperando-se os conceitos expostos no referencial teórico sobre produção científica em prematuridade para fundamentar as análises dos dados obtidos. Alguns indicadores foram representados por meio de tabelas e outros por meio de gráficos e figuras, propiciando uma melhor visualização dos resultados obtidos.

É importante ressaltar que os dados coletados e analisados são de domínio público e encontram-se disponibilizados no endereço eletrônico: www.capes.gov.br. Neste contexto os aspectos éticos da pesquisa científica referem-se à honestidade e precisão com relação aos dados coletados, o que implicou em respeito à autoria científica e fidedignidade às ideias dos autores e estudos analisados. Na análise quantitativa a postura ética é fundamental para evitar possíveis distorções de dados estatísticos que poderão comprometer as interpretações.

3.3 Estudo 2: procedimentos para a identificação das redes de colaboração científica sobre prematuridade no campo da Educação Especial

A utilização da Análise de Redes Sociais foca a identificação das redes de colaboração científica entre os pesquisadores resultante da interface entre a Educação Especial e a Prematuridade, identificada pelas teses e dissertações que pertenciam à Programas de Pós-Graduação voltados para a Educação Especial.

A opção pela seleção desses registros se deu em virtude da prematuridade ser um dos fatores de risco que pode comprometer o crescimento e o desenvolvimento dos indivíduos, onde as crianças nascidas sob essa condição podem apresentar alterações de crescimento e desenvolvimento, retardo mental e distúrbios de aprendizagem. Por isso, diversos campos do conhecimento têm se preocupado em estudar a prematuridade, entre eles, podemos citar a Educação Especial.

Sendo assim, foi possível selecionar nos 1173 trabalhos sobre a temática da prematuridade os que pertenciam especificamente a Programas de Pós-Graduação em Educação Especial ou programas que possuíam linhas de pesquisa voltadas para a Educação Especial.

Para isso, em cada registro foram observados os campos “Áreas do conhecimento” e “Linhas de pesquisa”, conforme os exemplos abaixo.

Figura 10 – Exemplo de registro para identificar área do conhecimento

RESUMO
<p>CibelleKayenne M. Roberto Formiga (M). PROGRAMA DE INTERVENÇÃO COM BEBÊS PRÉ-TERMO E SUAS FAMÍLIAS: AVALIAÇÃO E SUBSÍDIOS PARA PREVENÇÃO DE DEFICIÊNCIAS. 01/11/2003</p> <p>1v. 222p. Mestrado. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – EDUCAÇÃO ESPECIAL (EDUCAÇÃO DO INDIVÍDUO ESPECIAL)</p> <p>Orientador (es): Elisete Silva Pedrazzani</p> <p>Biblioteca Depositária: BIBLIOTECA COMUNITÁRIA DA UFSCAR</p> <p>Email do autor: cibellekayenne@gmail.com</p> <p>Palavras – chave: bebê pré-termo, intervenção precoce</p> <p>Área(s) do conhecimento: EDUCAÇÃO ESPECIAL ← ENFERMAGEM PEDIÁTRICA FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL</p> <p>Banca examinadora: Elisete Silva Pedrazzani Eloisa Tudella Maria Beatriz Martins Linhares</p> <p>Linha(s) de pesquisa: ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA EM EDUCAÇÃO ESPECIAL: PREVENÇÃO DE DEFICIÊNCIAS Estuda fatores de risco em relação às necessidades educativas especiais e desenvolve procedimentos para diagnóstico e prevenção que possam ser aplicados em serviços públicos de educação e saúde, com objetivos de atenção primária e secundária.</p> <p>Agência(s) financiadora(s) do discente ou autor tese/dissertação: CNPq</p> <p>Idioma(s): Português</p> <p>Dependência administrativa Federal</p> <p>Resumo tese/dissertação: A identificação precoce dos desvios do desenvolvimento em bebês pré-termo vem se destacando em vários estudos que enfatizam a prevenção de deficiências pela possibilidade de um melhor prognóstico por meio de serviços educacionais especializados ou outras medidas de reabilitação. Além disso, os programas de intervenção vêm enfatizando a participação dos pais a fim de torna-los parte integrante e coresponsáveis do desenvolvimento de seus filhos. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a eficácia de um programa de intervenção precoce com bebês pré-termo com e sem o treinamento dos pais. Participaram do estudo 08 bebês pré-termo, de ambos os sexos, com idade gestacional média de 32 semanas, idade cronológica média de 3 meses e 6 dias e suas respectivas famílias. O estudo foi desenvolvido no setor de Fisioterapia em Neuropediatria da UFSCar e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade. O delineamento usado foi do tipo experimental e os participantes foram divididos aleatoriamente em dois grupos distintos: controle e experimental. O grupo controle era formado por quatro bebês que realizavam fisioterapia e os pais não receberam orientação e treinamento para trabalharem os filhos em domicílio. O grupo experimental era composto de quatro bebês que receberam o tratamento de fisioterapia e cujos pais foram orientados e treinados para a continuação do programa em casa. O estudo teve uma duração de 4 meses e foram utilizados como instrumentos de medida do desenvolvimento dos bebês o Inventário Portage Operacionalizado (IPO) e a Alberta Infant Motor Scale (AIMS). Todos os dados das fichas de avaliação e filmagens das avaliações mensais e sessões semanais foram registrados e analisados em dois aspectos: comportamento dos bebês e comportamento dos pais. As categorias de análise do desenvolvimento sensório-motor foram de acordo com os itens propostos na AIMS e nos itens de treino do IPO. O tratamento estatístico utilizado foi o método de regressão para comparar a evolução obtida entre os grupos controle e experimental. A análise da participação dos pais no programa de intervenção foi avaliada em três aspectos: comportamentos instalados nos mediadores; desempenho dos mediadores enquanto observadores; opinião dos mediadores sobre o programa de intervenção. Os resultados demonstraram que os dois grupos de bebês tiveram evoluções significativas em todas as áreas do desenvolvimento analisadas e quando comparados os grupos verificou-se que o grupo experimental apresentou uma evolução superior à apresentada pelo grupo controle. Em relação à participação das famílias no programa de intervenção, verificou-se que os pais do grupo experimental apresentam um bom nível de envolvimento, com instalação de comportamentos em relação aos treinos com a criança e os dois grupos demonstraram satisfação em participar da pesquisa com base na evolução obtida pelos filhos. Com base nestes resultados, pode-se afirmar que a participação dos pais associada ao programa de intervenção aplicado beneficiou significativamente o desenvolvimento motor dos bebês do presente estudo.</p>

Fonte: Banco de Teses da Capes

Figura 11 – Exemplo de registro para identificar linha de pesquisa

RESUMO
<p>DANIELA LOBO D'AVILA. A PREMATURIDADE E O EXTREMO BAIXO PESO COMO FATOR DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL. 01/03/2008</p> <p>1v. 154p. Mestrado. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - EDUCAÇÃO</p> <p>Orientador (es): Maria Alcione Munhóz</p> <p>Biblioteca Depositária: CENTRAL E SETORIAL</p> <p>Email do autor:</p> <p>Palavras - chave: Educação Especial, desenvolvimento infantil; prematuridade.</p> <p>Área(s) do conhecimento: EDUCAÇÃO</p> <p>Banca examinadora: CLARISSA SELIGMAN GOLBERT Maria Inês Naujorks</p> <p>Linha(s) de pesquisa: ←</p> <p>Educação Especial Desenvolve investigações a respeito da diferença e da inclusão. Explora temas como:avaliação, deficiência mental, altas habilidades,surdez e políticas públicas de Educação Especial.</p> <p>Agência(s) financiadora(s) do discente ou autor tese/dissertação: CAPES - DS</p> <p>Idioma(s): Português</p> <p>Dependência administrativa Federal</p> <p>Resumo tese/dissertação: RESUMO Dissertação de Mestrado Programa de Pós-Graduação em Educação Universidade Federal de Santa Maria A PREMATURIDADE E O EXTREMO BAIXO PESO COMO FATOR DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL AUTORA: DANIELA LOBO D'AVILA ORIENTADORA: MARIA ALCIONE MUNHÓZ CO-ORIENTADOR: FLEMING SALVADOR PEDROSO Data e Local da Defesa: Santa Maria, 31 de março de 2008. Este estudo desenvolveu-se na linha de pesquisa em Educação Especial do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). O trabalho buscou pesquisar o desenvolvimento infantil de crianças nascidas prematuras e com extremo baixo peso (EBP), ou seja, com peso abaixo de 1000g, atendidas na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2005. Foram consideradas, como variáveis principais do desenvolvimento infantil, as aquisições das habilidades motoras e da linguagem, sendo avaliadas por meio da entrevista familiar e do Teste de Triagem de Denver II (TTDD II). Nos três anos estudados 33 RN obtiveram alta hospitalar. Dentre estes, 10 RN foram selecionados por serem moradores da cidade de Santa Maria/RS. Pode-se verificar que 70% das crianças indicaram uma maior suspeita e/ou atraso nas funções da linguagem, ressaltando que, desse índice, apenas 10% está relacionado ao motor. Indicou-se ainda que quanto maior o índice de intercorrências diagnosticadas no período neonatal, maior foi o índice de suspeita de atraso na linguagem descritas pelo TTDD II, no seu desenvolvimento posterior, corroborando com os critérios de prematuridade e EBP como fator de risco ao desenvolvimento infantil posterior. Nesse sentido, a responsabilidade de áreas educacionais como a Educação Especial continua na qualidade de sobrevivência e na estimulação destas crianças, como um empreendimento primordial da prevenção secundária, incentivando as áreas potenciais na prevenção de possíveis atrasos conseqüentes ao desenvolvimento infantil. Palavras-chave: educação especial, desenvolvimento infantil, prematuridade e extremo baixo peso.</p>

Fonte: Banco de Teses da Capes

Foram identificados nove registros pertencentes ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos e três vinculados à Programas de Pós-Graduação em Educação, com linha de pesquisa voltada para a Educação Especial, representando respectivamente a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

A partir desses doze registros foram selecionados os currículos dos professores orientadores das dissertações e teses para compor a rede de colaboração científica. Para tanto foi utilizada a Plataforma Lattes, o Currículo Lattes, com coleta de dados em Janeiro de 2012, para extrair as publicações no formato de livros, capítulo de livros, artigos e trabalhos completos apresentados em congressos. Esses pesquisadores, segundo Guarido Filho (2008), formam a base social com as interações sociais entre autores ou grupo de autores num campo intelectual de suas produções científicas.

A escolha da Plataforma Lattes como fonte de dados ocorreu por esta ser uma fonte de informação que representa a experiência do CNPq na integração de bases de dados de Currículos, de Grupos de pesquisa e de Instituições em um único Sistema de Informações, contendo mais de 1.140.000 currículos de doutores e mestres. Sua dimensão atual se estende não só às ações de planejamento, gestão e operacionalização do fomento do CNPq, mas também de outras agências de fomento federais e estaduais, das fundações estaduais de apoio à ciência e tecnologia, das instituições de ensino superior e dos institutos de pesquisa. Além disso, se tornou estratégica não só para as atividades de planejamento e gestão, mas também para a formulação das políticas do Ministério de Ciência e Tecnologia e de outros órgãos governamentais da área de ciência, tecnologia e inovação. (CNPq, 2012).

O Currículo Lattes tornou-se um padrão nacional no registro da vida pregressa e atual dos estudantes e pesquisadores do país, e é hoje adotado pela maioria das instituições de fomento, universidades e institutos de pesquisa do País. Por sua riqueza de informações e sua crescente confiabilidade e abrangência, se tornou elemento indispensável e compulsório à análise de mérito e competência dos pleitos de financiamentos na área de ciência e tecnologia (CNPq, 2012).

A disponibilização pública dos dados da Plataforma na Internet dão maior transparência e mais confiabilidade às atividades de fomento do CNPq e das agências que a utilizam, fortalecem o intercâmbio entre pesquisadores e instituições e é fonte inesgotável de informações para estudos e pesquisas. Na medida em que suas informações são recorrentes e cumulativas, têm também o importante papel de preservar a memória da atividade de pesquisa no país. (CNPq, 2012).

A escolha do tipo de material baseou-se nas observações de Meadows (1999) que enfatiza que os livros, capítulos de livros, artigos e trabalhos completos publicados em eventos são os tipos de produções mais utilizadas para disseminar os resultados das pesquisas, pois respeitam procedimentos rigorosos para sua divulgação tais como a avaliação por pares.

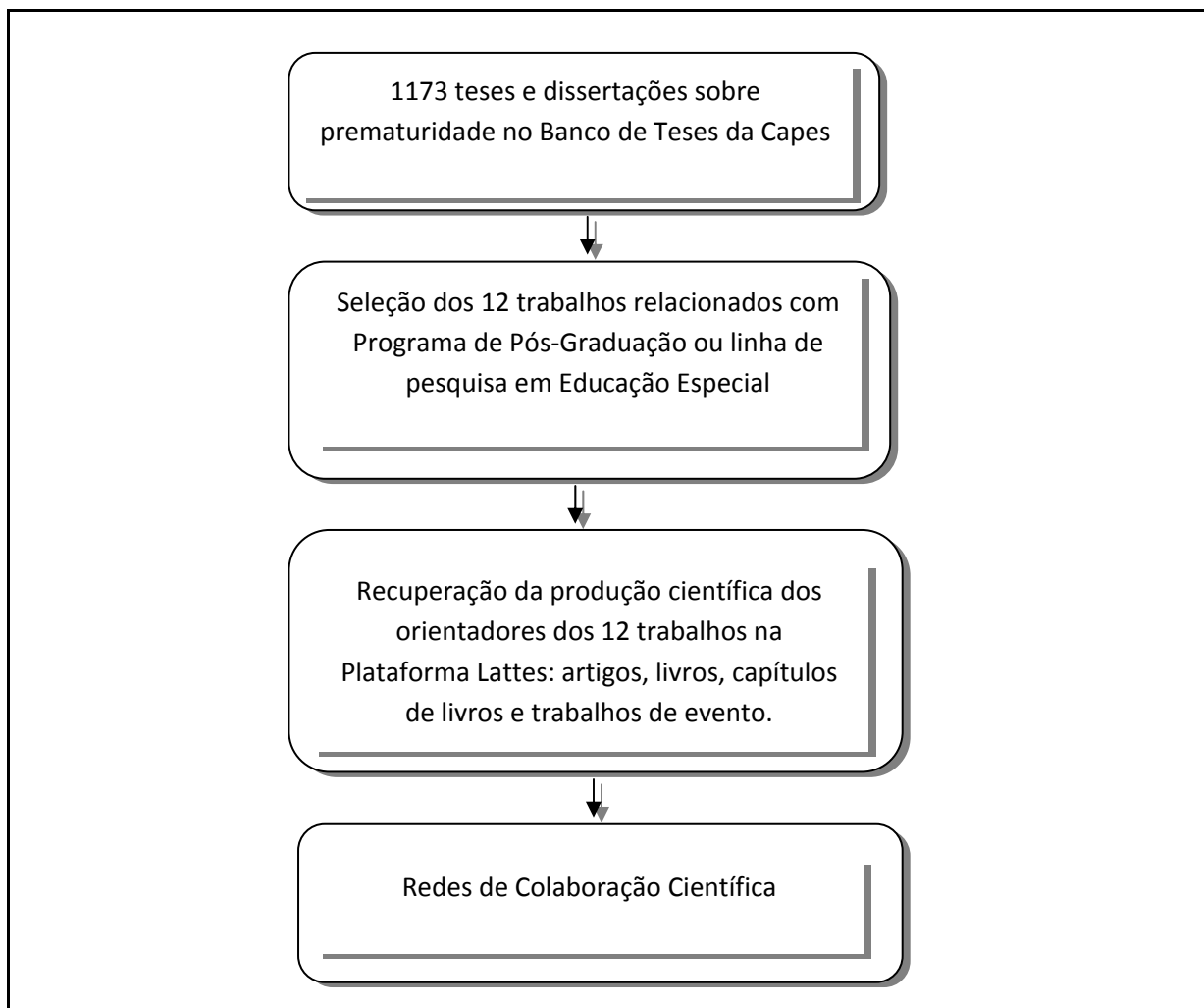
Para a realização das análises dos dados foi utilizado o software UCINET que permitiu visualizar o mapeamento das relações entre os autores e seus colaboradores, ou seja, a rede de colaboração científica.

Segundo Melo e Régis (2008) o software UCINET se destaca no Brasil como um dos mais utilizados na análise de redes sociais. O UCINET teve seu início de utilização a partir do ano 2000 pela Analytic Technologies, pequena empresa de softwares que publica programas para análise de redes sociais e análise de domínio cultural. A Analytic Technologies é liderada por Steve Borgatti, professor da Faculdade Gatton de Negócios e Economia na Universidade de Kentucky (USA) e do Departamento de Estudos Organizacionais da Faculdade de Boston (USA). O software completo possui uma versão de teste, podendo ser adquirido sem custo no site www.analytictech.com e usado livremente por 30 dias.

Com a intenção de avançar no conhecimento acerca da formação das redes de colaboração científica entre a Educação Especial e a prematuridade foram identificados os seguintes elementos: os grafos, o tamanho da rede, a quantidade de pares, o grau de centralidade e o grau de proximidade da rede.

A Figura 12 apresenta o organograma relacionado às redes de colaboração científica.

Figura 12 – Organograma redes de colaboração científica



Após a identificação dos docentes orientadores e seus respectivos currículos Lattes, os dados foram organizados em um protocolo elaborado em planilhas no Excel, para cada tipo de publicação, contendo os seguintes campos:

- Planilha periódicos: planilha composta pelos campos autor e título do artigo. O campo autor subdividido de acordo com o número de autores de cada artigo e elencado seu nome e sobrenome para eliminar as repetências dos registros;
- Planilha livros: composta pelos campos autor e título. O campo autor foi subdividido de acordo com o número de autores de cada livro;

- Planilha capítulos de livros: continha os campos autor, título do capítulo e autor(es) do livro, onde o campo autor também subdividido de acordo com o número de autores de cada capítulo. Foram considerados apenas os autores dos capítulos e não dos livros;
- Planilha trabalhos completos publicados em eventos: elaborada contendo os campos autor e ano de apresentação dos trabalhos. O campo de autor foi subdividido de acordo com o número de autores dos trabalhos.

Após a realização da coleta de dados foram eliminados os registros e os autores repetidos, ou seja, aqueles que foram cadastrados duas ou mais vezes no mesmo registro e também os que não possuíam a temática da prematuridade ou da Educação Especial.

Após a eliminação desses registros permaneceram 528 que fizeram parte dos estudos da rede de colaboração científica entre a Educação Especial e a Prematuridade.

Os nomes dos autores foram padronizados para facilitar a recuperação das informações sendo indicados pelo último sobrenome, em maiúsculas, seguido pelas iniciais dos prenomes também em letras maiúsculas.

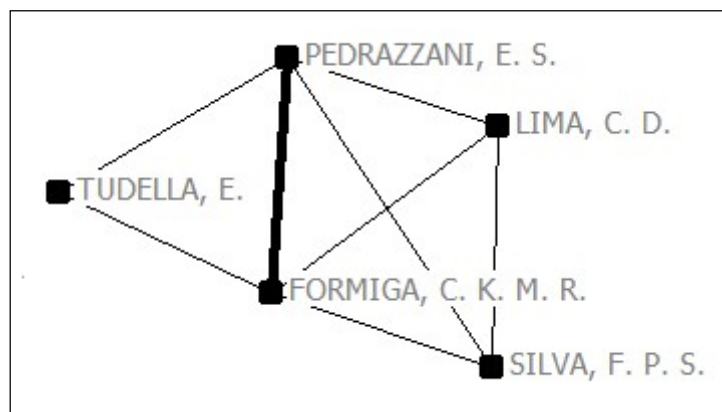
Os dados foram trabalhados no software Ucinet, utilizado para analisar as de colaboração científica.

Para facilitar o entendimento das redes, foram estabelecidos os indicativos métricos nas redes, sendo:

- 1) Grafos: representação visual dos nós e laços que unem os autores.
- 2) Tamanho da rede: total de atores que compõe uma rede
- 3) Quantidade de pares: quantidade de laços que existirem entre os pares (as coautorias)
- 4) Grau de centralidade da rede: é a medida da posição que um ator se encontra em relação às trocas e à comunicação na rede (MARTELETO, 2001).
- 5) Grau de proximidade da rede: grau de aproximação entre os pares.
- 6) Cutpoints

Na Figura 13 a seguir, podemos visualizar a representação gráfica de um grafo.

Figura 13 – Modelo de grafo



No modelo acima é possível verificar que os atores principais estão no centro (FORMIGA e PEDRAZZANI) e os laços que se estabelecem entre si são representados por linhas mais finas e claras, as linhas mais grossas e escuras demonstram as relações mais fortes (proximidades) que ocorreram entre esses autores.

O próximo passo foi promover o aprofundamento das redes de colaboração científica resultante da interface entre Educação Especial e prematuridade.

Novamente, de posse das informações contidas nos Currículos Lattes de cada orientador, foram selecionados os trabalhos que continham a temática da prematuridade no título das publicações, resultando em 15 registros.

De posse dessas 15 referências foi possível confeccionar o grafo que permite visualizar a rede de colaboração nos estudos sobre prematuridade no campo da Educação Especial encontrada no Banco de Teses da Capes, no período de 1987 a 2009.

Para isso os dados foram organizados em um protocolo elaborado em uma planilha única utilizando o software Excel contendo dois campos:

- 1) Campo autor: o campo autor foi subdividido de acordo com o número de autores de cada publicação;
- 2) Campo título: campo onde foi inserido o título para identificar cada publicação.

Os nomes dos autores foram padronizados sendo indicados pelo último sobrenome, em maiúsculas, seguido pelas iniciais dos prenomes também em letras maiúsculas.

Os dados foram analisados no software Ucinet, onde foi produzido o grafo que tem por finalidade demonstrar visualmente a rede de colaboração científica entre a prematuridade e a Educação Especial.

A próxima etapa do trabalho consistiu em analisar os pressupostos teóricos e as áreas do conhecimento que envolveram os estudos derivados da interface entre Educação Especial e prematuridade.

Para essa etapa do trabalho, dentro das 15 publicações selecionadas para a confecção das redes de colaboração científica foram excluídos os trabalhos apresentados em eventos devido à dificuldade de localização e também pelo fato de serem derivados dos artigos.

Assim, as análises dos pressupostos teóricos foram embasadas em sete artigos científicos.

Para a determinação dos pressupostos teóricos foram realizadas leituras e releituras dos artigos onde foi possível identificar as referências mais utilizadas e em quais áreas do conhecimento esses textos se encaixavam.

Para isso foi consultado o índice Qualis (<http://qualis.capes.gov.br/webqualis/consultaPeriodicos.faces>), onde foi digitado o título da revista e verificado a área de avaliação a qual o periódico pertencia.

Assim, foi possível descobrir os textos mais utilizados como referência que embasaram cientificamente os sete artigos selecionados sobre a temática da prematuridade e também identificar as áreas do conhecimento em que as pesquisas estão ancoradas.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo apresentam-se os resultados da análise bibliométrica presente no Banco de Teses de Capes no período de 1987 a 2009 (Estudo 1) e as redes de colaboração científica de pesquisadores do campo da Educação Especial que investigam a prematuridade (Estudo 2).

4.1. Estudo 1 - Análise bibliométrica das teses e dissertações sobre prematuridade no Banco de Teses da Capes no período de 1987 a 2009

A análise bibliométrica está representada pelos seguintes indicadores:

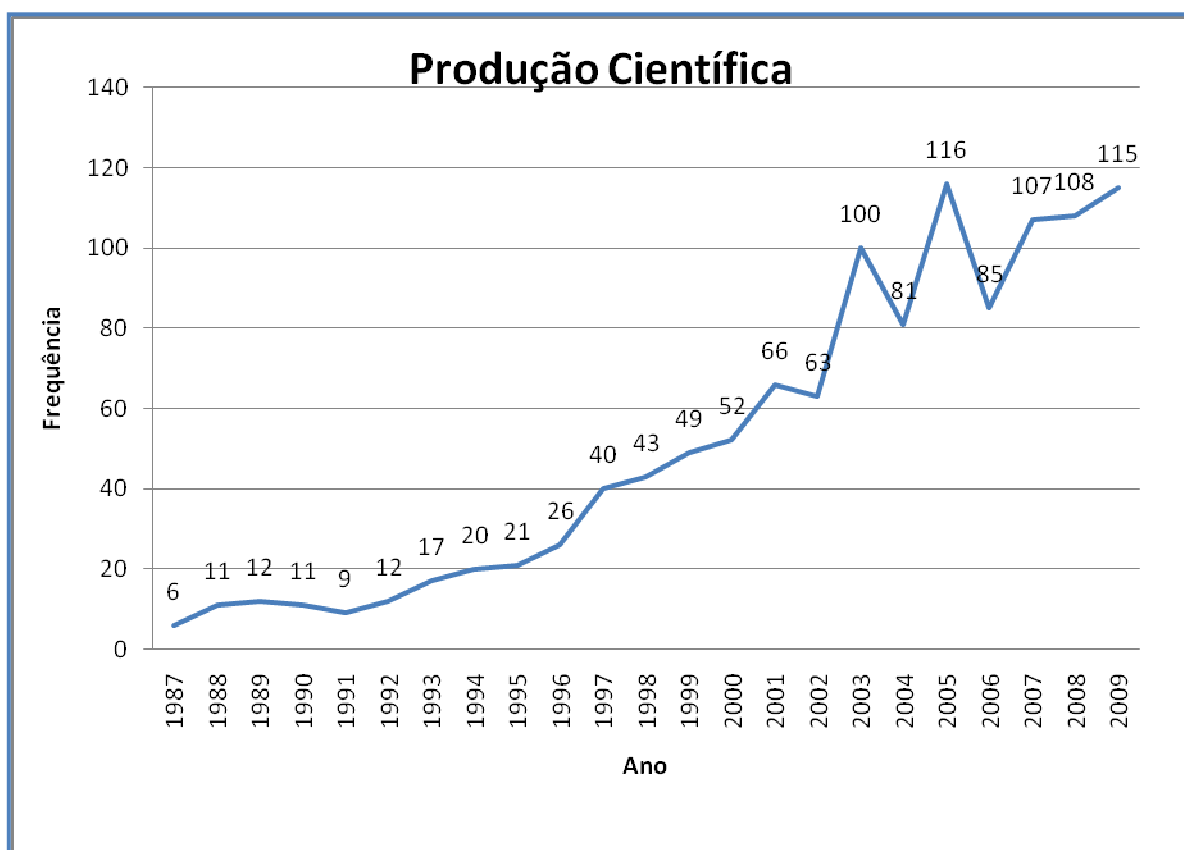
- Distribuição das teses e dissertações ao longo do tempo
- Distribuição por nível (Mestrado ou Doutorado)
- Dependência administrativa das instituições de ensino
- Distribuição dos trabalhos por instituições
- Distribuição das dissertações e teses por orientadores
- Distribuição dos trabalhos pela grande área de conhecimento
- Distribuição por agências de financiamento
- Concepções de risco
- Indicadores dos objetivos
- Indicadores dos locais das coletas de dados
- Indicadores de participantes dos estudos
- Indicadores dos procedimentos metodológicos utilizados nos estudos
- Indicadores dos objetivos dos estudos

4.1.1 Indicadores das publicações ao longo do período estudado

Estudar a evolução das pesquisas ao longo do tempo é um fator importante, como demonstra Laudelino, Navarro e Beuren (2010). Para esses autores a contagem das publicações, como indicador bibliométrico, é um instrumento de análise que se presta a difundir achados científicos e colabora com a política de revisão científica destinada a medir e avaliar as contribuições à ciência, demonstrando o fortalecimento ou o aumento do interesse de um determinado campo de conhecimento pela comunidade científica.

A Figura 14 apresenta a tendência de crescimento das pesquisas envolvendo o tema da prematuridade no Banco de Teses da Capes, englobando o período de 1987 a 2009.

Figura 14 – Distribuição das teses e dissertações ao longo do tempo



Fonte: Banco de teses da Capes

Observando o gráfico acima se verifica que entre os anos de 1987 a 1999 existem 277 trabalhos e entre os anos de 2000 a 2009 foram recuperados 893 registros. Constata-se que houve um crescimento exponencial de 222% da produção científica em prematuridade cadastrada no Banco de Teses da Capes, sendo os anos de 2003, 2006 e 2009 os que apresentaram maior número de teses e dissertações sobre a temática prematuridade disponibilizadas no referido banco.

Esse aumento pode justificado decorrente de diversos fatores, entre eles: aumento da adesão dos programas de pós-graduação ao cadastro das teses e dissertações no Banco de Teses; incremento de políticas públicas relacionadas à saúde da criança e da mulher com a

instalação de diversos programas como o de Assistência à Saúde Perinatal; amamentação; implantação de alojamento conjunto; hospitais amigos da criança; humanização do pré-natal e nascimento; método mãe canguru, entre outros.

Ampliando a análise com relação à distribuição das teses e dissertações por ano, torna-se importante agregar dados referentes à identificação da evolução por ano dos assuntos estudados no período de 1987 a 2009. Para isso, foi elaborado o cruzamento de duas variáveis: o ano de publicação e as palavras-chaves atribuídas pelos autores dos trabalhos selecionados. Esses termos representam os temas mais tratados nos estudos envolvendo a área da prematuridade.

Sendo assim, nos 1173 registros foram encontradas 1547 palavras-chaves com frequência de aparecimento de uma a 378 ocorrências. A Tabela 1 apresenta as 50 palavras-chaves mais encontradas com frequência de aparecimento de no mínimo 7 ocorrências.

Tabela 1 – Distribuição das palavras-chave por ano

Palavras-chave	1987-1991	1992-1997	1998-2003	2004-2009	Total Geral
PREMATURO	12	36	103	227	378
RECÉM-NASCIDO	5	18	65	73	161
RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO		9	18	44	71
FATORES DE RISCO			16	28	44
GRAVIDEZ	1	3	13	20	37
GESTAÇÃO	1		8	19	28
RECÉM-NASCIDO DE MUITO BAIXO PESO			7	19	26
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL		2	6	17	25
MÉTODO MÃE-CANGURU			8	17	25
ALEITAMENTO MATERNO		1	5	16	22
PARTO PREMATURO	1	1	10	9	21
DESENVOLVIMENTO		2	4	15	21
ENFERMAGEM	1	2	4	13	20
MORTALIDADE INFANTIL		3	5	11	19
MORTALIDADE NEONATAL	1	4	5	8	18
NEONATOLOGIA		3	6	9	18
DESENVOLVIMENTO INFANTIL	1		1	16	18
ENFERMAGEM NEONATAL		1	5	11	17
RELAÇÕES MÃE-FILHO			9	7	16
RÚPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS FETAIS		5	2	9	16
DOENÇA PERIODONTAL			3	13	16
LACTENTE		1	2	12	15
CRESCIMENTO	1		6	8	15
CRIANÇA	3	2	3	7	15
RETINOPATIA DA PREMATURIDADE		5	1	8	14
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	1	3	6	4	14
TRABALHO DE PARTO PREMATURO		2	6	5	13
ADOLESCÊNCIA		2	3	6	11
MORTALIDADE		1	3	6	10
DOR			2	8	10
IDADE GESTACIONAL	1	1	4	4	10
LEITE HUMANO	2	1	6	1	10
PRÉ-ECLÂMPSIA		1	4	4	9
PARTO PRÉ-TERMO		1	3	5	9
EPIDEMIOLOGIA		1	1	7	9
PESO AO NASCER		2	2	4	8
SUCÇÃO		2	5	1	8
DISPLASIA BRONCOPULMONAR				8	8
ALIMENTAÇÃO		2		6	8
AMAMENTAÇÃO			4	4	8
MORBIDADE			3	4	7
NASCIMENTO PREMATURO			1	6	7
PRÉ-NATAL		1	1	5	7
MORTALIDADE PERINATAL			2	5	7
ENFERMAGEM PEDIÁTRICA			1	6	7
HIPERTENSÃO	1		4	2	7
FAMÍLIA			1	6	7
ANEMIA		1	3	3	7
CITOCINAS			1	6	7
AUDIÇÃO		1	2	4	7

Fonte: Banco de Teses da Capes

Observando a evolução dos estudos é possível constatar o crescimento das pesquisas realizadas na área da prematuridade no período de 1987 a 2009 nas instituições de ensino superior do Brasil. Também é possível identificar que os estudos estão voltados para os recém-nascidos pré-termo de baixo peso e de muito baixo peso englobando os fatores sociais, biológicos e multifatoriais causadores da prematuridade.

Ancorados na metodologia da análise de conteúdo de Bardin (2010) e analisando as palavras-chave foi possível identificar a presença de nove categorias que evidenciam as tendências dos estudos voltados à prematuridade e estão agrupadas no Quadro 3.

Quadro 3 – Categorias dos estudos voltados à prematuridade a partir das palavras-chave

Número	Nome da categoria	Palavras-chave
1	Condições de nascimento	Prematuro, recém-nascido de baixo peso, recém-nascido, recém-nascido de muito baixo peso, parto prematuro, trabalho de parto prematuro, idade gestacional, parto pré-termo, peso ao nascer, nascimento prematuro.
2	Fases do desenvolvimento	Gravidez, gestação, criança, gravidez na adolescência, adolescência, pré-natal, lactente.
3	Tipos de cuidados ofertados	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Método Mãe canguru, Enfermagem, Neonatologia, Enfermagem neonatal, Enfermagem pediátrica.
4	Crescimento e desenvolvimento da criança	Fatores de risco, desenvolvimento, desenvolvimento infantil, crescimento,
5	Alimentação e nutrição	Aleitamento materno, leite humano, sucção, alimentação, amamentação, anemia.
6	Aspectos psicossociais	Relações mãe-filho, família.
7	Aspectos epidemiológicos	Mortalidade infantil, mortalidade neonatal, mortalidade, epidemiologia, morbidade, mortalidade perinatal,
8	Complicações na gestação	Ruptura prematura de membranas fetais, doença periodontal, pré-eclâmpsia, hipertensão, citocinas.
9	Transtornos no desenvolvimento da criança	Retinopatia da prematuridade, dor, displasia broncopulmonar, audição.

Fonte: Elaborado pela autora

As categorias 1 e 2 que tratam sobre as condições de nascimento e as fases do desenvolvimento revelam o crescimento dos estudos voltados a prematuridade. Porém, as categorias 3 (tipos de cuidados oferecidos) e 4 (crescimento e desenvolvimento da criança) ganham destaque a partir do período de 1992 a 1997. As categoria 5 (alimentação e nutrição) destaca-se desde o primeiro período, porém demonstra crescimento nos anos de 2004 a 2009. A categoria 6 (relações psicossociais) aparece somente a partir de 1998. Os estudos epidemiológicos (categoria 7), embora presentes desde o primeiro período ganham força nas últimas décadas. Estudos da categoria 8 estão presentes desde o primeiro período até último. E, finalmente, os estudos pertencentes à categoria 9 (transtornos do desenvolvimento da criança) passam a ser estudados a partir do segundo período, ou seja, a partir de 1992.

Com relação ao aumento dos estudos voltados aos prematuros e às crianças nascidas de baixo peso ou muito baixo peso ainda é possível apontar que tanto a comunidade científica nacional quanto a internacional estão se dedicando em estudar mais essas categorias e os fatores de risco que levam à ocorrência da prematuridade. Com o avanço das tecnologias na área da assistência, estão sendo instituídas práticas para melhorar a sobrevivência de prematuros extremos, para que as causas sejam identificadas e as possíveis sequelas incapacitantes sejam minimizadas ou inexistentes. (VICTORA et al., 2011; STOLL et al., 2010; MERCIER et al., 2010).

Segundo Victora et al. (2011), Pain et al. (2011) e Almeida et al. (2010) apesar de relatos demonstrarem ter ocorrido no país sucessivas transformações nos determinantes sociais das doenças e na organização dos serviços de saúde nas últimas três décadas, mesmo assim a frequência de nascimentos prematuros ainda é muito alta, sendo que as complicações do parto prematuro é a segunda causa de morte infantil, ficando atrás somente da pneumonia.

Relatos de Victora et al. (2011) e Pain et al. (2011) apontam que nos últimos trinta anos, os coeficientes de mortalidade infantil foram substancialmente reduzidos, com taxa anual de decréscimo de 5,5% nas décadas de 1980 e 1990 e 4,4% no período 2000-08, atingindo vinte mortes por 1.000 nascidos vivos em 2008. O acesso à maioria das intervenções de saúde dirigidas às mães e às crianças foi substancialmente ampliado e as desigualdades regionais de acesso a tais intervenções foram notavelmente reduzidas. A duração mediana da amamentação aumentou de 2,5 meses nos anos 1970 para 14 meses em 2006-07. Estatísticas oficiais revelam níveis estáveis de mortalidade materna durante os últimos quinze anos, mas estimativas baseadas em modelos estatísticos indicam uma redução

anual de 4%, uma tendência que pode não ter sido observada nos dados de registro devido às melhorias no sistema de notificação de óbitos e à ampliação das investigações sobre óbitos de mulheres em idade reprodutiva.

As razões para o progresso alcançado pelo Brasil, na visão de Victora et al. (2011) incluem: modificações socioeconômicas e demográficas (crescimento econômico, redução das disparidades de renda entre as populações mais ricas e mais pobres, urbanização, melhoria na educação das mulheres e redução nas taxas de fecundidade); intervenções externas ao setor de saúde (programas condicionais de transferência de renda e melhorias no sistema de água e saneamento); programas verticais de saúde nos anos 1980 (promoção da amamentação, hidratação oral e imunizações); criação do Sistema Nacional de Saúde (SUS), mantido por impostos e contribuições sociais, cuja cobertura foi expandida para atingir as áreas mais pobres do país por intermédio do Programa de Saúde da Família, na metade dos anos 1990; e a implementação de vários programas nacionais e estaduais para melhoria da saúde e nutrição infantil e, em menor grau, para a promoção da saúde das mulheres.

Apesar dos muitos progressos, desafios importantes ainda persistem, incluindo a medicalização abusiva (quase 50% dos nascimentos ocorrem por cesariana), mortes maternas causadas por abortos inseguros e a alta frequência de nascimentos pré-termo. (VICTORA et al., 2011; PAIN et al., 2011).

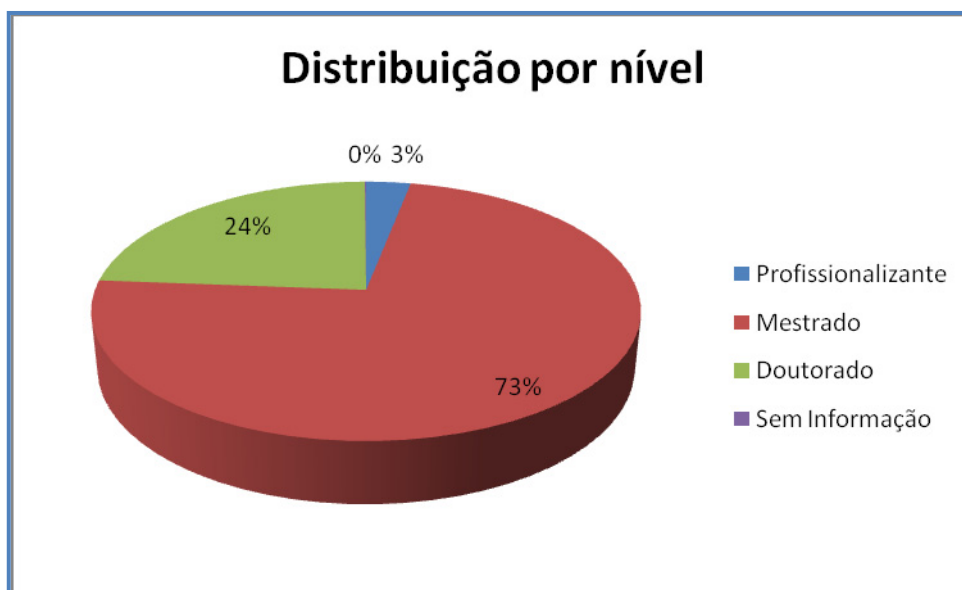
Daí o crescimento nos estudos relacionados à prematuridade, conforme constatado no presente estudo.

4.1.2 Indicadores de nível da produção científica

O Banco de Teses da Capes contempla teses e dissertações defendidas nas Instituições de Ensino Superior (IES) públicas e privadas no Brasil.

A Figura 15 apresenta a distribuição das publicações encontradas no Banco de Teses agrupadas por nível acadêmico.

Figura 15 – Distribuição das teses e dissertações por nível acadêmico



Fonte: Banco de teses da Capes

Com relação ao nível dos trabalhos selecionados, encontramos 858 (73,1%) dissertações de mestrado, 278 (23,7%) teses de doutorado, 36 (3,1%) mestrados profissionalizantes e um registro sem a informação identificada.

Para explicar esses achados se faz necessário recorrer às origens da criação dos cursos de mestrado e doutorado em nosso país.

Segundo Santos (2003), os primeiros passos da pós-graduação no Brasil foram dados no início da década de 1930, na proposta do Estatuto das Universidades Brasileiras pautada nos moldes europeus com foco nas escolas profissionais, organizadas em torno de professores catedráticos (ao invés de departamentos). Neste contexto, o estudo pós-graduado era essencialmente visto como uma aprendizagem para aqueles já integrados à comunidade acadêmica. O doutorado era obtido pela defesa de uma tese (tipicamente preparada sem orientador), diante de um comitê de professores catedráticos. (VERHINE, 2008).

Tal modelo foi implantado no curso de Direito da Universidade do Rio de Janeiro, na Faculdade Nacional de Filosofia e na Universidade de São Paulo. (SANTOS, 2003).

Na década de 1940 o termo “pós-graduação” foi utilizado formalmente pela primeira vez no artigo 71 do Estatuto da Universidade do Brasil. Na década de 1950 começaram a ser firmados acordos entre Estados Unidos e Brasil que implicavam em uma série de convênios entre estudantes, pesquisadores e professores. (SANTOS, 2003).

O grande impulso para os cursos de pós-graduação do Brasil só se deu na década de 1960. Já no início da década houve uma iniciativa importante na Universidade do Brasil na área de Ciências Físicas e Biológicas (seguindo o modelo das *graduate schools* norte-americanas), resultado de um convênio com a Fundação Ford, e outra na mesma universidade, na área de Engenharia, com a criação da Comissão Coordenadora dos Programas de Pós-Graduação em Engenharia (COPPE). (SANTOS, 2003).

É também do começo da década a implantação do mestrado em Matemática da Universidade de Brasília, o doutorado do Instituto de Matemática Pura e Aplicada, o mestrado e doutorado na Escola Superior de Agricultura de Viçosa, na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, assim como os cursos de pós-graduação no Instituto Tecnológico de Aeronáutica (ITA) e na UnB. (SANTOS, 2003).

O modelo europeu foi alterado, como parte da reforma universitária de 1968, realizada pelo MEC, a partir de uma proposta original produzida por um grupo de trabalho integrado por brasileiros e por americanos. Assim, as universidades foram fundamentando-se no modelo americano. (VERHINE, 2008).

Todas deveriam se transformar em instituições de pesquisa. O sistema de professor catedrático foi substituído pela estrutura departamental, e, para assegurar a criação de programas de pós-graduação, foi determinado que os professores assistentes devessem ter o grau de mestre e os adjuntos o de doutor. Esta nova ênfase na pesquisa e na titulação formal provocou uma rápida proliferação dos programas de pós-graduação nas universidades brasileiras, coordenados e avaliados pelo Ministério da Educação, através da CAPES. A legislação nacional estipulava que tais programas de pós-graduação também deveriam seguir o modelo americano, composto de uma combinação de curso/créditos, exames e uma dissertação supervisionada. (VERHINE, 2008).

Os programas brasileiros de pós-graduação iniciaram com foco no nível de mestrado. A política governamental determinava que as universidades tivessem permissão para formalizar estudos de doutorado apenas quando já instituíssem um programa de mestrado consolidado. Esta política foi adotada baseada em dois aspectos: primeiro porque a criação de programas de qualidade doutoral leva tempo e segundo, porque o grau de mestre, e não o doutorado, é que foi considerado requisito para entrar na universidade como membro do corpo docente. Deste modo, programas de doutorado no Brasil tendem a ser muito mais recentes que os programas de mestrado. (VERHINE, 2008).

Além disso, as vagas disponíveis para os cursos de mestrado são maiores que as disponíveis para os cursos de doutorado, gerando, conseqüentemente, um maior número de dissertações em comparação com o número de teses defendidas pelos programas de pós-graduação.

Essa tendência também pode ser observada nos estudos no campo da prematuridade onde foi constatado a presença de um número maior de dissertações de mestrado em comparação com as teses de doutorado defendidas nos programas de pós-graduação das instituições de ensino superior no Brasil disponibilizadas no Banco da Capes no período de 1987 a 2009.

4.1.3 Indicadores das Instituições de Ensino Superior

A produção científica representada pelas dissertações e teses é produzida nas universidades e instituições de pesquisa, local onde efetivamente é realizada a maioria das pesquisas no país. Para verificar quais as instituições responsáveis pelas teses e dissertações sobre a temática prematuridade disponibilizadas no Banco de Teses da Capes, foram produzidos os indicadores das instituições.

No presente estudo verificou-se a existência de 96 instituições de ensino superior brasileiras que produzem conhecimento sobre a temática estudada: prematuridade. As instituições que apresentam frequência de aparecimento igual ou superior a 2 são: Universidade de São Paulo com 259 ocorrências; Universidade Federal de São Paulo (125); Fundação Oswaldo Cruz (71); Universidade Federal de Minas Gerais (67); Universidade Federal do Rio Grande do Sul (60); Universidade Estadual de Campinas (50); Universidade Federal do Rio de Janeiro (43); Universidade Estadual Paulista (40); Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (35); Universidade Federal de Pernambuco (26); Universidade do Estado do Rio de Janeiro (23).

A Tabela 2, apresenta o elenco de todas as instituições encontradas na presente pesquisa, agrupadas por frequência de aparecimento.

Tabela 2 – Indicadores das instituições de ensino superior

Instituições de Ensino Superior	Frequência	%
Universidade de São Paulo (São Paulo: 145; Ribeirão Preto: 113; Piracicaba:1)	259	12,4%
Universidade Federal de São Paulo	125	10,7%
Fundação Oswaldo Cruz	71	6,1%
Universidade Federal de Minas Gerais	67	5,7%
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	60	5,1%
Universidade Estadual de Campinas	50	4,3%
Universidade Federal do Rio de Janeiro	43	3,7%
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Botucatu: 36, Araçatuba: 2, Assis: 1, Guaratinguetá: 1)	40	3,1%
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul	35	3,0%
Universidade Federal de Pernambuco	26	2,2%
Universidade Federal do Paraná	23	2,0%
Universidade do Estado do Rio de Janeiro	23	2,0%
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo	18	1,5%
Universidade Federal da Bahia	18	1,5%
Universidade Federal Fluminense	16	1,4%
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo	16	1,4%
Universidade Federal de São Carlos	14	1,2%
Universidade Federal do Estado Do Rio De Janeiro	14	1,2%
Universidade de Brasília	13	1,1%
Universidade Federal de Santa Catarina	13	1,1%
Universidade Federal do Ceará	13	1,1%
Universidade Federal do Maranhão	13	1,1%
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira	10	0,9%
Universidade Estadual do Ceará	9	0,8%
Universidade de Santo Amaro	9	0,8%
Universidade Federal de Santa Maria	9	0,8%
Centro de Pesquisas Odontológicas São Leopoldo Mandic	8	0,7%
Faculdade De Medicina de São José do Rio Preto	8	0,7%
Universidade Federal do Espírito Santo	7	0,6%
Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	7	0,6%
Universidade Presbiteriana Mackenzie	6	0,5%
Universidade Estadual de Maringá	6	0,5%
Universidade Federal da Paraíba/João Pessoa	6	0,5%
Universidade Federal de Uberlândia	5	0,4%
Universidade Federal de Goiás	5	0,4%
Universidade Estadual de Londrina	5	0,4%
Universidade Católica de Pelotas	5	0,4%
Universidade Luterana do Brasil	5	0,4%
Universidade Federal do Pará	5	0,4%
Fundação Universidade de Pernambuco	5	0,4%
Faculdade de Medicina do ABC	4	0,3%
Universidade Federal de Pelotas	4	0,3%
Fundação Universidade Federal do Rio Grande	4	0,3%
Pontifícia Universidade Católica do Paraná	3	0,3%
Universidade Católica de Pernambuco	3	0,3%
Universidade de Franca	3	0,3%
Universidade do Estado de Santa Catarina	3	0,3%
Universidade Metodista de São Paulo	3	0,3%

Universidade Federal do Rio Grande do Norte	3	0,3%
Universidade Estadual de Feira de Santana	3	0,3%
Universidade do Estado do Amazonas	2	0,2%
Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual	2	0,2%
Universidade Tecnológica Federal do Paraná	2	0,2%
Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais	2	0,2%
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro	2	0,2%
Universidade do Vale do Itajaí	2	0,2%
Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre	2	0,2%
Universidade Federal de Mato Grosso	2	0,2%
Fundação Universidade Federal de Sergipe	1	0,1%
Fundação Universidade Federal do Piauí	1	0,1%
Fundação Universitária de Cardiologia	1	0,1%
Universidade Federal do Amazonas	1	0,1%
Universidade Federal do Rio Grande	1	0,1%
Universidade Federal de Viçosa	1	0,1%
Fundação Cardiovascular São Francisco de Assis	1	0,1%
Faculdades Pequeno Príncipe	1	0,1%
Universidade Guarulhos	1	0,1%
Universidade Metodista de Piracicaba	1	0,1%
Coordenadoria Controle de Doenças da Secretária Estadual de Saúde de São Paulo	1	0,1%
Centro Universitário São Camilo	1	0,1%
Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães / Fiocruz	1	0,1%
Associação das Pioneiras Sociais	1	0,1%
Universidade Gama Filho	1	0,1%
Universidade Cruzeiro do Sul	1	0,1%
Universidade do Contestado	1	0,1%
Universidade de Taubaté	1	0,1%
Universidade de Sorocaba	1	0,1%
Universidade do Grande Rio	1	0,1%
Universidade do Vale do Paraíba	1	0,1%
Universidade de Mogi das Cruzes	1	0,1%
Pontifícia Universidade Católica de Goiás	1	0,1%
Universidade da Região de Joinville	1	0,1%
Pontifícia Universidade Católica de Campinas	1	0,1%
Universidade Católica Dom Bosco	1	0,1%
Universidade Católica de Santos	1	0,1%
Universidade Católica de Petrópolis	1	0,1%
Universidade Católica de Brasília	1	0,1%
Universidade Federal de Alagoas	1	0,1%
Universidade Tuiuti do Paraná	1	0,1%
Universidade Federal de Campina Grande	1	0,1%
Universidade de Fortaleza	1	0,1%
Sem Informação	1	0,1%
Total	1173	100,0%

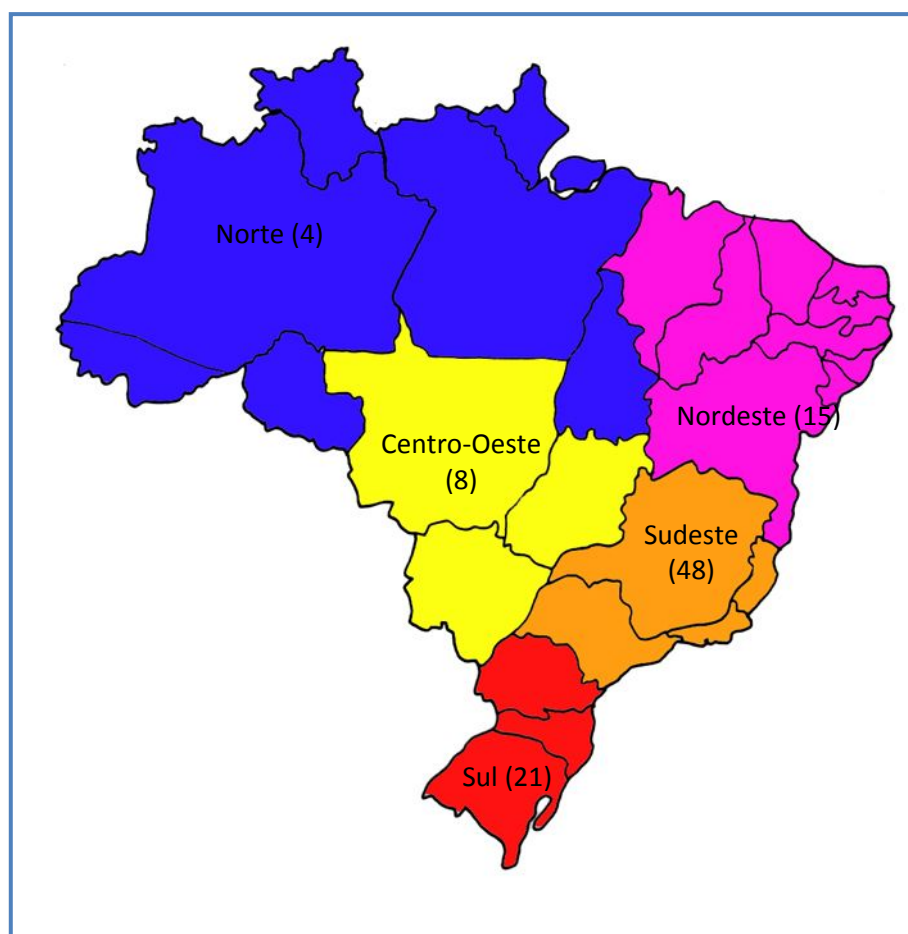
Fonte: Banco de Teses da Capes

Nota-se que as instituições de ensino superior com maior produtividade na temática prematuridade se concentram nas universidades paulistas e públicas. Tais aspectos serão apresentados mais detalhadamente a seguir, juntamente com os indicadores por regiões do Brasil.

4.1.4 Indicadores das instituições por regiões do Brasil

Na perspectiva de se ampliar a análise no que tange às instituições de ensino superior torna-se relevante agregarmos dados referentes à distribuição das regiões geográficas dessas instituições pelo Brasil. A Figura 16 representa os indicadores das instituições distribuídas pelas regiões Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

Figura 16 – Distribuição das teses e dissertações por regiões geográficas do Brasil



Fonte: www.google.com.br

Verificou-se que a região Sudeste se destacou com 48 instituições de ensino superior, seguida pela região Sul com 21, Nordeste com 15, Centro Oeste com oito e região Norte com quatro instituições.

Esses resultados podem ser remetidos a vários fatores, entre eles, por ser a região Sudeste a área de maior concentração populacional do país. A economia dessa região também é a mais desenvolvida e industrializada entre as economias de todas as regiões, onde se concentra mais da metade da produção do país. (REGIÃO SUDESTE, 2011).

Outro fator que merece destaque é a criação dos programas de pós-graduação ter ocorrido primeiramente nas regiões Sul e Sudeste. Segundo Santos (2003), os primeiros passos da pós-graduação no Brasil foram dados no início da década de 1930, no curso de Direito da Universidade do Rio de Janeiro e na Faculdade Nacional de Filosofia e na Universidade de São Paulo. No começo da década de 1960 houve a implantação do mestrado em Matemática da Universidade de Brasília, o doutorado do Instituto de Matemática Pura e Aplicada, o mestrado e doutorado na Escola Superior de Agricultura de Viçosa, na Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, assim como os cursos de pós-graduação no ITA e na UnB. (SANTOS, 2003).

Diversos estudos apontam para essa pujança da produção científica em diferentes áreas do conhecimento. Na área de Medicina, Martelli-Junior et al. (2010), avaliaram a produção científica dos pesquisadores de Medicina, que têm bolsa de produtividade Cnpq, de acordo com a área de atuação constatando também que quatro Estados da Federação (SP, RJ, RS, MG) são responsáveis por 90% dos pesquisadores e as instituições que mais se destacaram foram a USP e a UNIFESP.

Para Regalado (2010), a ciência brasileira sofre de um desequilíbrio entre o sul afluyente e as regiões setentrionais pobres. A maior parte da ciência ainda ocorre em apenas três estados da região Sudeste, com a Universidade de São Paulo sozinha respondendo por quase um quarto de todas as publicações científicas. Para levar a ciência ao interior negligenciado do Brasil, o governo está construindo universidades e reservando 30% dos recursos de pesquisa para os estados pobres do norte e do centro-oeste.

Ainda na visão de Regalado (2010), “o Brasil possui uma economia vigorosa e as descobertas de petróleo estão impulsionando a pesquisa no Brasil. Mas as diferenças científicas precisam superar um sistema educacional fraco e um histórico de pouco impacto”.

Vale destacar outro polo incidente, na região Nordeste, representado pela Universidade Federal de Pernambuco e pelo Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira.

Com relação à Universidade Federal de Pernambuco, segundo avaliações dos Ministérios da Educação (MEC) e de Ciência e Tecnologia (MCT), na avaliação trienal (2007-2009) dos cursos de pós-graduação do País realizada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) do Ministério da Educação, foi avaliada como a melhor universidade do Norte e Nordeste. Esse resultado a classifica em 8º lugar no ranking nacional, ficando abaixo da Unicamp, USP, UFRJ, UFRGS, UFSC e UNESP.

O Instituto de Medicina Integral Fernando Figueira foi fundado em 1960 por um grupo de médicos, liderados pelo Professor Fernando Figueira, seu mentor. Voltado para o atendimento da população carente pernambucana, o Complexo Hospitalar do IMIP é reconhecido como uma das estruturas hospitalares mais importantes do País, sendo centro de referência assistencial em diversas especialidades médicas, atuando nas áreas de assistência médico-social, ensino, pesquisa e extensão comunitária.

Uma publicação de destaque é a Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, publicada trimestralmente (março, junho, setembro e dezembro) pelo Instituto Materno Infantil de Pernambuco, cuja missão é a divulgação de artigos científicos englobando o campo da saúde materno infantil. É um periódico interdisciplinar sobre os aspectos biomédicos, epidemiológicos e socioculturais da saúde da mulher e da criança.

Evidencia-se a pequena quantidade de estudos realizados na região Norte, fator que pode estar relacionado à poucos cursos de pós-graduação *stricto sensu* envolvendo os estudos sobre prematuridade.

4.1.5 Indicadores da produção científica distribuída por Programas de Pós-Graduação

Diversos programas brasileiros de pós-graduação estão envolvidos com a produção científica na área da prematuridade. A pós-graduação é constituída por cursos voltados à formação científica e acadêmica e também ligados à pesquisa. É formada por diferentes cursos, denominados Programas de Pós-Graduação e cada programa é composto por diferentes linhas de pesquisa.

Na presente pesquisa foram identificados 130 diferentes programas de pós-graduação que abordam a temática da prematuridade. Os programas de pós-graduação que apresentam frequência de aparecimento igual ou superior a 2% estão vinculados à área de Pediatria (19,1%) e Enfermagem (7,6%) seguida pelos programas de Ginecologia e Obstetrícia (6,7%), Ciências da Saúde (6%), Saúde da Criança e do Adolescente (5,3%), Saúde da Mulher e da Criança (4,3%), Saúde Pública (3,8%), Saúde Coletiva (3,2%), distúrbios da comunicação Humana (Fonoaudiologia) (2,9%), Psicologia (2,3%), Saúde Materno Infantil (2,2%), Enfermagem em Saúde Pública (20%) e Odontologia (2,0%).

A tabela que completa os programas de pós-graduação que trabalham com a temática da prematuridade pode ser observada no APÊNDICE E.

Esses achados revelam as áreas de produção científica relacionada à prematuridade em nosso país. Destaque é dado às produções na área de Medicina e Enfermagem. Do ponto de vista histórico cumpre-nos lembrar que primeiramente foram os médicos responsáveis pelos cuidados neonatais com o desenvolvimento da Neonatologia e posteriormente da Pediatria. Juntamente com os médicos as enfermeiras desempenharam papel fundamental no cuidado às crianças. Com o passar do tempo ficou constatado que o prematuro não poderia ser tratado isoladamente, levando-se em conta somente os fatores médicos e biológicos. Assim, os fatores sociais passaram a despertar interesse dos pesquisadores e isso também passou a ser refletido nos estudos desenvolvidos pelos diversos programas de pós-graduação existentes. Frente a isto tem-se a contribuição de outras áreas de conhecimento como as áreas de tecnologias, educação e ciências ambientais encontradas no presente estudo (JANNUZI, 2004).

4.1.6 Indicadores da distribuição pelas grandes áreas do conhecimento

A classificação das Áreas do Conhecimento tem finalidade eminentemente prática de sistematizar informações sobre o desenvolvimento científico e tecnológico, especialmente aquelas concernentes a projetos de pesquisa e recursos humanos. Pode ser definida como a aglutinação de diversas áreas do conhecimento em virtude da afinidade de seus objetivos, métodos cognitivos e recursos instrumentais. (CAPES, 2009).

A classificação original da Capes sobre as Áreas do Conhecimento apresenta uma hierarquização em quatro níveis, que vão do mais geral aos mais específicos e abrangem 08 grandes áreas, 76 áreas e 340 subáreas do conhecimento, a saber:

- 1º nível - Grande Área: aglomeração de diversas áreas do conhecimento em virtude da afinidade de seus objetos, métodos cognitivos e recursos instrumentais refletindo contextos sociopolíticos específicos.
- 2º nível - Área: conjunto de conhecimentos inter-relacionados, coletivamente construído, reunido segundo a natureza do objeto de investigação com finalidades de ensino, pesquisa e aplicações práticas.
- 3º nível - Subárea: segmentação da área do conhecimento estabelecida em função do objeto de estudo e de procedimentos metodológicos reconhecidos e amplamente utilizados.
- 4º nível - Especialidade: caracterização temática da atividade de pesquisa e ensino. Uma mesma especialidade pode ser enquadrada em diferentes grandes áreas, áreas e subáreas. (CAPES, 2009).

Na presente tese a produção científica sobre prematuridade foi agrupada apenas considerando o primeiro nível, ou seja, pelas grandes áreas do conhecimento, conforme demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição das teses e dissertações pelas linhas de pesquisa

Grandes Áreas do Conhecimento	Frequência	%
Ciências da Saúde	1232	86,9%
Ciências Humanas	103	7,3%
Ciências Biológicas	39	2,8%
Engenharias	20	1,4%
Multidisciplinar	9	0,6%
Ciências Exatas e da Terra	4	0,3%
Ciências Agrárias	4	0,3%
Ciências Sociais Aplicadas	4	0,3%
Linguística, Letras e Artes	3	0,2%
Total geral	1418	100%

Fonte: Banco de Teses da Capes

Observando tabela acima é possível constatar que os estudos relacionados à prematuridade envolvem diferentes áreas do conhecimento, sendo predominante na área das Ciências da Saúde com 86,9% de frequência de aparecimento.

Na visão de Bittar e Zugaib (2002) a diversidade de fatores que envolve a prematuridade engloba esforços das diversas áreas do conhecimento nos cuidados prestados a esses indivíduos, resultando em uma acentuada e rica produção científica aqui representada pelas dissertações e teses disponibilizadas no Banco de Teses da Capes.

Vale mencionar que os registros apresentaram de uma até três linhas de pesquisa, daí o total de 1418 frequências de aparecimento.

4.1.7 Indicadores da distribuição por agências de financiamento

As agências de financiamento podem ser entendidas todas as entidades que viabilizam materialmente o projeto, incluindo as que concedem exclusivamente bolsas de estudo. Segundo a Capes (2011), o esquema de financiamento da pesquisa no Brasil pode ser dividido em sete diferentes sistemas: quatro linhas de financiamento relacionadas aos ministérios brasileiros, e três linhas de financiamento disponibilizadas pela iniciativa privada, oriundo de empresas e do setor industrial.

O elenco das 46 agências financiadoras das pesquisas na área de prematuridade identificadas na presente pesquisa está representado na Tabela 4.

Tabela 4 – Distribuição das teses e dissertações por agências de fomento

Agências de Fomento	Frequência	%
CAPES	252	21,5%
CNPq	81	6,9%
FAPESP	32	2,7%
UNESP	17	1,4%
FIOCRUZ	16	1,4%
PUCRS - Hospital São Lucas	12	1,0%
FIPE – HCPA	5	0,4%
Mackpesquisa	4	0,3%
FAEPA	3	0,3%
FAPERGS	3	0,3%
FAPERJ	3	0,3%
FUNCAP	3	0,3%
Fundação Araucária	3	0,3%
Ministério da Saúde	3	0,3%
UNICAMP	3	0,3%
UNIFRAN	3	0,3%
FAPESB	2	0,2%
FINEP	2	0,2%
Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo	2	0,2%
UEL - HURNP	2	0,2%
UFG	2	0,2%
Conselho Municipal de Ciência e Tecnologia - Prefeitura Municipal de Vitória-ES	1	0,1%
DAAD	1	0,1%
Escola de Ultrassonografia e Reciclagem Médica Ribeirão Preto	1	0,1%
FAPEAL	1	0,1%
FAPEMA	1	0,1%
FAPEMAT	1	0,1%
FAPEMIG	1	0,1%
FAPES	1	0,1%
FUNASA	1	0,1%
FUNDUNESP	1	0,1%
GAP	1	0,1%
OPAS	1	0,1%
PATME - SEBRAE/FINEP	1	0,1%
PROMEP/MÉXICO	1	0,1%
SAMEAC/HC/UFC	1	0,1%
Secretaria de Saúde do Estado do Ceará	1	0,1%
SESA	1	0,1%
SUFRAMA	1	0,1%
UEL	1	0,1%
UFAM	1	0,1%
UFJF - PRÓ-REITORIA DE PESQUISA	1	0,1%
UFU	1	0,1%
UFV	1	0,1%
UNISO	1	0,1%
UNIVILLE (Pesquisador voluntário)	1	0,1%
Total	478	100,0%

Fonte: Banco de Teses da Capes

Pode-se verificar que as três agências financiadoras que mais se destacaram foram CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior com 252 (21,5%) frequências de aparecimento, seguida pelo CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico com 81 (6,9%) frequências e a FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo 32 frequências (2,7%).

Esses dados encontrados permitem indicar que a CAPES concede o maior número de bolsas de estudo visando o estímulo à formação de recursos humanos de alto nível, consolidando os padrões de excelência imprescindíveis ao desenvolvimento do nosso país. Assim, foram constatadas oito modalidades distintas de bolsas ofertadas por esta instituição e aqui descritas sucintamente:

- 1) 150 bolsas Capes – DS (Demanda Social): tem como objetivo promover a formação de recursos humanos de alto nível, por meio de concessão de bolsas a cursos de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado). As bolsas são concedidas a instituições avaliadas pela CAPES com nota igual ou superior a três.
- 2) 14 bolsas do Programa Institucional de Capacitação Docente e Técnica (PICDT) que financia a qualificação do corpo docente/técnico de instituições de ensino superior públicas, concedendo cotas de bolsas para a realização de cursos de Mestrado e Doutorado junto a cursos de pós-graduação avaliados pela CAPES. O programa é gerenciado pelas instituições de origem dos docentes e técnicos, através de uma Comissão de Capacitação Docente que conduz o processo de seleção e acompanha os bolsistas.
- 3) 13 bolsas do Programa de Suporte à Pós-Graduação de Instituições de Ensino Particulares - PROSUP - têm por objetivo apoiar discentes de programas de pós-graduação *stricto sensu* oferecidos por Instituições Particulares de Ensino Superior, contribuindo para a formação e manutenção de padrões de excelência e eficiência na formação de recursos humanos de alto nível, imprescindíveis ao desenvolvimento do País.
- 4) 11 bolsas do Programa de Apoio à Pós-Graduação (PROAP): é um programa cujo objetivo é financiar as atividades dos cursos de pós-graduação, proporcionando melhores condições para a formação de recursos humanos.
- 5) 4 bolsas do Programa de apoio à realização de cursos de pós-graduação *stricto sensu* interinstitucionais para a rede federal de educação profissional e tecnológica (Capes -

- MINTER): viabilizar a formação, em nível de pós-graduação *stricto sensu* no país, de docentes e técnicos administrativos estáveis das Instituições de Ensino Superior pertencentes à Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica (RFEPT).
- 6) 2 bolsas do Programa de Fomento à Pós-Graduação (PROF) cuja finalidade é promover a formação de recursos humanos de alto nível, atendendo assim as necessidades e especificidades das instituições públicas que oferecem programas de pós-graduação *stricto sensu* (mestrado e doutorado). Participam hoje do PROF as seguintes instituições: UFPE, UFPA, UFMA, FUFPI, UFRPE, UFV, UFLA, UFMG, UFSC, UFPR, UFRGS e UnB.
 - 7) 2 bolsas do Programa de apoio à Integração
 - 8) 1 bolsa do Programa de Qualificação Institucional. O PQI é um programa de apoio ao plano institucional de qualificação das IES, para executar projetos consubstanciados em ações de cooperação externa, em pesquisa e pós-graduação, que visem a formação de docentes e excepcionalmente de técnicos das instituições envolvidas. Esses projetos de cooperação, necessariamente sustentados por projetos de pesquisa, devem demonstrar o esforço institucional em alavancar mudanças no perfil do ensino, da pesquisa e da pós-graduação nas IES.
 - 9) 1 bolsa do Programa Brasileiro Alemão – PROBAL. É um programa de apoio à projetos conjuntos de pesquisa e cooperação científica das Instituições de Ensino Superior do Brasil e da Alemanha que promovam a formação em nível de pós-graduação (doutorado sanduíche e pós-doutorado) e o aperfeiçoamento de docentes e pesquisadores.
 - 10) 54 teses e dissertações não identificaram a modalidade de auxílio.

Outra agência financiadora que se destacou foi o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) com 81 registros recuperados. O CNPq é uma agência do Ministério da Ciência e Tecnologia (MCT) destinada ao fomento da pesquisa científica e tecnológica e à formação de recursos humanos para a pesquisa no país. Sua história está diretamente ligada ao desenvolvimento científico e tecnológico do Brasil contemporâneo.

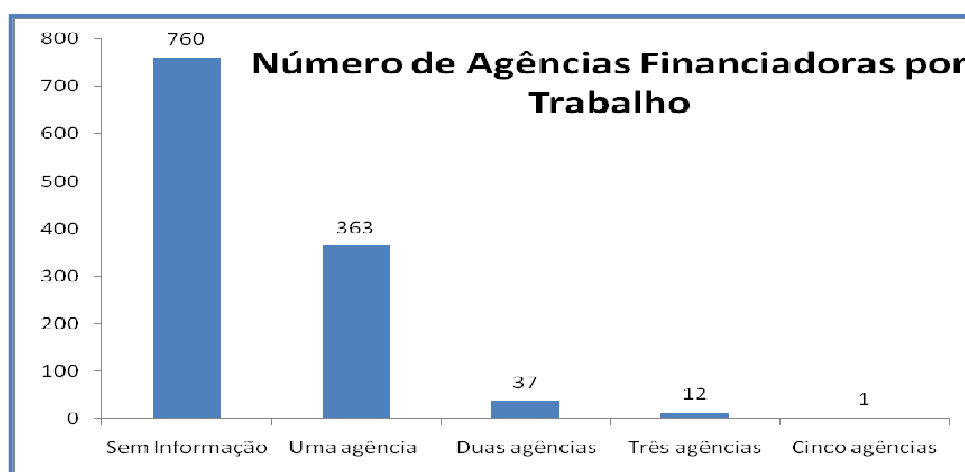
A terceira agência que mais financiou pesquisas no tema da prematuridade foi a FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo com 32 frequências de aparecimento. A FAPESP é uma das principais agências de fomento à pesquisa científica e tecnológica do país. Com autonomia garantida por lei, está ligada à Secretaria de Desenvolvimento Econômico, Ciência e Tecnologia do Governo do Estado de São Paulo.

Com um orçamento anual correspondente a 1% do total da receita tributária do Estado de São Paulo, apoia a pesquisa e financia a investigação, o intercâmbio e a divulgação da ciência e da tecnologia produzida em São Paulo. Em 2010 a agência distribuiu 778.994.272,72 em bolsas de estudos.

Outro fator relevante a ser mencionado é que dentro do universo de pesquisa investigado dos 1173 trabalhos recuperados, 413 obtiveram recursos financeiros, distribuídos da seguinte maneira: 363 (30,9%) foram apoiados por uma agência, 37 (3,2%) possuíram duas agências financiadoras, 12 (1,0%) se apresentaram com 3 agências e um trabalho (0,1%) computou cinco agências do fomento.

Verificou-se também a existência de 760 (64,8%) teses e dissertações que não apresentaram preenchido o campo Agência financiadora, conforme demonstrado na Figura 17.

Figura 17 – Número de agências financiadoras por trabalho



Fonte: Banco de Teses da Capes

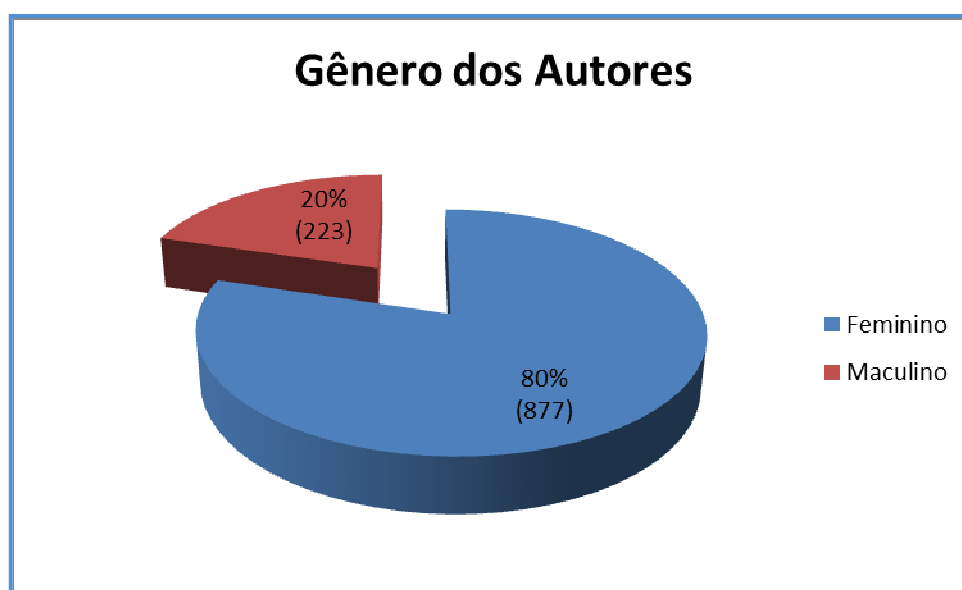
O grande número de trabalhos sem informação no campo agência de fomento revela que maioria das teses e dissertações produzidas na área de prematuridade não receberam investimentos das agências de fomento, pois este é um campo que possui preenchimento obrigatório no cadastro discente no sistema Capes. O campo agência de fomento quando aparece “em branco” revela que o aluno não foi bolsista de nenhuma agência financiadora. Isso pode indicar que muitos pesquisadores que ingressam na pós-graduação estão inseridos no mercado de trabalho, ficando impedidos de receberem financiamentos para suas pesquisas.

4.1.8 Indicadores de gênero

Segundo Aquino (2006) durante muito tempo as diferenças entre homens e mulheres foram naturalizadas, com base em teorias biológicas pretensamente neutras e que muitos autores têm buscado mostrar que isso resulta de concepções de gênero, nas quais o homem é considerado modelo universal do humano e a mulher como outro, especial, desviante.

Na presente pesquisa constatou-se a presença de 743 orientadores e 1100 autores das teses e dissertações. Do total do número de autores das teses e dissertações sobre prematuridade disponibilizadas no banco de teses da Capes verificou-se que 877 (79,8%) são do sexo feminino e 223 (20,2%) do sexo masculino. A Figura 18 ilustra esses achados.

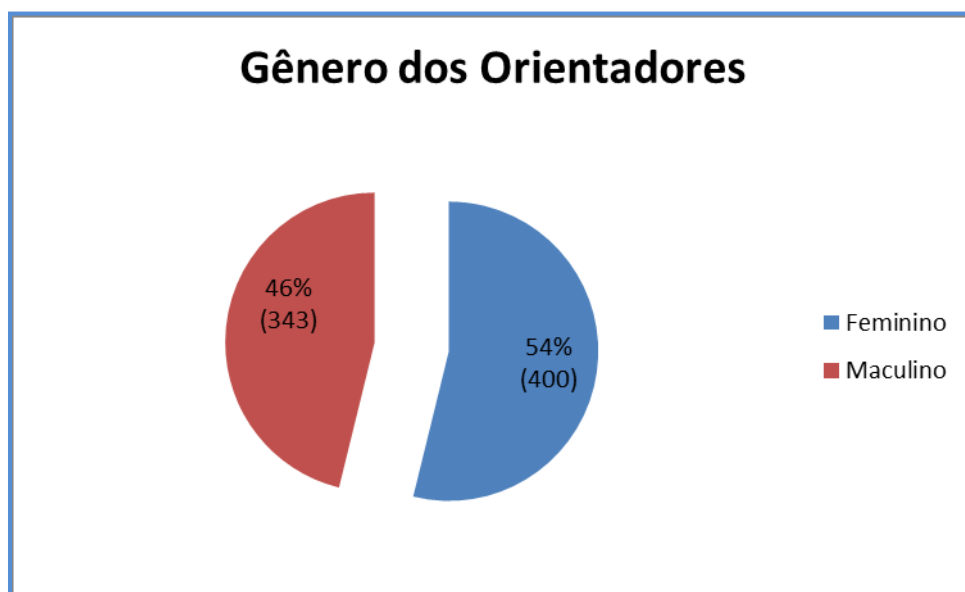
Figura 18 – Gênero dos autores das teses e dissertações



Fonte: Banco de Teses da Capes

Com relação aos orientadores das teses e dissertações, verificou-se a presença de 743 orientadores para direcionar os 1173 estudos na área de prematuridade disponibilizados no banco de teses da Capes. Dentre eles, 400 (54%) orientadores são do sexo feminino e 343 (46%) são do sexo masculino, conforme representado na Figura 19.

Figura 19 – Gênero dos orientadores das teses e dissertações



Fonte: Banco de teses da Capes

A noção de dois sexos biológicos surgiu somente no século XVIII, quando os órgãos reprodutivos foram distinguidos em termos linguísticos e ganharam centralidade absoluta na definição das diferenças entre os sexos. (AQUINO, 2006).

O termo gênero foi tomado emprestado da gramática, pelas feministas anglo-saxãs, referindo-se à organização social da relação entre os sexos, sendo adotado a partir da década de 1970. Até então, seu uso não gramatical era raro, sendo utilizado sexo para distinguir homens e mulheres. No final dos anos de 1980, sexo passou a ser reservado para definir comportamentos e práticas sexuais: sexo anal, vaginal oral, sexo seguro, profissionais do sexo, entre outros. (SCOTT, 1990 apud AQUINO, 2006).

Assim, a formulação do gênero como categoria analítica propiciou a produção de uma ampla bibliografia que se refletiu no campo de estudos das relações de gênero da ciência, conforme nos esclarece Hayahi et al. (2007). Os primeiros estudos analisaram a história da participação feminina nas instituições científicas, focados na história do acesso das mulheres aos significados de sua produção científica e seu status na profissão científica. Em seguida, os estudos passaram a questionar o modo pelo qual a própria ciência e a tecnologia definiam a

natureza da mulher e criticaram a natureza masculina da ciência. Por fim, os estudos preocuparam-se em revelar as distorções existentes nas próprias normas e métodos da ciência, como resultado da ausência das mulheres na ciência. (HAYASHI et al., 2007).

Ao longo da história percebe-se que o saber foi geralmente vetado à mulher: na Grécia, a mulher somente era admitida em algumas escolas filosóficas; na Idade Média, exclusivamente nos conventos e somente em alguns países, sua educação era permitida. A mulher também não tinha o direito à propriedade, era o pai, marido ou outro homem que aparecia nos registros de patentes, como o responsável pelas invenções feitas pelas mulheres. Nos séculos XVII e XVIII somente os homens podiam atuar como pesquisadores. (HAYASHI et al., 2007).

A partir do século XIX houve uma queda de barreiras para a presença das mulheres nas Universidades. Na América do Norte, o quadro modifica-se a partir do século XIX; na Suíça, durante a década de 1860; na França em 1880; na Alemanha em 1900 e em Cambridge as restrições caem somente a partir de 1947. (HAYASHI et al., 2007).

Atualmente, não se pode falar em exclusão das mulheres nas universidades e centros de pesquisa. Durante as duas últimas décadas a sua participação no mercado de trabalho vem crescendo cada vez mais, tendo alcançado em várias áreas importância significativa. No Brasil, a partir da mobilização política e da luta pela cidadania, as mulheres ocuparam as parcelas a que tinham direito na vida pública e no meio científico também. A absorção de mulheres pelo sistema brasileiro de ciência e tecnologia é um reflexo do que ocorre na sociedade, com concentrações e desigualdades localizadas. (HAYASHI et al., 2007).

Segundo Pablo Nogueira (2011), em seu artigo intitulado *A ciência das mulheres* o autor faz um relato sobre o percurso percorrido pelas mulheres no âmbito da ciência e tecnologia baseado em trabalhos elaborados por diversas pesquisadoras brasileiras de diferentes áreas do conhecimento como Isabel Tavares, coordenadora da área de iniciação científica do CNPq; Luci Muzzeti, professora da Faculdade de Ciências e Letras da UNESP em Araraquara; Léa Velho, professora do Departamento de Política Científica e Tecnológica do Instituto de Geociências da Unicamp; Jaqueline Leta, pesquisadora do Instituto de Bioquímica Médica da UFRJ, entre outras. Nesse artigo o autor esclarece que, embora atualmente as mulheres componham metade do total de pesquisadores, sua distribuição é desigual dentro das grandes áreas de conhecimento. No campo da linguística, letra e artes elas chegam a 67% e nas ciências da saúde a 60%. Nas ciências exatas, porém, são apenas 33% e

nas engenharias 26%. Na área de medicina, o número de mulheres tem crescido a partir de 1990 principalmente nas áreas de Pediatria, Dermatologia, Ginecologia e Clínica Geral.

Ainda nesse aspecto, outros estudos apontam para o mesmo achado. Com foco na participação feminina em autorias de dissertações e teses, Rosemberg (2001) fez um recorte em seu estudo referente à produção acadêmica contemporânea brasileira sobre educação e gênero, especificamente as mulheres. No período de 1981 a 1998, a autora identificou que das dissertações e teses pesquisadas, 92,3% eram de autoria do gênero feminino.

Em 2006, Aquino elaborou um estudo com objetivo de descrever o perfil e as tendências da atividade científica sobre gênero e saúde no Brasil, também utilizando dados do Diretório de Grupos de Pesquisa do CNPq, do Banco de Teses da Capes e de quatro periódicos da área da saúde. Ficou registrado que as mulheres são autoras de 86% das teses e 89% das dissertações e 70,5% dos artigos.

Vieira e Maciel (2007) constataram que 75% das teses e dissertações sobre Educação disponibilizadas no banco de teses da Capes foram escritas por mulheres.

Também em 2007 Hayashi e seus colaboradores verificaram a questão do gênero na ciência e tecnologia dos grupos de pesquisa do CNPq, no Instituto de Ciência e Tecnologia de Informação e Tecnologia (IBICT) onde a participação feminina passou de 39% no ano de 1995 para 47 em 2004.

Já a sub-representação feminina nas ciências “duras” é um fenômeno internacional. O mais recente estudo sobre o tema realizado pela Universidade da Califórnia em Berkeley e divulgado em dezembro de 2010, mostrou que as americanas obtêm pouco mais de 50% dos PhDs nas áreas de ciências sociais e ciências da vida e chegam a passar os 70% em psicologia. Mas respondem por menos de 28% das teses defendidas em física e 22% em engenharia e matemática. (NOGUEIRA, 2011).

As causas para esse fenômeno são motivo de debate. Uma linha de argumentação enfatiza as diferenças no processo de educação, pois enquanto os meninos são estimulados a mexer com instrumentos associados ao mundo masculino, como ferramentas e máquinas, as meninas passam por um processo de socialização, onde tomam contato com temas como o cuidado, os relacionamentos e a alimentação. Esses vieses seriam depois incorporados para os interesses de pesquisa. (NOGUEIRA, 2011).

Os estereótipos também teriam o poder de afastar as mulheres jovens da opção de determinadas carreiras. É o caso da velha história de que homens e mulheres têm aptidões desiguais para o raciocínio matemático. Professores sabem que, até por volta dos 12 anos, meninos e meninas possuem habilidades numéricas semelhantes e a partir de então, o interesse e as notas delas diminuem. Se as causas para a queda de desempenho devem-se à socialização, à biologia ou a uma combinação dos dois fatores, ainda não se sabe. Mas a simples crença de que mulheres são piores em matemática parece ter efeito sobre elas. (NOGUEIRA, 2011).

Ainda sob a ótica de Nogueira (2011, p.25) “no mundo pós-feminismo a academia é hoje um espaço mais equilibrado entre os gêneros, mas as cientistas ainda sofrem com estereótipos e competem em desigualdade com os homens na corrida pela ascensão na carreira”.

4.1.9 Indicadores das concepções de risco

A prematuridade é decorrente de diversas circunstâncias ocorrendo em todos os lugares e classes sociais. Acarreta às famílias e à sociedade um custo social e financeiro elevados, exigindo da estrutura assistencial capacidade técnica e equipamentos nem sempre disponíveis. Por isso é preciso avaliar os componentes que influenciam e são influenciados pelo complexo processo do nascimento prematuro. (RAMOS; CUMAN, 2009).

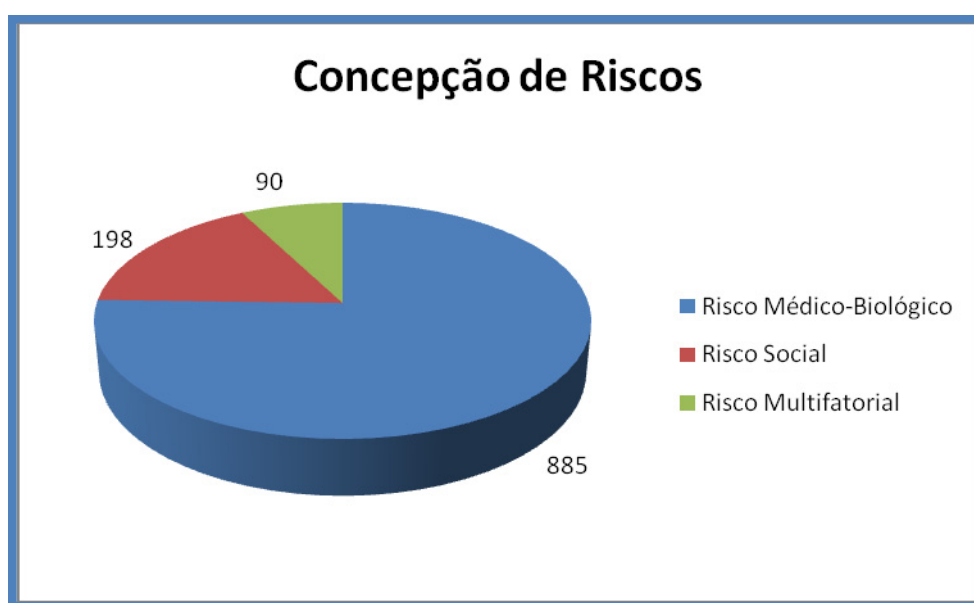
A prematuridade tem sido estudada em diferentes países e os estudos constatam que inúmeras são as causas que levam um bebê a nascer prematuro, especialmente as relacionadas ao aparelho genital feminino, alterações placentárias e excesso de líquido amniótico. Fatores dessa natureza são os denominados fatores médicos e biológicos. Fatores de outra natureza como a idade materna (maior incidência em mães mais jovens), infecções maternas, primiparidade (mais frequente no primeiro filho) são classificados como fatores de risco social. (RAMOS; CUMAN, 2009).

Para Assunção (2010), as causas são multifatoriais e estão relacionadas às dimensões socioeconômica, psicossocial e biológica que se interrelacionam e se sobrepõem sendo que esses fatores de risco diferem entre as populações e os grupos étnicos.

Sendo assim, por meio da leitura dos resumos das 1173 teses e dissertações foi possível estabelecer três categorias de concepções de fatores de riscos que levam à ocorrência da prematuridade: a concepção de risco médico-biológica, a concepção de risco social e a concepção de risco multifatorial.

Ficou constatado que a concepção de risco predominante é a concepção médico/biológico relacionado à prematuridade com 75,44%, seguida pela concepção de risco social, com 16,87% e 7,68% pelas causas multifatoriais, conforme demonstrado na Figura 20.

Figura 20 – Concepção de riscos da prematuridade



Fonte: Banco de teses da Capes

Segundo Ramos e Cuman (2009) a principal forma de intervir e prevenir agravos ou riscos é justamente o conhecimento e o monitoramento desses fatores, bem como das condições de nascimento, considerando o estado geral, as condições de saúde da mãe e a assistência prestada no processo de nascimento, principal marco do ciclo gravídico-puerperal, possibilitando direcionar e adotar medidas preventivas e curativas de forma adequada à realidade.

4.1.10 Indicadores dos locais das coletas de dados

Neste tópico são apresentados os locais das coletas de dados utilizados pelos pesquisadores para a realização dos estudos de mestrado e doutorado produzidos nas instituições de ensino superior e disponibilizadas no Banco de Teses da Capes.

Após uma nova releitura dos resumos, foi possível identificar os locais onde as coletas de dados foram realizadas. Os locais que mais se destacaram estão representados na Tabela 5, a seguir.

Tabela 5 – Locais das coletas de dados dos estudos

Locais das coletas de dados	Frequência	%
Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN)	337	28,72
Municípios	277	23,61
Maternidades públicas e privadas	88	7,50
Ambulatórios	31	2,64
Departamentos das Universidades	6	0,52
Creches	2	0,18
Sem informação	432	36,83
Total	1173	100

Fonte: Dados coletados pela autora no Banco de Teses da Capes¹

Verifica-se que, pela característica médico/biológica dos estudos, estes são realizados em sua maioria em Unidades de Terapia Intensiva Neonatais – UTIN, hospitais e maternidades. Isso porque, segundo Gasparido, Martinez e Linhares (2010), o desenvolvimento do recém-nascido pré-termo fora da vida uterina se inicia, em geral, no contexto hospitalar, mais comumente, em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. A UTIN caracteriza-se como uma área de assistência a recém-nascidos criticamente enfermos, altamente vulneráveis, que necessitam de cuidados especiais e contínuos, o que exige dos profissionais envolvidos grande conhecimento científico, habilidade técnica e capacidade de realizar avaliações particularmente criteriosas desses pacientes. Esses fatores contribuem para o sucesso dos tratamentos realizados permitindo que um grande número de recém-nascidos pré-termo sobreviva nos dias atuais. (DUARTE; ELLEN SOHN; 2007).

A equipe das Unidades de Tratamentos Intensivos Neonatias, dos hospitais e das maternidades é formada por médicos, enfermeiras, além de outros profissionais de saúde e pessoal de apoio, contando com a retaguarda de exames complementares, laboratoriais e

¹Os dados foram coletados fielmente de acordo com os relatos dos resumos disponibilizados no Banco de Teses da Capes.

radiológicos, tudo funcionando 24 horas por dia. Equipamentos modernos como incubadoras de última geração, respiradores, monitores cardíacos e de oxigenação, entre muitos outros, são obrigatórios nestes ambientes, de modo a garantir todos os cuidados que o bebê precisa. (DUARTE; ELLENSOHN; 2007).

Nesses ambientes também ocorrem os primeiros contatos entre as mães, os pais e demais familiares e os bebês prematuros. Daí os estudos relatados em nossa pesquisa sobre as experiências de se ter um bebê prematuro, os cuidados que deverão prestar aos seus filhos dentro e fora dos hospitais, o incentivo ao aleitamento materno, entre outros assuntos já relatados.

Além disso, a literatura já demonstrou os benefícios da intervenção precoce no desenvolvimento neurológico dos prematuros.

Também vale observar que em 432 pesquisas não foi possível identificar os locais das coletas de dados nos referidos resumos. Cabe aos pesquisadores redigirem seus resumos contendo todos os dados da pesquisa, facilitando o trabalho dos pesquisadores que se dedicam à análise da produção científica e também a leitura por parte dos demais interessados em suas pesquisas.

4.1.11 Indicadores dos participantes das pesquisas²

Neste item são identificados os participantes dos estudos, ou seja, a população-alvo da produção científica investigada neste estudo, representada pelas teses e dissertações disponibilizadas no banco de teses da Capes sobre a temática prematuridade.

Entende-se por participantes da pesquisa (ou população-alvo) os indivíduos sobre os quais o pesquisador conduz a pesquisa, podendo obter informações por intermédio de intervenção ou interação diretamente com o indivíduo e também por meio de dados privados e identificáveis, como por exemplo, as fontes documentais. (FAMILY HEALTH INTERNATIONAL, 2011).

² Os dados foram coletados fielmente de acordo com os relatos dos resumos disponibilizados no Banco de Teses da Capes.

Na leitura dos resumos das 1173 teses e dissertações foram encontradas 11 diferentes categorias de participantes, descritos na Tabela 6.

Tabela 6 – Categorização geral dos participantes dos estudos

Participantes dos Estudos	Descrição	Frequência	%
Prematuros	Lactente humano nascido antes de 37 semanas de gestação	459	39,14
Gestantes	Mulheres que estão grávidas	178	15,18
Mães (incluindo estudos envolvendo a díade mãe-filho)	Genitores do sexo feminino	127	10,83
Indivíduos de faixa etária entre recém-nascidos até adultos	(Recém-nascido, lactente, pré-escolar, criança, adolescente, adulto)	176	8,52
Puérperas	Compreende o período logo após se dar o nascimento	33	2,81
Profissionais da saúde	Indivíduos que trabalham na provisão de serviços de saúde quer como médicos individuais ou empregados de instituições e programas de saúde, profissionais de saúde treinados ou não, sujeitos ou não a regulamento público.	28	2,40
Pais (incluindo estudos envolvendo a díade pai-filho)	Genitores do sexo masculino	13	1,10
Família	Grupo social que consiste de pais ou pais substitutos e crianças	11	0,93
Outros	(documentos, incubadoras, análise de software, construção de aparelho para apneia do sono, políticas públicas de atendimento a criança pré-termo, UTI, placentas, fórmulas de leites infantis, entre outros)	134	11,42
Sem informação		12	0,18
Total		1173	100

Fonte: Dados coletados pela autora no Banco de Teses da Capes

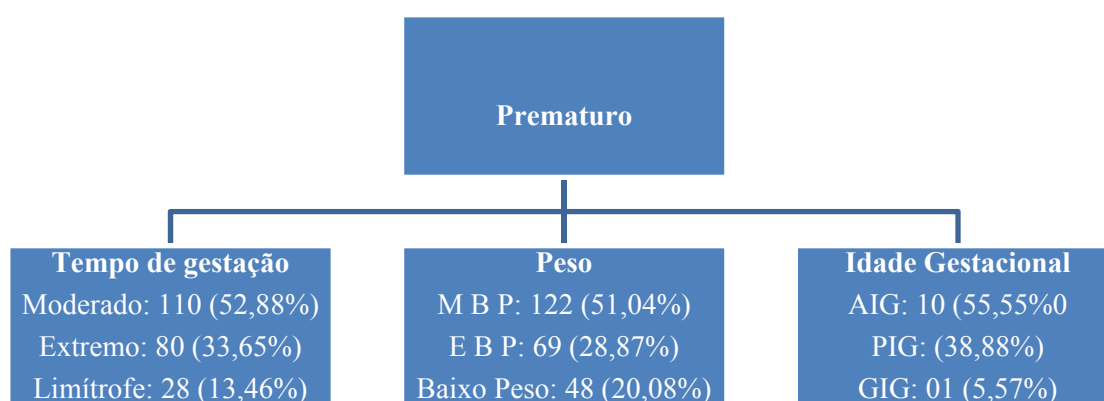
Verifica-se que a população-alvo que aparece com maior frequência é o próprio prematuro com 39,14%, seguido pelas gestantes com 15,18% de ocorrências, mães com 10,83%, documentos (8,52%), indivíduos da faixa etária entre recém-nascidos até adultos com 8,52%.

A presença do maior número de participantes prematuros justifica-se porque o critério de busca para a recuperação dos registros foi justamente o indivíduo prematuro. Portanto, o foco principal do trabalho são os recém-nascidos pré-termo. As outras categorias de participantes são encontradas porque a prematuridade é um assunto que emerge nos resultados dos registros selecionados.

Para o detalhamento da caracterização dos participantes prematuros foram utilizadas informações sobre o tempo de gestação, o peso ao nascimento e a idade gestacional. Para as categorias gestantes, mães, indivíduos e puérperas, o critério utilizado foi a classificação por faixa etária, quando possível a identificação dessa informação nos resumos das teses e dissertações.

Dos 1173 registros que abordam a temática prematuridade, 459 (39,64%) tratam diretamente da criança prematura. Desses, 202 (44%) não possuem as especificações exatas sobre peso, tempo de gestação e tamanho relacionado à idade gestacional relatadas em seus resumos. Sendo assim, foi possível identificar a classificação dos prematuros em 257 registros (56%) e estes estão representados na Figura 21, a seguir. Cabe mencionar que a variável tempo de gestação foi identificada em 208 registros, o peso em 239 registros (possuindo mais de categoria) e a variável idade gestacional em 18 registros.

Figura 21 – Classificação dos participantes prematuros



Fonte: Dados coletados pela autora no Banco de Teses da Capes

Como observado, a maioria dos estudos foi realizada em indivíduos com prematuridade moderada e com muito baixo peso, ou seja, que nasceram entre 31 a 34 semanas com peso inferior a 1500g.

Outras categorias que emergiram nos estudos foram as mães, os pais, as puérperas e os familiares das crianças pré-termo. A presença dessas categorias pode ser justificada, entre outras razões, pelos estudos voltados às análises psicológicas destes em relação à experiência em se ter um filho prematuro e também pelos inúmeros estudos voltados a humanização do atendimento à criança pré-termo por intermédio do Método Mãe Canguru (MMC). O MMC se constitui em assistência neonatal que prevê o contato pele a pele em tempo mais imediato, que seja possível, entre a mãe / pai / familiar significativo e o recém-nascido prematuro e/ou de baixo peso. O contato deve ser de forma crescente e pelo tempo que ambos sentirem ser prazeroso e suficiente, permitindo, dessa forma, maior participação dos pais/responsáveis no cuidado ao recém-nascido. (BRASIL, 2002).

A família, principalmente, a figura da mãe pode influenciar no impacto dos efeitos da prematuridade, sendo reconhecida como uma variável moderadora no processo de desenvolvimento dos seus filhos.

Diversos estudos como os de Fraga et al., (2009, 2008), Nobre et al. (2009), Linhares (2004) e Linhares et al. (2003), apontam que a presença da ansiedade e depressão materna podem comprometer o desempenho de tarefas motoras como segurar objetos, sentar, ganhar a posição vertical sendo que a mãe pode realizar intervenções desnecessárias com o objetivo de dirigir o comportamento da criança, interferindo na realização das atividades.

Por outro lado, os mesmos pesquisadores constataram que ansiedade materna pode contribuir para o desenvolvimento cognitivo da criança, pois as mães ficaram mais alertas e ativas na interação com seus bebês, possivelmente estimulando e direcionando mais as atividades de seus filhos.

Portanto, segundo Linhares et al. (2003) e Nobre et al. (2009) o desenvolvimento futuro da criança encontra-se associado à saúde neonatal do bebê, assim como a características maternas, variáveis do ambiente familiar e programas de intervenção precoce para detecção, atenuação e se possível reversão de problemas.

Neste sentido, é de grande importância a realização de estudos de seguimento longitudinal para acompanhar o processo de desenvolvimento do bebê pré-termo, a fim de favorecer processos de resiliência e identificar as crianças elegíveis para intervenções especializadas, seja no âmbito educacional ou terapêutico. Para Linhares et al. (2000) estudos longitudinais são fundamentais para detectar tanto os indicadores de problemas como para revertê-los ou minimizá-los, quanto os recursos da criança e da família, para ativá-los ou potencializá-los. Para Nobre et al. (2009) a avaliação sistemática pode possibilitar a identificação de possíveis riscos para o desenvolvimento típico e, conseqüentemente, tal prática pode possibilitar o acompanhamento e a realização da intervenção.

Daí a constatação em nossos estudos de um grande número de pesquisas realizadas pelos programas de pós-graduação das instituições de ensino superior envolvendo as mães, os pais, as puérperas e os familiares das crianças pré-termo.

Com relação às pesquisas cuja fonte de consulta é o documento, Sá-Silva, Almeida e Cuidani (2009) enfatizam que o uso desses documentos deve ser apreciado e valorizado. Segundo esses autores, a riqueza de informações que deles podemos extrair e resgatar justifica o seu uso em várias áreas do conhecimento porque possibilita ampliar o entendimento de objetos cuja compreensão necessita de contextualização histórica e social. Outra justificativa apresentada para o uso de documentos em pesquisa é que ele permite acrescentar a dimensão do tempo à compreensão do social.

Ludke e Andre (1986, p.39) apresentam algumas vantagens no uso de documentos para subsidiar as pesquisas. Segundo esses autores a primeira delas é o custo, em geral baixo, requerendo apenas investimento de tempo e atenção por parte do pesquisador para selecionar e analisar os mais relevantes. Outra vantagem é que os documentos são uma fonte não reativa, permitindo a obtenção de dados quando o acesso ao sujeito é impraticável ou quando a interação com os sujeitos pode alterar seu comportamento ou seus pontos de vista.

Entende-se por documentos todas as representações materiais que indicam por escrito à existência de atos ou fatos. (DeCS, 2011).

Para efeito de estudos, as fontes documentais foram divididas em três categorias: fontes primárias, fontes secundárias e fontes terciárias. (LIMA; MIOTO, 2007).

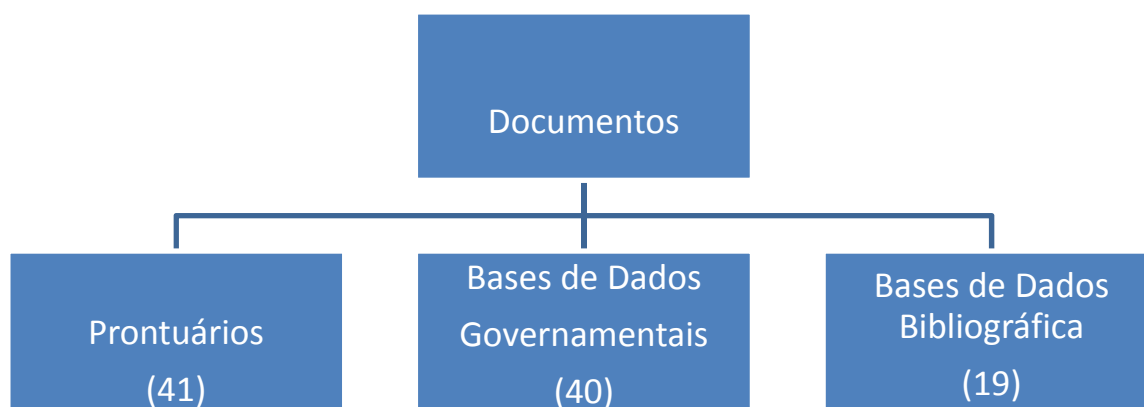
As fontes primárias contêm os trabalhos originais com conhecimento original e publicado pela primeira vez pelos autores. Como exemplos podem ser citados livros, teses universitárias, relatórios técnicos, artigos em revistas científicas, anais de congressos.

Chamamos de fontes secundárias os trabalhos não originais e que basicamente citam, revisam e interpretam trabalhos originais. São os artigos de revisão bibliográfica, livros-texto, tratados, enciclopédias, artigos de divulgação.

As fontes terciárias contêm índices categorizados de trabalhos primários e secundários, com ou sem resumo. São as bases de dados bibliográficos, índices e listas bibliográficas.

Na presente pesquisa foram recuperados 100 registros cujo foco é a pesquisa documental. Os documentos puderam ser divididos em três diferentes categorias documentais: 1) prontuários médicos; 2) bases de dados governamentais; 3) bases de dados bibliográficos. Os prontuários médicos foram os que mais se destacaram com 41 ocorrências, seguido pelos bancos de dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e do Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC) com 40 frequências e 19 dissertações e teses são pesquisas de revisão bibliográfica realizadas nas bases de dados Lilacs, Medline, PubMed, Cochrane e Science Direct. A Figura 22 ilustra esses achados.

Figura 22 – Fontes documentais



Fonte: Dados coletados pela autora no Banco de Teses da Capes

Prestes Junior e Rangel (2007) conceituam o prontuário médico como o acervo documental do paciente, organizado e conciso, referente ao registro dos cuidados médicos prestados, assim como todas as informações, exames, procedimentos e quaisquer documentos pertinentes a essa assistência.

Para Galvão e Ricarte (2011) o prontuário do paciente é um documento essencial para a assistência integral e continuada ao paciente, colaborativamente construído a partir de informações registradas pela equipe multiprofissional de saúde sobre os aspectos físicos, mentais e sociais do paciente.

Em tal documentação deve constar a anamnese, o exame clínico, a prescrição terapêutica, os relatórios de enfermagem e de outros serviços, descrição de cirurgias, ficha anestésica, exames de qualquer natureza, e ainda deve ser minuciosa na descrição das circunstâncias em que os mesmos foram realizados. Nele são descritos também o horário e dose da medicação, todos os sintomas, reações, procedimentos e cirurgias realizadas, revelando com precisão as condutas adotadas e permitindo com isso, a avaliação dos prestadores de serviço. Tudo o que for tratado ou decidido com o paciente e seus familiares, deverá constar no seu prontuário médico. (PRESTES JUNIOR; RANGEL, 2007).

Por isso é uma importante fonte informacional não só para os médicos, mas também para o paciente, para o hospital e também para o ensino e a pesquisa. Pinheiro e Lobo (s.d., p.97-98) e Galvão e Ricarte (2011) apontam várias utilidades desse tipo de documento, como:

- Para o paciente é útil, pois possibilita um atendimento, diagnóstico e tratamento mais rápidos, eficientes e econômicos, sempre que houver necessidade de reinternação ou transferência para os setores de outras especialidades. Também pode apresentar-se como instrumento de defesa, em caso de possíveis prejuízos ou de reivindicação de direitos perante o médico;
- Para o médico o prontuário bem elaborado representa um instrumento de grande valia para o diagnóstico e tratamento definitivo da doença. Possibilita o fornecimento de laudos com maior segurança, servindo também como um instrumento da defesa de sua atividade profissional.
- Para o hospital a existência de bons prontuários, permite maior rotatividade de pacientes, reduz o uso indevido dos equipamentos e serviços, evitando a repetição desnecessária de exames. O prontuário é o documento de maior valor também para a

defesa do hospital contra possíveis acusações de pacientes e permite a qualquer tempo um conhecimento exato do tratamento feito e do resultado alcançado;

- Para o ensino e pesquisa possibilita o conhecimento de inúmeros casos com todas as variáveis antecedentes, concomitantes e consequentes da enfermidade, sendo campo para pesquisa e fonte dos mais diversos dados estatísticos de incidência.

As chefias de clínica e de serviços, os diretores técnicos e as assessorias jurídicas das Instituições de Saúde têm um papel fundamental na divulgação da importância de uma correta escrituração dos prontuários médicos. (PRESTES JUNIOR; RANGEL, 2007).

Em 10 de julho de 2002, o Conselho Federal de Medicina (CFM) editou a Resolução CFM nº 1638, que "define prontuário médico e torna obrigatória a criação da Comissão de Revisão de Prontuários nas instituições de saúde". Compete à Comissão de Revisão de Prontuários:

- I) Observar os itens que deverão constar obrigatoriamente do prontuário confeccionado em qualquer suporte, eletrônico ou papel;
- II) Nos prontuários em suporte de papel é obrigatória a legibilidade da letra do profissional que atendeu o paciente, bem como a identificação dos profissionais prestadores do atendimento. São também obrigatórias a assinatura e o respectivo número do CRM;
- II) Assegurar a responsabilidade do preenchimento, guarda e manuseio dos prontuários, que cabem ao médico assistente, à chefia da equipe, à chefia da Clínica e à Direção técnica da unidade. (OSELKA, 2002).

Com a evolução tecnológica, principalmente a informatização de hospitais, houve a possibilidade do desenvolvimento de novos métodos de armazenamento de dados na área médica resultando no prontuário eletrônico. Hoje, o prontuário médico informatizado já é uma realidade sendo utilizado, rotineiramente, em muitas instituições de saúde do país. (GALVÃO; RICARTE, 2011).

A construção do prontuário eletrônico do paciente demanda metodologias informacionais e tecnológicas, se tornando um campo de trabalho fértil e interdisciplinar entre o bibliotecário, profissionais da saúde e informática já que esse tipo de suporte informacional requer informações relacionadas aos processos de criação, comunicação, identificação,

seleção, aquisição, organização e recuperação, armazenagem, preservação, análise e síntese, e avaliação da informação. Assim, apresenta demandas propícias para a atuação propositiva do profissional da informação e constitui campo de pesquisa para que a ciência da informação, de um lado, contribua com a saúde e, de outro, amplie, teste e aperfeiçoe suas teorias, hipóteses e metodologias. (GALVÃO; RICARTE, 2011).

Portanto, fica confirmada a relevância dos prontuários médicos tanto para a prática da medicina quanto para a pesquisa e o ensino e também como grandes fontes informacionais para as pesquisas nas diversas áreas do conhecimento, entre elas a Ciência da Informação e as Ciências da Saúde.

Outras duas fontes de informação utilizadas pelos pesquisadores para a elaboração das teses e dissertações sobre a temática prematuridade é o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações Sobre Nascidos Vivos (SINASC) que foram criados pelo Ministério da Saúde para regularizar a obtenção de dados sobre natalidade e mortalidade em nosso país. O SIM foi criado em 1975 para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país. A partir da sua criação foi possível a captação de dados sobre mortalidade, de forma abrangente e confiável, para subsidiar as diversas esferas de gestão na saúde pública. Com base nessas informações é possível realizar análises de situação, planejamento e avaliação das ações e programas na área proporcionando a produção de estatísticas de mortalidade e a construção dos principais indicadores de saúde. A análise dessas informações permite estudos não apenas do ponto de vista estatístico e epidemiológico, mas também sócio-demográfico. (BRASIL, 2011a).

O SINASC foi criado em 1990 com o objetivo de reunir informações epidemiológicas referentes aos nascimentos informados em todo território nacional. Sua implantação ocorreu de forma lenta e gradual em todas as unidades da Federação e por intermédio desses registros é possível subsidiar as intervenções relacionadas à saúde da mulher e da criança para todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS), como ações de atenção à gestante e ao recém-nascido. O acompanhamento da evolução das séries históricas do SINASC permite a identificação de prioridades de intervenção, o que contribui para efetiva melhoria do sistema. (BRASIL, 2011a).

Para Ramos e Cuman (2009) o acompanhamento estatístico dos nascimentos foi um avanço significativo na área da epidemiologia porque possibilitou conhecer e saber quem

nasce, como nasce, onde nasce e em que condições nasce. Isso só foi possível com a implantação do Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), por meio da Declaração de Nascido Vivo (DN), padronizada nacionalmente e preenchida nos hospitais e em outras instituições de saúde nos quais ocorrem partos, e nos Cartórios de Registro Civil para os partos domiciliares. O SINASC propicia um aporte significativo de dados sobre a gravidez, o parto e as condições da criança ao nascer, com suas características mais importantes. Esses dados são relevantes para análises epidemiológicas, estatísticas, demográficas, e para a definição de prioridades das políticas de saúde. As informações são consolidadas pelos estados e municípios.

Para Almeida et al. (2010), as redes epidemiológicas que buscam analisar os dados de morbidade e mortalidade de diversas unidades neonatais, são capazes de fornecer dois tipos de informação: primeiramente, podem retratar em tempo real a morbidade e mortalidade neonatal em centros com características específicas e comparar estes dados aos nacionais e internacionais. Por outro lado, ao permitir a comparação entre os diversos centros, as informações obtidas possibilitam estudar as melhores estratégias para diminuir a mortalidade e morbidade neonatal, baseadas em processos de melhoria da qualidade da assistência perinatal.

Portanto, torna-se fundamental conhecer as características de um grupo populacional, pois este conhecimento contribui para a redução dos índices dos indicadores de saúde, principalmente o coeficiente de mortalidade infantil. Esses dados alicerçam, direcionam e subsidiam as ações propostas pelos diversos serviços de assistência inclusive a assistência à saúde, bem como sua forma de execução. Portanto, uma avaliação contínua desses indicadores de saúde pelas administrações públicas forneceria estratégias para assistência integral à criança e instrumentos para redução da incidência de morbimortalidade infantil. (ALMEIDA et al., 2010; RAMOS; CUMAN, 2009).

Com relação às bases de dados utilizadas pelos mestrandos e doutorandos para a realização das teses e dissertações foram encontradas a LILACS, MEDLINE, PubMed, Cochrane Library e Science Direct. Isto porque estas são as maiores e mais importantes bases existentes na área das Ciências da Saúde.

A LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde é uma base de dados cooperativa do Sistema BIREME e que compreende a literatura relativa às Ciências da Saúde, publicada nos países da região, a partir de 1982. Contém artigos de cerca

de 670 revistas mais conceituadas da área da saúde, atingindo mais de 350 mil registros, e outros documentos tais como: teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnico-científicos e publicações governamentais. Está disponível nos idiomas Português, Espanhol e Inglês.

A MEDLINE - Medicina online abrange o período de 1966 até a atualidade disponibilizando a literatura internacional da área médica e biomédica, produzida pela NLM (National Library of Medicine, USA) contendo referências bibliográficas e resumos de mais de 5.400 títulos de revistas publicadas nos Estados Unidos e em outros 80 países. Contém aproximadamente 17 milhões de registros cobrindo as áreas de: medicina, biomedicina, enfermagem, odontologia, veterinária e ciências afins. A atualização da base de dados é mensal e os registros estão disponíveis no idioma inglês.

Uma observação importante sobre a Medline é que esta base indexa poucas revistas correntes do Brasil e da América Latina o que gera uma não visibilidade das revistas latino-americanas indexadas na Lilacs. A não representatividade das revistas latino-americanas foi que motivou a criação da Lilacs. (PELLIZZON; POBLACIÓN; GOLDENBERG, 2003).

A base de dados PubMed é um serviço da *US National Library of Medicine*, que inclui mais de 17 milhões de citações da Medline e outros periódicos da área biomédica. (EUA NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE, 2011).

A diferença entre a Medline e o PubMed é que este contém as citações do Medline e também as citações de artigos antes que ele seja indexado ao MEDLINE; citações que antecedem a data em que a revista foi selecionada para indexação na MEDLINE (quando fornecido eletronicamente pelo editor) e citações de artigos que estão fora do escopo de algumas revistas da Medline, a ciência em geral e principalmente periódicos de química geral. (EUA NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE, 2011).

A Cochrane Library é uma Coleção de fontes de informação de boa evidência em atenção à saúde, no idioma inglês. Inclui as Revisões Sistemáticas da Colaboração Cochrane, em texto completo, além de ensaios clínicos, estudos de avaliação econômica em saúde, informes de avaliação de tecnologias de saúde e revisões sistemáticas resumidas criticamente. (COCHRANE BVS, 2011).

A base de dados da Science Direct foi desenvolvida pela editora Elsevier sendo composta por textos completos provenientes de mais de 1.800 revistas científicas de responsabilidade da editora, com mais de 10 milhões de artigos nas áreas científica, tecnológica e médica, representando aproximadamente 25% da produção científica mundial. Também oferece aos seus usuários livros eletrônicos, manuais e obras de referência em diversas áreas do conhecimento, com acesso rápido e confiável. (ELSEVIER, 2011).

A presença das diferentes fontes documentais, na opinião de Ludke e Andre (1986) justifica-se porque a escolha desses documentos não ocorre aleatoriamente, havendo propósitos, ideias ou hipóteses guiando a sua seleção.

Além dos prematuros, foi possível identificar participantes de diversas faixas etárias englobando desde o recém-nascido até o indivíduo adulto, conforme demonstrado no Tabela 6. A Tabela 7 demonstra a frequência de aparecimento dos participantes e a descrição das respectivas faixas etárias³.

Tabela 7 – Faixa etária dos participantes

Faixa etária	Descrição	Frequência	%
Recém-nascido	Criança durante o primeiro mês após o nascimento	93	33,49
Lactente	Crianças entre 1 e 23 meses de idade	52	22,90
Pré-escolar	Crianças de 2 até 5 anos de idade	39	17,18
Criança	Indivíduos de 6 a 12 anos de idade	34	14,98
Adolescente	Pessoa com 13 a 18 anos de idade	8	3,53
Adulto	Pessoa com 19 até 44 anos de idade	1	0,44
Total		227	100

Fonte: Dados coletados pela autora no Banco de Teses da Capes

Esses achados podem ser explicados pela presença de estudos longitudinais que relatam a idade do indivíduo no momento da realização do estudo (de recém-nascidos a adulto), mas que apresentaram o histórico de nascimento prematuro, ou seja, que nasceram antes de completar 37 semanas de gestação.

³Os dados foram coletados fielmente de acordo com os relatos dos resumos disponibilizados no Banco de Teses da Capes.

Os dados apresentados na Tabela 6 apontam um equilíbrio nas fases das faixas etárias estudadas, com atenção especial para os grupos de 0 a 23 meses e de 2 até 12 anos de idade.

Na fase que engloba o período de 0 a 23 meses de idade, a literatura relata que a aplicação dos testes de triagem ou rastreamento para problemas de desenvolvimento são importantes porque podem detectar diversos sinais de riscos que requerem intervenção precoce. Deste modo, é de extrema importância acompanhar o desenvolvimento nos primeiros anos de vida pós-natal devido a esta ser a fase em que a criança apresenta maior plasticidade cerebral. (NOBRE et al., 2009).

Os estudos que englobam o período de 2 até 6 anos apontam que na idade pré-escolar as crianças podem apresentar alguma limitação funcional em suas atividades motoras, de comunicação ou de autocuidados. Na idade escolar (6 a 12 anos) muitos ex-prematuros conseguem ter desempenho normal, mas, à medida que aumentam os desafios intelectuais na escola, podem surgir novos problemas neuropsicológicos, comportamentais e de aprendizagem. As taxas de deficiências neurosensoriais e cognitivas, de distúrbios psicológicos e comportamentais são elevadas em escolares nascidos de muito baixo peso. (RUGOLO, 2005a).

Sendo assim, na visão de Nobre et al. (2009) os estudos longitudinais são de suma importância para a compreensão dos fatores de riscos e proteção, identificação dos recursos e das dificuldades no desenvolvimento dos indivíduos e também para subsidiar intervenções preventivas ou terapêuticas ao longo da vida.

Os profissionais envolvidos com o atendimento da criança pré-termo encontrados nos registros selecionados foram: equipe de enfermagem (enfermeiros de UTIN e enfermeiros de centros de saúde, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, atendentes de enfermagem); fonoaudiólogos; professores da rede pública de ensino; dentistas; equipe de saúde neonatal (pediatras, neonatologistas) e médicos ginecologistas e obstetras. Isto porque, devido às características médico/biológica dos estudos, os profissionais da área da saúde são os primeiros a terem contato com os prematuros, iniciando o processo de cuidar desses pacientes. Após o período de internação outros profissionais entram em ação para poder proporcionar a esses indivíduos um crescimento global de todas as suas necessidades tanto físicas como intelectuais e emocionais bem como prestar assistência às suas respectivas famílias.

4.1.12 Indicadores do delineamento da tipologia dos estudos⁴

Para descobrir o caminho metodológico percorrido pelos autores das teses e dissertações para a elaboração dos seus trabalhos foram identificados os tipos de delineamento dos estudos envolvendo a temática prematuridade, disponíveis no Banco de Teses da Capes.

Para a identificação das categorias foi realizada a leitura dos 1173 resumos, onde foram encontrados 55 diferentes tipos de delineamento, com 1444 frequências de aparecimento.

Cabe destacar que 630 trabalhos apresentaram apenas um delineamento metodológico e 543 estudos mencionaram a presença de dois até seis técnicas de delineamento. Esse fato justifica a presença de 1444 frequências de aparecimento em 1173 registros selecionados.

A categoria que apareceu com maior ocorrência foi o estudo de caso-controle com 121 aparições, seguido pela análise documental (103), estudos prospectivos (83), estudos de coorte e estudos transversais com 81 frequências respectivamente, estudos de observação (71) e estudos descritivos com 70 ocorrências. Também foram identificados 338 registros que não apresentaram no decorrer do resumo a informação sobre as características dos tipos de delineamentos.

Na Tabela 8 encontram-se identificados os tipos de delineamentos presentes nas dissertações e teses estudadas sobre a temática prematuridade no período de 1987 a 2009, selecionadas no Banco de Teses da Capes.

⁴Os dados foram coletados fielmente de acordo com os relatos dos resumos disponibilizados no Banco de Teses da Capes.

Tabela 8 – Indicadores dos delineamentos dos estudos

Delineamento dos Estudos	Frequência
Caso-controle	121
Análise documental	103
Prospectivo	83
Coorte	81
Transversal	81
Entrevista	72
Observação	71
Descritivo	70
Retrospectivo	62
Longitudinal	51
Avaliação	41
Qualitativo	35
Ensaio clínico controlado randomizado	31
Ensaio clínico	28
Questionário	28
Relatos de casos	17
Comparativo	15
Intervenção	14
Exploratório	12
Epidemiológico	9
Revisão	9
Observação participante	7
Corte	6
Ensaio clínico controlado	4
Ensaio clínico controlado aleatório	4
Experimental	4
Pesquisa de campo	4
6 delineamentos com 3 frequências de aparecimento cada: Análise de software; Analítico; Filmagem; Observação sistemática; Quantitativo; Revisão sistemática	18
7 delineamentos com 2 frequências de aparecimento cada: Análise do conteúdo; Análise do discurso; Ecológico; Estudo de incidência; Fenomenologia; Histórias de vida; Metanálise	14
12 delineamentos com 1 frequência de aparecimento cada: Análise comparativa; Associação; Correlacional; Delineamento de linha de base múltipla; Duplo-cego; Estudo de base populacional; Estudo de seguimento; Grupo focal; Multicêntrico; Pesquisa convergente assistencial; Prevalência; Trabalho de campo	12
Sem informação	338
Total geral	1444

Fonte: Dados coletados pela autora no Banco de Teses da Capes

Uma vez que um profissional da saúde faz uma observação científica surge um objetivo: divulgar a observação, ou realizar um estudo que permita encontrar uma resposta. Em seguida, torna-se necessário fazer o delineamento da pesquisa, ou seja, escolher um dos modelos tradicionais de estudo científico. (CRUZ, 2011).

A escolha do delineamento é baseada em alguns detalhes, tais como: objetivo do trabalho, pois para cada objetivo há um modelo ideal; viabilidade, pois nem sempre o ideal é viável; simplicidade, sempre que for possível encontrar as respostas desejadas com um modelo de pesquisa menos complexo. (CRUZ, 2011).

Os dados da Tabela 7 revelam que o delineamento mais utilizado nas pesquisas relacionadas ao campo da prematuridade é o tipo caso-controle com 121 ocorrências, seguido por 103 estudos ancorados na metodologia da análise documental e 83 estudos retrospectivos.

Para Cruz (2011), o delineamento da pesquisa utilizando os estudos de caso-controle tem como finalidade avaliar os possíveis fatores de risco ou proteção. Daí a constatação na presente pesquisa dos estudos englobando os fatores sociais, biológicos e multifatoriais identificados na Tabela 1.

Os estudos de casos e controle são estudos epidemiológicos observacionais nos quais grupos de indivíduos com determinada doença ou agravo (casos) são comparados com grupos de indivíduos sadios (controles) em relação ao histórico de exposição a um possível fator causal ou de risco. Esse tipo de estudo parte do efeito (doença) para a investigação da causa (exposição). (DeCS, 2011).

A análise documental recorreu aos documentos, identificados como representações materiais que indicam por escrito a existência de atos ou fatos e estão representados na Tabela 6, descrita anteriormente.

Estudos prospectivos são estudos planejados para a observação de eventos que ainda não ocorreram. (DeCS, 2011).

Estudo de coorte é o estudo epidemiológico analítico caracterizado pela observação de grupos que diferem quanto ao nível de exposição a determinado fator, durante um período longo, para os quais as taxas de incidência podem ser calculadas e comparadas (DeCS, 2011). Segundo Lima-Costa e Barreto (2003), os resultados de pesquisas com estudos de coorte com base populacional têm sido fundamentais para: determinar a incidência de eventos adversos à saúde, orientando estratégias de prevenção adequadas; contribuir para o entendimento de

algumas doenças; estudar fatores culturais, comportamentais e estilos de vida que podem variar entre comunidades e países, associados aos eventos da prematuridade.

Estudos transversais são estudos epidemiológicos que avaliam a relação entre doenças, agravos ou características relacionadas à saúde, e outras variáveis de interesse, a partir de dados coletados simultaneamente em uma população. (DeCS, 2011).

Outra informação possível de se observar é que os estudos selecionados possuem as características da epidemiologia. A epidemiologia é definida como o estudo da distribuição e dos determinantes das doenças ou condições relacionadas à saúde em populações especificadas. Mais recentemente, foi incorporada à definição de Epidemiologia a “aplicação desses estudos para controlar problemas de saúde”. (LAST, 1995 apud LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

A epidemiologia faz uso de dados secundários (dados pré-existent de mortalidade, natalidade, hospitalizações, entre outros) e primários (dados coletados para o desenvolvimento do estudo) como fontes informacionais. No Brasil existem importantes bancos de dados secundários com abrangência nacional – SIM, SINASC, Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar que podem ser usados em estudos epidemiológicos. (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

Esta explanação justifica a presença das fontes informacionais primárias, secundárias e terciárias identificadas na presente pesquisa, no item 5.1.12.

A diversidade de delineamentos utilizadas na elaboração de trabalhos científicos, na opinião de Silva (2002), justifica-se porque cada estratégia consiste em uma forma diferente de análise e coleta de dados, e a definição sobre qual estratégia utilizar deve ser calcada no formato da questão de pesquisa, no controle sobre os eventos comportamentais e na contemporaneidade dos acontecimentos em análise. Portanto, as estratégias de pesquisa devem atender ao propósito do trabalho, que pode ser diversificada, sem fronteiras rígidas, sem necessariamente apresentar delimitação específica entre os propósitos do estudo e a estratégia de pesquisa.

Ainda na perspectiva da análise de metodologias utilizadas em estudos que envolvem a prematuridade, Pereira e Cardoso (2005) realizaram revisão de literatura para identificar a natureza da metodologia empregada e qual a área de atuação dos autores na abordagem do impacto da prematuridade na família e, em longo, prazo, na criança. Os autores

concluíram que os estudos, em sua maioria, utilizaram metodologia quantitativa e foram produzidos na área da Medicina, principalmente Neonatologia e Psiquiatria.

4.1.13 Indicadores dos objetivos dos estudos

4.1.13.1 Indicadores dos objetivos com a temática principal prematuridade

Em um trabalho científico os objetivos definem, de modo geral e abrangente, o que se pretende alcançar com a execução da pesquisa. Em outras palavras, os objetivos especificam claramente, o que o autor deseja fazer em sua pesquisa.

Com base nessa definição e após leituras e releituras dos 1173 resumos das teses e dissertações sobre a temática prematuridade disponibilizadas no Banco de Teses da Capes no período de 1987 a 2009, foi possível estabelecer duas categorias de objetivos:

- 1) **Temática Principal (TP):** são estudos cujos objetivos abordam assuntos diretamente ligados aos indivíduos prematuros. O tema prematuridade aparece de forma central como temática principal e explicitado nos objetivos gerais e específicos da proposta. Para ilustrar são apresentados alguns objetivos cuja temática principal é a prematuridade:
 - Analisar os padrões de sucção ao seio materno após o uso do copinho e da mamadeira em recém-nascidos pré-termo de muito baixo peso ao nascer em dois momentos: ao iniciar a dieta por via oral e na alta.
 - Realizar uma revisão bibliográfica sobre esse tema e apresentar os resultados da avaliação do desenvolvimento do sistema sensorio motor oral e motor global, em lactentes de quatro a cinco meses de vida nascidos pré-termo, verificando a existência de associação entre os mesmos.

- 2) **Temática Secundária (TS):** são estudos cujo tema da prematuridade aparece como fruto ou resultado da pesquisa realizada. O foco não é o recém-nascido pré-termo, porém, a prematuridade emerge dos resultados. São exemplos de registros com temática secundária:

- Analisar os fatores de risco associados aos óbitos neonatais, em crianças com baixo peso ao nascer, no Recife, segundo um modelo hierarquizado.
- Estudar um grupo de 106 gestantes adolescentes multigestas comparando-as com 510 adolescentes primigestas quanto as variáveis e psicossociais.

Sendo assim, 718 registros (62%) foram classificados como temática primária e 455 (38%) como temática secundária. E, para se compreender de modo mais aprofundado os objetivos dos registros que foram classificados como TP, foi possível estabelecer agrupamentos que representaram os objetivos das pesquisas envolvendo os vários aspectos relacionados ao nascimento e desenvolvimento de recém-nascidos pré-termo. Esses aspectos forma identificados e divididos em 16 categorias distintas, conforme apresentados na Tabela 9.

Tabela 9 – Categorias dos objetivos classificados como TP

Número	Nome da Categoria	Frequência	%
1.	Aleitamento	122	17,00
2.	Sangue, plasma, dor	76	10,60
3.	Neurodesenvolvimento e crescimento	72	10,02
4.	Parto e gestação de risco	72	10,02
5.	Problemas respiratórios e cardíacos	69	9,61
6.	Profissionais, equipes e serviços de atenção, educação e saúde	66	9,20
7.	Interação pais-crianças	56	7,80
8.	Epidemiologia	44	6,12
9.	Audição	26	3,62
10.	Infecção e imunidade	25	3,50
11.	Aspectos motores e posturais	23	3,20
12.	Visão	19	2,64
13.	Método Mãe Canguru	16	2,22
14.	Estimulação sensorial	15	2,08
15.	Aspectos do peso	12	1,67
16.	Aspectos renais	5	0,70
	Total	718	100

Fonte: Elaborado pela autora

A categoria que aborda os aspectos do aleitamento abrange os estudos voltados para nutrição, sucção, desmame, doenças periodontais e a composição do leite materno. Essa categoria apareceu com maior frequência, com 17,04% de ocorrências nos estudos envolvendo a prematuridade.

Com relação ao aleitamento materno, nutrição, sucção, desmame e composição do leite os estudos procuraram identificar as preocupações e dificuldades maternas em relação à amamentação (ou o desmame precoce) dos recém-nascidos pré-termo quando estes estão internados em Unidades de Tratamento Intensivo, bem como o processo de transição da alta hospitalar.

Para que a alimentação do recém-nascido seja eficiente é necessário adequado desenvolvimento oral e função de sucção forte, rítmica e coordenada, além do reflexo de procura e sucção, vedamento labial completo, movimentos adequados da língua e mandíbula, coordenação entre sucção/deglutição/respiração. (CALADO; SOUZA, 2012).

Para o início da alimentação por via oral do recém-nascido pré-termo deve-se levar em consideração fatores importantes como a idade gestacional corrigida, peso atual, frequência respiratório, desempenho da sucção não nutritiva, entre outros. (CALADO; SOUZA, 2012).

Devido à toda complexidade que envolve o processo de alimentação dessa população pode-se constatar um maior número de estudos envolvendo a categoria que aborda os aspectos do aleitamento.

Segundo Trindade e Bossolan (2006) o leite materno é o mais indicado para a alimentação do recém-nascido pré-termo, não somente pelas suas propriedades anti-infecciosas, mas também por conter fatores de crescimento, proteínas com teores de aminoácidos mais adequados à imaturidade hepática dos prematuros e melhor qualidade dos lipídios. O leite da mãe de prematuros apresenta maiores concentrações de nitrogênio, maior teor de sódio, cloro, magnésio, zinco, entre outros.

Para Braga, Machado e Bosi (2008), são varias as vantagens da amamentação para os prematuros, podendo-se destacar as propriedades nutritivas e imunológicas, sua função na maturação gastrointestinal, aumento do desempenho neurocomportamental, proteção contra infecções, melhor desenvolvimento cognitivo e psicomotor, menor incidência de rehospitalização e, principalmente, a formação e o aumento do vínculo afetivo mãe/filho.

Estudos apontam que diversos aspectos devem ser levados em consideração com relação à amamentação de prematuros, entre eles: o sentimento da mãe no contato inicial com o recém-nascido, o apoio dos profissionais de saúde e a decisão da mãe para amamentar exclusivamente o filho prematuro. (SANTANA et al., 2010; GOMES et al., 2009; BRAGA; MACHADO; BOSI, 2008; SCOCHI et al., 2008).

Um dos primeiros desafios enfrentados pelas mães de prematuros é o de se adaptarem ao conflito entre a imagem idealizada e a imagem da criança real, o que não se dá sem sofrimento. Na ocorrência de um parto prematuro, surge um sentimento de frustração, por não poder levar consigo o recém-nascido para casa. Diversos sentimentos afloram, como o receio de que o filho não sobreviva, adoça com facilidade ou venha a sofrer efeitos colaterais que promovam sequelas futuras. (BRAGA; MACHADO; BOSI, 2008).

Os profissionais de saúde devem, neste momento inicial, ajudar a mãe a elaborar o luto pela perda da criança "normal" que esperavam, tentando fortalecer o vínculo com a criança prematura.

Para Braga, Machado e Bosi (2008), a amamentação é um direito da criança e, antes de um dever, um direito da mãe, a quem cabe a escolha da melhor forma de alimentar seu filho, opção que deve ser respeitada pelo entorno familiar e social.

Na enfermaria Mãe-canguru, as mães aprendem a complementar as mamadas, ofertando, no copinho ou colher, seu leite posterior, o qual contém mais gordura que o anterior, objetivando que seu filho ganhe peso mais rapidamente. Esse complemento é continuado em casa, até que o pediatra do Ambulatório de *follow-up* oriente a mãe sobre a suspensão. (BRAGA; MACHADO; BOSI, 2008).

Portanto, fica constatado que o processo de amamentação é uma tarefa complexa e que se faz necessário muita informação e orientação para que o processo ocorra com sucesso, contribuindo para o desenvolvimento físico, mental e intelectual das crianças nascidas prematuramente. Daí a presença de grande parte dos estudos das teses e dissertações disponibilizadas no Banco de Teses da Capes abordarem essa temática.

Com relação à categoria sangue, as teses e dissertações abordaram estudos sobre transfusões de sangue e plasma em recém-nascidos pré-termo, cordão umbilical, transferência placentária, bilirrubina, anemia da prematuridade, diferentes níveis séricos, perfil lipídico, hemoglobina, entre outros. Esses estudos analisaram os exames, a presença ou mudanças de

substâncias no sangue dos prematuros, incluindo a existência de células, de elementos coagulantes, de substâncias químicas endógenas e exógenas.

Sobre a anemia da prematuridade estudos como os de Valete e Barbosa (2010) apontam que cada vez mais recém-nascidos imaturos têm sobrevivido, a discussão do tema anemia, as repercussões do tratamento transfusional e, sobretudo, a adoção de uma política de redução das transfusões sanguíneas, estão se tornando desafios inevitáveis. Daí um grande número de pesquisas envolvendo os aspectos relacionados ao sangue, confirmados em nossa pesquisa.

As pesquisas relacionadas à avaliação da dor descrevem as respostas multifatoriais às reações dos recém-nascidos pré-termo durante os procedimentos de coleta de sangue, punção do calcanhar, troca de fraldas e aos cuidados da equipe de enfermagem em geral quando estes permanecem internados nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

Segundo Nicolau et al. (2008) a dor neonatal merece atenção especial, pois esses pacientes não a expressam verbalmente e suas manifestações são distintas das outras faixas etárias. Por isso são observados os indicadores fisiológicos e comportamentais para análises referentes à dor em prematuros. Os indicadores fisiológicos podem ser frequências cardíaca e respiratória, pressão arterial, saturação de oxigênio, sudorese palmar, tônus vagal, entre outras. As principais reações comportamentais do RN frente à dor são: o choro, a atividade motora e a mímica facial. Apesar das medidas comportamentais serem mais representativas do que os parâmetros fisiológicos para a avaliação da dor do RN, a avaliação comportamental é dependente da interpretação do observador acerca dos comportamentos avaliados.

Por isso há necessidade de estudos que desenvolvam métodos precisos de avaliação da dor, pois se sabe que o tratamento adequado da dor neonatal está associado a menores complicações e redução da mortalidade. A redução da dor, além de evitar riscos potenciais, evita que os recém-nascidos, em uma fase difícil de adaptação à vida extrauterina, gastem energia para compensar essa adaptação. Nesse contexto, faz-se importante reconhecer os procedimentos geradores de dor, para que estes sejam realizados somente na vigência de sua real necessidade e acompanhados de métodos analgésicos apropriados. (NICOLAU et al., 2008; VIGNOCHI; TEIXEIRA; NADER, 2010; GASPARDO; MARTINEZ; LINHARES, 2010).

Outra categoria possível de ser elaborada está relacionada com os aspectos relacionados ao parto prematuro e a gestação de risco. Segundo Silva et al. (2009) o parto pré-termo é um dos grandes problemas de saúde pública, que pouco evoluiu com o avanço da medicina, contribuindo com elevados números para a morbimortalidade infantil. Estudos epidemiológicos têm evidenciado o papel de diversos fatores de risco para a prematuridade, desde pré-natais, ginecológicos, sociais e maternos como raça, idade da mãe, fumo, estado civil, tipo de ocupação.

Sendo assim, em nossa pesquisa ficou constatado que foram realizados estudos relativos aos fatores de risco que podem levar à ocorrência de partos prematuros como ruptura prematura das membranas ovulares, idade materna, vaginose bacteriana, desnutrição intrauterina, comprimento do colo uterino, consumo de cafeína, fibronectina fetal, ciclagem cervical, pré-eclampsia, doença periodontal, entre outros.

Com relação à doença periodontal, esta tem sido associada com o parto de bebês prematuros e de baixo peso, onde as mães acometidas por doenças periodontais teriam mais chance de ter um parto prematuro nestas condições. Segundo Pingarilho (2011), a hipótese que associa uma infecção ao nascer prematuro é a de que os próprios microorganismos ou suas toxinas, como endotoxinas (lipopolissacarídeos) podem alcançar a cavidade uterina durante a gestação pela corrente sanguínea, a partir de um foco não genital ou por meio de uma rota ascendente do trato genital inferior. Esses microorganismos ou seus produtos, ao interagirem, estimulam a produção de mediadores químicos inflamatórios – as prostaglandinas (PGE₂) e o fator necrose tumoral α (FNT α) – pela gestante, que alcançam níveis elevados (durante a presença de processos infecciosos), acelerando a gestação (promovendo a dilatação cervical, a contração do músculo uterino e o início do trabalho de parto e nascimento propriamente dito).

Por isso se torna necessário o acompanhamento odontológico para as mulheres grávidas, com intenção de minimizar os efeitos potencializadores da gestação sobre sua condição periodontal, por meio de orientação de higiene oral e tratamento periodontal durante o programa pré-natal. O estabelecimento da saúde oral é importante durante a gravidez, no intuito de minimizar os efeitos da gestação sobre a condição bucal, como também os resultados perinatais indesejáveis e melhorar a qualidade de vida e o bem-estar da gestante e do bebê. (PINGARILHO, 2011).

Sob o ponto de vista da categoria que aborda os aspectos respiratórios e cardíacos envolvendo a prematuridade as dissertações e teses abordaram temas sobre reanimação cardiopulmonar, a terapêutica da reposição do surfactante, as práticas da ventilação mecânica, a incidência da displasia broncopulmonar, morbidades respiratórias, fisioterapia respiratória, intubação orotraqueal e extubação, entre outros.

Segundo Suguihara e Lessa (2005), as lesões pulmonares em prematuros podem ser causadas por fatores pré-natais ou pós-nascimento. As autoras enumeram alguns desses fatores: uso de corticosteroide pré-natal, estabilidade alveolar inadequada; volutrauma/barotrauma; toxicidade do oxigênio; reações inflamatórias, broncodisplasia pulmonar.

A displasia broncopulmonar pode ser definida como uma doença pulmonar crônica desenvolvida após oxigenoterapia ou ventilação mecânica em certas crianças prematuras ou recém-nascidos com síndrome do desconforto respiratório. É caracterizada histologicamente por anormalidades incomuns dos bronquíolos, como a metaplasia, número reduzido de alvéolos e formação de cistos. (DeCS, 2011).

Devido a esses inúmeros fatores estudos estão sendo realizados para introduzir de novas tecnologias resultando em modernos respiradores que têm proporcionado diferentes modalidades de ventilação e monitorização, que, juntamente com o uso do corticosteroide pré-natal e do surfactante exógeno, têm melhorado significativamente o prognóstico destes pacientes.

Sobre o uso do surfactante, estes são substâncias e drogas que diminuem a tensão superficial da camada mucoide que reveste os alvéolos pulmonares (DeCS, 2011). Foram desenvolvidos a partir da década de 1980 contribuindo drasticamente para a redução da mortalidade e morbidade infantil.

A categoria dos profissionais engloba os estudos dos aspectos relacionados às equipes das diversas áreas do conhecimento que lidam com a criança pré-termo. Foi possível verificar as teses e dissertações sobre a prática profissional da enfermagem com os cuidados prestados aos recém-nascidos pré-termo nas unidades de tratamento intensivo; o grau de atenção e orientação voltados às famílias dessas crianças; identificar, descrever e analisar a visão dos médicos neonatologistas sobre o desenvolvimento do prematuro internado; compreender os fundamentos e as técnicas utilizadas no atendimento fonoaudiológico e fisioterápico dos prematuros; entre outros.

Assim, é possível constatar a importância da equipe de enfermagem não só com a parte técnica do seu ofício, ou seja, os cuidados de enfermagem, mas também, a sua importância com relação à parte psicológica do seu trabalho, ou seja, as primeiras aproximações da mãe com seu filho recém-nascido, a possibilidade do contato com as famílias, o processo de amamentação, refletindo em um atendimento humanizado ao pré-termo.

Diversos estudos apontam que os recém-nascidos que nascem com o fator de risco da prematuridade podem apresentar aumento de sequelas incapacitantes, doenças crônicas, dificuldades de aprendizado, distúrbios cognitivos, de linguagem, visão, audição e comportamentais, necessitando de acompanhamento e de intervenções para garantir seu pleno desenvolvimento. (MACKAY et al., 2010; AZENHA, 2008; GUEDES, 2008; SPENCER et al., 2008; WEISS; FUJINAGA, 2007; FIGUERIAS et al., 2003).

Esses estudos também foram constatados na presente pesquisa. Foram recuperados registros voltados para os aspectos do desenvolvimento e crescimento dos recém-nascidos pré-termo, problemas de audição, visão, motores, posturais e sensoriais.

A preocupação está voltada para o crescimento e desenvolvimento de crianças prematuras nascidas com baixo peso e extremo baixo peso. Segundo Rugolo (2005a, b) deve-se ao fato de que são altos os riscos para anormalidades neurológicas e atraso no desenvolvimento nos primeiros anos de vida. Sequelas neurossensoriais graves, como paralisia cerebral, cegueira e surdez são identificadas nos primeiros dois anos de vida e acometem predominantemente as crianças mais imaturas, nascidas com menos de 26 semanas de idade gestacional. Atraso no desenvolvimento cognitivo é a alteração mais frequente e na idade escolar predominam os problemas educacionais e comportamentais.

Farooqi et al. 2011, estudaram o desempenho de crianças em idade escolar nascidas prematuras e de muito baixo peso que apresentaram complicações como broncodisplasia pulmonar, retinopatia da prematuridade e evidência ultrassonográfica de lesão cerebral. Essas crianças apresentam dificuldades de aprendizagem, déficit na percepção visual, deficiências, distúrbios de linguagem, problemas escolares, déficits de atenção e dificuldades de comportamento que afetaram o seu desempenho funcional. Os autores concluíram que uma melhor compreensão da relação das principais morbidades neonatais para os resultados

neurossensorial e funcional é necessária para definir os requisitos especiais de saúde na idade do ensino médio e melhorar a capacidade de aconselhamento dos pais com a finalidade de antecipar as necessidades especiais dessas crianças.

Para Luu et al. (2009) adolescentes e adultos ainda persistem com alguma diferença em seu desempenho, mas sua integração social não é prejudicada. Por isso, pais, educadores e médicos devem continuar a monitorar cuidadosamente o progresso acadêmico de adolescentes pré-termo e garantir suporte à aprendizagem apropriada, especialmente entre as famílias de menor nível socioeconômico, por apresentarem maiores dificuldades de acesso aos serviços oferecidos.

Rodrigues, Mello e Fonseca (2006) realizaram um estudo de revisão em bases de dados bibliográfica sobre a dificuldade de aprendizagem em escolares de muito baixo peso ao nascer ficando constatados comprometimentos cognitivos, quando comparados aos nascidos a termo. A área mais acometida foi a matemática e o risco de evoluir com dificuldades de aprendizagem mostrou-se maior conforme diminui o peso ao nascer. Testes específicos de velocidade de processamento e memória de trabalho poderiam ser usados como instrumentos de rastreamento eficiente para avaliar quais as crianças estão em risco de problemas educacionais e devem ser encaminhados para uma avaliação neuropsicológica completa. (MULDER; PITCHFORD; MARLOW, 2010).

Com relação aos problemas de audição a literatura aponta que a triagem auditiva neonatal, por meio de medidas de potencial evocado de tronco encefálico e emissões otoacústicas e avaliações comportamentais, permite identificar entre um grupo de indivíduos os que possuem alta probabilidade de apresentar perda auditiva e precisarão de diagnóstico completo. Sendo assim, a detecção precoce da surdez favorece o desenvolvimento global da criança, pois permite estimulação sensorial adequada e em tempo hábil. É fundamental que os pediatras reconheçam a importância da realização da triagem auditiva, pois exercem influência significativa na tomada de decisões dos pais. (FAZITO et al., 2008).

Para Graziano e Leone (2005), a visão é um dos mais importantes sentidos no desenvolvimento físico e cognitivo normal da criança. Em recém-nascido prematuro, as funções visual, motora e cognitiva, quando comparadas às de crianças de termo em idade escolar, são prejudicadas. Isto se deve mais à imaturidade do sistema nervoso central do que a lesões localizadas em estruturas oculares e/ou corticais. Calcula-se que, em média, 562

crianças fiquem cegas por ano no Brasil, um custo socioeconômico alto, principalmente por se tratar de uma doença passível de tratamento. Muito pode ser feito pela criança com deficiência visual; programas de estimulação visual precoce permitem que a criança possa ter uma integração maior com seu meio.

Segundo Volpi (2006), a alteração sensório motora é definida como alteração neurocomportamental na integração das informações sensoriais com as reações motoras. É essencialmente uma anormalidade do desenvolvimento funcional do sistema nervoso.

Vários fatores causam deficiência motora, sendo os mais frequentes: paralisia cerebral, mielomeningocele, encefalopatia bilirrubínica, doenças metabólicas, alterações genéticas. Entretanto, muitas vezes não é possível identificar uma causa específica para o atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. O diagnóstico da alteração permite estabelecer os critérios para o tratamento e deve ser realizado na fase neonatal, aos três meses, aos nove e aos doze meses de idade pós-natal. (VOLPI, 2006).

Os profissionais especializados em atendimento neurossensorial e motor optam pelo tratamento com envolvimento ativo, que difere das terapias passivas, pois a recreação estimula e mantém o nível de alerta do organismo pela participação ativa da criança, atividade dirigida e tratamento individualizado envolvendo também a participação da família. (VOLPI, 2006).

Para Formiga, Pedrazzani e Tudella (2004), a participação dos pais, associada ao programa de intervenção fisioterapêutica aplicado, pode beneficiar significativamente o desenvolvimento motor dos bebês nascidos pré-termo. Assim, os profissionais que trabalham com o desenvolvimento infantil estão reconhecendo cada vez mais a importância de considerar durante o tratamento a interação entre aspectos biológicos (organismo), fatores de aprendizado ou experiência (ambiente) e exigência específica da tarefa. Assim, o atendimento individualizado da criança possibilita a identificação de risco em particular e a avaliação da família possibilita a contextualização e a definição de estratégias de intervenção que podem contribuir para o êxito dos programas de intervenção.

Em menor escala foram recuperados os registros referentes aos aspectos renais relacionados ao nascimento prematuro. Os estudos tinham como objetivos determinar os níveis séricos e urinários da IL-8 em recém-nascidos prematuros com sepse tardia; avaliar as

soluções parentais, medicações injetáveis, fluidos biológicos e estabelecer um balanço do alumínio que é administrado e excretado por via renal e também analisar a função renal na prematuridade.

Esse resultado aponta que poucos estudos estão sendo realizados nessa vertente pelas instituições de ensino superior no Brasil.

4.1.13.2 Indicadores dos objetivos com a temática secundária voltada à prematuridade

Os estudos cujo tema da prematuridade aparece como fruto ou resultado da pesquisa realizada foram classificados como temática secundária (TS). O foco não é o recém-nascido pré-termo, porém, a prematuridade emerge dos resultados.

Dessa maneira, foi possível estabelecer 14 categorias que envolveram estudos com a temática secundária (TS) voltada para a prematuridade, descritas na Tabela 10.

Tabela 10 – Categorias dos objetivos classificados como TS

Número	Nome da Categoria	Frequência	%
1	Gestação (fatores genéticos e biológicos), saúde/doenças relacionadas às gestantes, consequências do parto prematuro, gestação na adolescência	160	35,16
2	Doenças relacionadas ao sangue, metabolismo, nutrição, leite, baixo peso ao nascer	74	16,26
3	Óbitos neonatais, taxa de mortalidade, morbidade	61	13,40
4	Resultados de infecção, vírus, bactérias, imunidade	33	7,25
5	Doenças cardiorrespiratórias e urinárias	26	5,71
6	Consequências da prematuridade na criança (atraso escolar, desenvolvimento neuropsicomotor)	20	4,40
7	Relação mãe/pai e o bebê	18	4,00
8	Prevalência, incidência, epidemiologia, fatores sócio-demográficos-econômicos	16	3,51
9	Fatores relacionados com o ambiente hospitalar e equipamentos, dor do bebê	10	2,20
10	Relação com os profissionais da área da saúde (perfil dos profissionais)	10	2,20
11	Programa Saúde da Família	09	1,98
12	Prevalência de deficiência (malformação congênita como consequência da prematuridade)	07	1,53
13	Doença periodontal (saúde bucal)	06	1,31
14	Perda da visão	05	1,09
	Total	455	100

Fonte: Elaborada pela autora

Como foi possível observar, a categoria que apareceu com maior frequência representa os estudos voltados aos fatores genéticos e biológicos associados à gravidez de risco. Para Rego (2006), esses fatores podem ser de diversas categorias:

- 1) Demográficos: Idade < de 16 anos ou >35 anos; Baixo nível de escolaridade; União instável.
- 2) História médica: Desnutrição; Anomalias e cirurgias gênio-urinárias; Diabetes; Hipertensão; Susceptibilidade à rubéola e toxoplasmose; Mãe portadora de doença ou traço genético.
- 3) Passado reprodutivo: Nulípara ou múltipara, com quatro ou mais gestações; Perda fetal anterior; Filho com baixo peso ao nascer; Filho prematuro.
- 4) Comportamento e ambiente: Uso de fumo; Uso de álcool e drogas; Promiscuidade; Condições precárias de moradia.
- 5) Cuidados médicos: Cuidado pré-natal ausente ou inadequado; Prematuridade iatrogênica.
- 6) Gravidez atual: Gravidez múltipla; Ganho de peso insuficiente; Intervalo pequeno entre as gestações; Hipertensão, pré-eclampsia e eclampsia; Infecções: infecção de trato urinário, corioamnionite, infecções perinatais de transmissão vertical, colonização por *Streptococcus* do grupo B; Sangramento no primeiro e no segundo trimestres; Placenta prévia, placenta abrupta; Oligoídrânio, poliídrânio; Isoimunização materno-fetal; Anomalias fetais; Incompetência cervical, rotura prematura de membranas.
- 7) Outros: Estresse físico e psíquico; Infecções por *Mycoplasma* e *Chlamydia trachomatis*; Deficiência de progesterona.

O delineamento da influência desses fatores de risco, na opinião de Rego (2006), é complexo, devido à coexistência de vários fatores na mesma gravidez: a pobreza é acompanhada de baixa estatura, uso de fumo, gestante jovem ou em idade avançada, número de gestações acima da média, etc. Estudos estatísticos de análise multivariada têm mostrado que eles são independentes em seus efeitos, embora associados e cumulativos.

Daí a importância dos serviços de atenção à criança e à gestante estarem atentos à detecção precoce desses fatores contribuindo para um atendimento primário de qualidade, com o desenvolvimento de estratégias perinatais de comprovada efetividade, tais como: planejamento familiar, acesso oportuno aos serviços de saúde qualificados, pré-natal de

qualidade, controle da dor no período neonatal, utilização do método mãe-canguru na assistência humanizada ao recém-nascido de baixo peso ao nascer, suporte nutricional, controle dos estímulos auditivos e visuais nas unidades neonatais, entre outros. (REGO, 2006).

4.2 Estudo 2 - Redes de colaboração científica de pesquisadores do campo da Educação Especial que investigam a prematuridade

Neste momento são apresentados os resultados da análise de redes de colaboração científica entre a Educação Especial e a prematuridade no Banco de Teses da Capes. Para isso, os resultados são analisados e categorizados em duas vertentes: a coautoria como indicador de colaboração científica e a presença de redes de colaboração científica neste campo no Banco de Teses da Capes no período de 1987 a 2009.

4.2.1 Coautoria como indicador de colaboração científica

As redes de coautoria podem ser consideradas como um dos indicadores bibliométricos que permitem medir a produtividade das pesquisas, demonstrando o intercâmbio entre as instituições, os autores e os grupos de pesquisas envolvidos. Os trabalhos escritos em coautoria estão se tornando uma tendência mundial na atualidade, pois agrega habilidades, interesses e demandas da estrutura científica. (VANZ; STUMPF, 2010).

Historicamente, segundo Beaver e Rosen (1978, 1979) apud Vanz e Stump (2010) a colaboração científica surgiu como resposta à profissionalização da Ciência que ocorreu na França, durante o século XVII. O primeiro artigo em co-autoria data de 1665 e a autoria é atribuída a Hone, Oldenburg, Cassini e Boyle. Kepler e Brahe, Hooke e Boyle, Lavoisier e Laplace, Dulong e Petit, Gauss e Weber são alguns dos exemplos de colaboração mencionados pelos autores.

Analisando artigos publicados em revistas de sociedades científicas entre 1665 e 1800, os mesmos autores observaram, que já naquela época, adisparidade entre pesquisa experimental e teórica no que tange à colaboração científica. A Astronomia apresentou 4,9% dos artigos em colaboração, enquanto a Química fez 2,2% e a Física, 1,8%.

Para Montenegro (1999) a autoria coletiva continuou se ampliando, e a partir da 1ª Guerra Mundial começaram a aparecer mais trabalhos em cooperação com dois ou três

autores. Eram trabalhos completos e cada autor publicava pouco durante toda a sua vida. Havia poucos periódicos e estes eram de boa qualidade.

Após a 2ª Guerra Mundial houve uma explosão de publicações e aumentou substancialmente o número de periódicos, muitos de qualidade duvidosa. A causa dessa explosão foi o fantástico crescimento do conhecimento acrescido da criação por toda a parte de laboratórios, institutos de pesquisa e universidades. Mas esse crescimento legítimo e necessário levou ao aparecimento de desvios, em parte como consequência do conceito, originado nos EUA, de que bom acadêmico é aquele que publica muito. (MONTENEGRO, 1999).

O conceito de colaboração científica foi elaborado primeiramente por Smith em 1958, seguido por Price em 1963. Smith preocupou-se em observar o crescimento da incidência de artigos em coautoria e a sugerir que tais artigos pudessem ser usados como uma medida aproximada da colaboração entre grupos de pesquisa. Price, em 1963, ao testar empiricamente as observações de Smith, encontrou evidências do aumento de autorias múltiplas na ciência; de acordo com sua visão, a colaboração científica se dava no âmbito dos chamados “colégios invisíveis” que se constituíam em comunidades informais de pesquisadores que se comunicavam, trocavam informações e experiências e também publicavam formalmente seus resultados no campo do conhecimento científico. (SILVA, 2008a).

Para Velho (2001, p.59), essas comunidades informais de pesquisadores

[...] encontram-se em congressos, conferências, reuniões sobre suas especialidades, visitam-se por meio de intercâmbios institucionais ou realizam trabalhos em colaboração. Este tipo de organização transcende os limites do departamento, da instituição, de um país, e abrange cientistas de todos os lugares do mundo onde tiver atividade científica relevante na área, ou na especialidade em questão.

Segundo Meadows (1999), quando se mede a visibilidade por citações, a pesquisa em colaboração parece ser mais visível do que a pesquisa individual e que os trabalhos mais citados em uma determinada área do conhecimento são frequentemente escritos em colaboração.

Saes (2000) também menciona esse aspecto afirmando que a frequência relativa do número de trabalhos escritos em colaboração entre grupos é proporcional ao grau de

cooperação científica do grupo e fornece um índice do grau de cooperação. Hoje em dia, a maioria das publicações representa um esforço colaborativo entre vários autores, parte pela multidisciplinaridade de diversas áreas ou pelo suporte financeiro de determinados estudos. O número de autores aumenta quando se trata de trabalhos que recebem ajuda financeira, ocorrendo maior impacto em química e biologia que em outras áreas. (SAES, 2000).

As universidades e institutos de pesquisa passaram a valorizar a “produção científica” como o critério principal para admissão e promoção de seu pessoal, a preocupação sendo voltada para o número, sem que se desse grande ênfase à qualidade. Todos foram envolvidos por uma febre de publicar, pois este passou a ser o único caminho aberto para o pesquisador. (MONTENEGRO, 1999).

Como as revistas existentes eram poucas, tornou-se necessário criar outras que pudessem acomodar a enorme quantidade de artigos produzidos. Muitas revistas mantiveram um bom padrão de qualidade, mas outras afrouxaram seus critérios. Assim foi possível publicar, porém com queda da qualidade.

Em 1978, um grupo de editores de revistas biomédicas se reuniu em Vancouver para estabelecer critérios de uniformização de manuscritos enviados para publicação. Uma primeira versão dos Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals foi produzida e nela se propõem critérios de autoria. Desde então, o grupo cresceu e vem se reunindo anualmente, constituindo o International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE). No que se refere à autoria, o documento diz:

- “Todas as pessoas designadas como autor devem ser qualificadas. A ordem da lista de autores deve ser uma decisão de todos os autores”.
- A autoria deve ser baseada somente em contribuições substanciais como: a) Concepção e desenho ou análise e interpretação dos resultados; b) Redação do trabalho ou revisão crítica com importante contribuição intelectual; e c) Aprovação final da versão a ser publicada. Cada um dos coautores deverá atender às três condições a, b e c, acima. A participação na simples obtenção de fundos ou coleta de dados não justifica autoria. Também não justifica autoria a supervisão do grupo de pesquisa.
- “Todas as partes de um trabalho que sejam críticas para suas conclusões deverão ser da responsabilidade de pelo menos um dos autores”.

- “Os editores podem solicitar que os autores justifiquem ter sido considerados como tal. Em trabalhos multicêntricos, todos os membros do grupo que são citados como autores devem obedecer aos critérios acima descritos.
- “A contribuição de pessoas que não correspondem aos critérios acima deve ser listada, com sua permissão, nos agradecimentos”. (ICMJE, 1993 apud MONTENGRO, 1999).

Vanz e Stump (2010, p.50-51) baseados na literatura nacional e internacional elaboraram uma lista contendo 17 itens que contempla os motivos para a colaboração científica ocorrer. São eles:

1. desejo de aumentar a popularidade científica, a visibilidade e o reconhecimento pessoal;
2. aumento da produtividade;
3. racionalização do uso da mão-de-obra científica e do tempo dispensado à pesquisa;
4. redução da possibilidade de erro;
5. obtenção e/ou ampliação de financiamentos, recursos, equipamentos especiais, materiais;
6. aumento da especialização na Ciência;
7. possibilidade de “ataque” a grandes problemas de pesquisa;
8. crescente profissionalização da ciência;
9. desejo de aumentar a própria experiência através da experiência de outros cientistas;
10. desejo de realizar pesquisa multidisciplinar;
11. união de forças para evitar a competição;
12. treinamento de pesquisadores e orientandos;
13. necessidade de opiniões externas para confirmar ou avaliar um problema;
14. possibilidade de maior divulgação da pesquisa;
15. como forma de manter a concentração e a disciplina na pesquisa até a entrega dos resultados ao resto da equipe;
16. compartilhamento do entusiasmo por uma pesquisa com alguém;
17. necessidade de trabalhar fisicamente próximo a outros pesquisadores, por amizade e desejo de estar com quem se gosta.

Portanto, a colaboração científica tem sido definida como dois ou mais cientistas trabalhando juntos em um projeto de pesquisa, compartilhando recursos intelectuais, econômicos e/ou físicos. (VANZ; STUMP, 2010, p.44).

Sendo assim, foi possível verificar na presente pesquisa a existência de trabalhos escritos em coautoria.

Para efeito de análises o corpus das redes de coautoria é formado pelos 11 orientadores dos estudos sobre prematuridade desenvolvidos nos programas de pós-graduação em Educação Especial no Brasil e que em algum momento de suas trajetórias publicaram trabalhos relacionados com o nascimento de crianças pré-termo.

Baseados nos dados do currículo Lattes de cada orientador foi possível recuperar o número de trabalhos publicados por cada um deles no formato de livros, capítulos de livros, artigos científicos e trabalhos completos apresentados em eventos tanto em autoria individual quanto em coautoria.

Foi possível verificar a presença de 663 trabalhos, sendo 243 trabalhos completos apresentados em congressos; 235 artigos publicados em periódicos científicos; 151 capítulos de livros e publicação de 34 livros. Com relação à autoria dos trabalhos, foi possível identificar a presença de trabalhos escritos de maneira individual como também a presença de trabalhos escritos em coautoria, como pode ser observado na Tabela 11, a seguir.

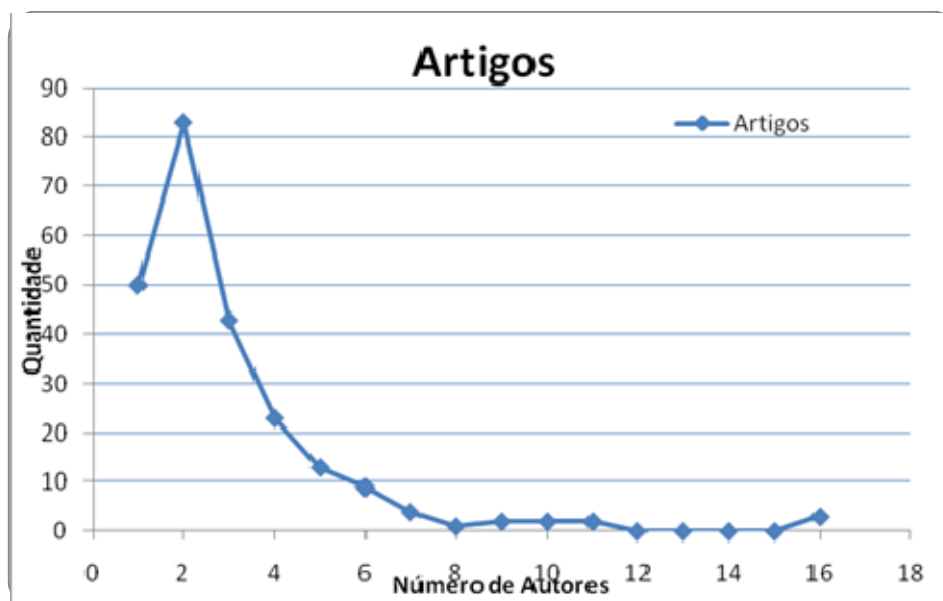
Tabela 11 – Indicadores de coautoria

Tipo de Publicação	Quantidade de Autores																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	Total
Anais de Congresso	31	95	42	28	28	5	4	2	1	2	2	0	2	0	1	0	243
Artigos	50	83	43	23	13	9	4	1	2	2	2	0	0	0	0	3	235
Capitulos de Livros	43	54	24	11	7	5	2	0	2	1	0	1	1	0	0	0	151
Livros	11	13	6	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	34
Total	135	245	115	64	49	19	10	4	5	5	4	1	3	0	1	3	663

Fonte: Currículo Lattes

Ao analisarmos cada tipo de publicação individualmente, é possível constatar que dos 235 artigos publicados, 50 foram escritos por um único autor e 185 foram escritos em coautoria, variando de dois até 16 autores, conforme pode ser observado na Figura 23.

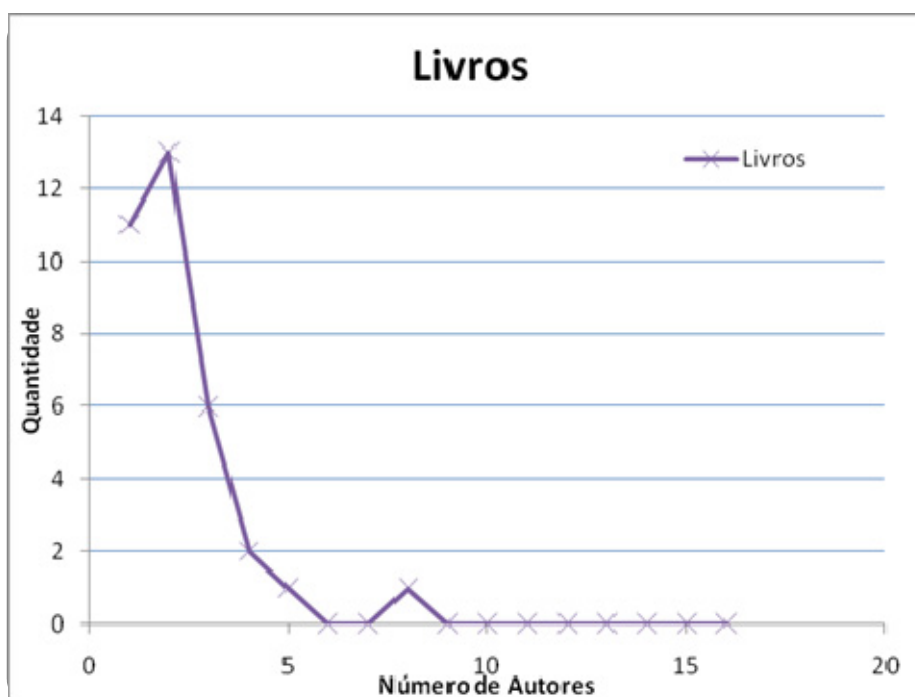
Figura 23 – Publicações em coautoria - artigos



Fonte: Currículo Lattes

Com relação aos livros, dos 34 produzidos pelos pesquisadores, 11 foram escritos em autoria individual e 23 em autoria coletiva. A Figura 24 ilustra esses resultados.

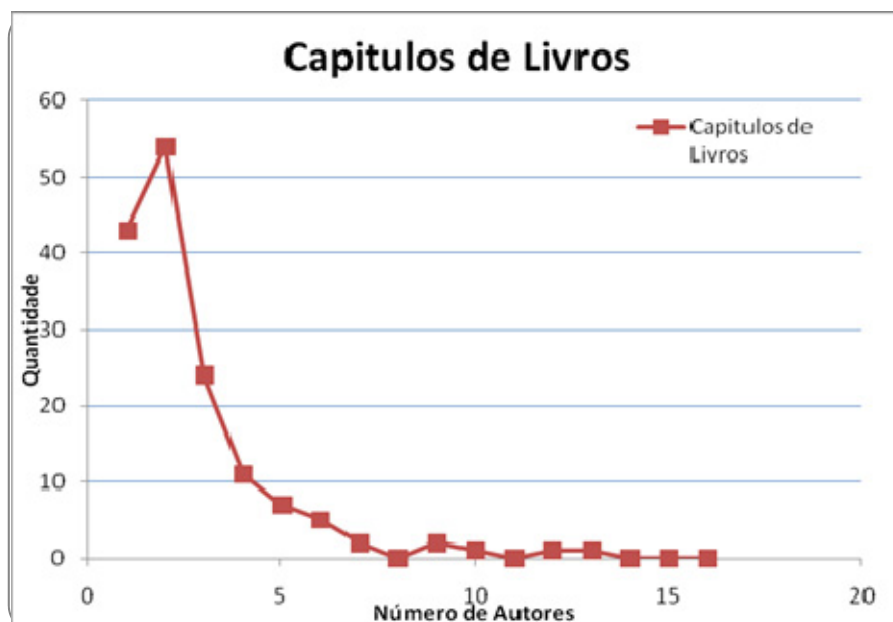
Figura 24 – Publicações em coautoria - livros



Fonte: Currículo Lattes

No formato de capítulos de livros, 43 capítulos foram escritos individualmente e 108 apresentaram autoria coletiva, conforme Figura 25.

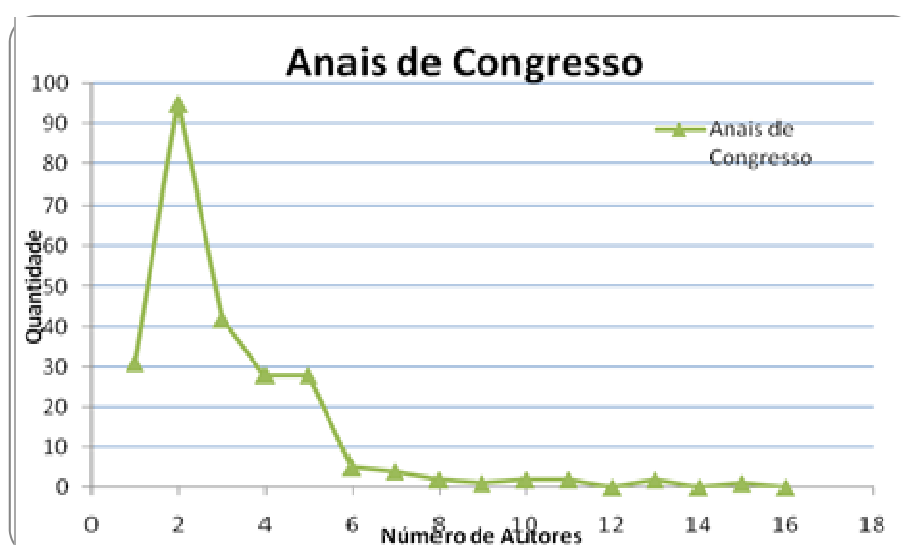
Figura 25 – Publicações em coautoria – capítulos de livros



Fonte: Currículo Lattes

Com relação aos trabalhos completos apresentados em congressos, 212 foram escritos em autoria única e apenas 31 apresentaram autoria individual.

Figura 26 – Publicações em coautoria – Anais de congresso



Fonte: Currículo Lattes

Para Meadows (1999, p.1), “a maneira como o cientista transmite informações depende do veículo empregado, da natureza das informações e do público-alvo”. Sendo assim, existem diversos fatores que levam os pesquisadores a escolherem os canais de comunicação de suas pesquisas. Esses fatores estão relacionados com a comunidade científica a que pertencem, ou seja, são os próprios pares que determinam os padrões de publicação científica e definem os indicadores de quantidade e qualidade da área do conhecimento. Na visão de Hayashi (2000), isso acaba pressionando os pesquisadores no sentido de publicar independentemente de se ter obtido os resultados das pesquisas. Publicam movidos pela satisfação de suas próprias necessidades de publicar ou perecer, que ainda rege suas carreiras.

No presente estudo ficou constatado que os pesquisadores divulgam suas pesquisas primeiramente nos eventos científicos. Segundo Meadows (1999, p.140), a maioria dos cientistas, inclusive muitos de países em desenvolvimento, participam de congressos e conferências pelo menos uma vez por ano, sendo que os trabalhos apresentados podem ser publicados em livros, anais, artigos, conseqüentemente, abrindo portas e incentivos para novas publicações.

Depois dos trabalhos publicados em eventos, as publicações que mais aparecem são os artigos, seguido por capítulos de livros e depois pelos livros.

Apesar das áreas das Ciências Humanas e Sociais terem a preferência em apresentarem suas pesquisas em formato de livros e capítulos de livros, a produtividade de um pesquisador, como já citado anteriormente, é bem mais avaliada pelas agências de fomento em termos de artigos publicados.

Sendo assim, os órgãos de fomento estão forçando o pesquisador a publicar cada vez mais para alcançar um posicionamento favorável. Para isso, esses pesquisadores buscam desenvolver o maior número de projetos e atividades que resultem em produtos quantificáveis representados pelos indicadores de resultados que vão fornecer elementos para registros, contabilização e avaliação do conjunto da produção entre os cientistas. Daí a presença de um número maior de artigos em relação à produção de livros e capítulos de livros constatado na presente pesquisa.

Portanto, na opinião de Vanz e Stump (2010), é fundamental avançar nos estudos e no entendimento da colaboração científica no Brasil para que tenhamos uma ideia mais clara de como este fenômeno vem acontecendo na comunidade científica brasileira, possibilitando a definição e o direcionamento de políticas científicas mais adequadas.

4.2.2 Análise das redes de colaboração científica

Neste momento passa-se às análises das redes de colaboração científica. É importante mencionar que os desenhos das redes são mutáveis, situando-se no período de 1987 a 2009. Portanto, as relações podem ainda ocorrer e novas estarão surgindo, possibilitando tanto o fortalecimento quanto o enfraquecimento das ligações existentes.

Na visão de Balancieri et al. (2005), o estudo das redes de colaboração é um fator importante pois produz indicadores que fornecem subsídios para as decisões das agências de fomento quanto ao planejamento e financiamento em Ciência e Tecnologia nas diversas áreas do conhecimento.

Para os fins de análise foram considerados os trabalhos escritos em autoria coletiva, contabilizando 528 publicações.

A apresentação dos resultados foi organizada por tipo de publicação e a representação das redes denominada de grafos, apresentando as seguintes características:

- 7) Atributos: representação visual dos nós e laços que unem os autores.
- 8) Grau de centralidade: é a medida da posição que um ator se encontra em relação às trocas e à comunicação na rede (MARTELETO, 2001).
- 9) Grau de proximidade: grau de aproximação entre os pares.
- 10) Cutpoint: determinam os atores que ligam grupos de atores. Esses pontos são interessantes, pois permitem identificar os atores que ligam dois grupos ou mais.

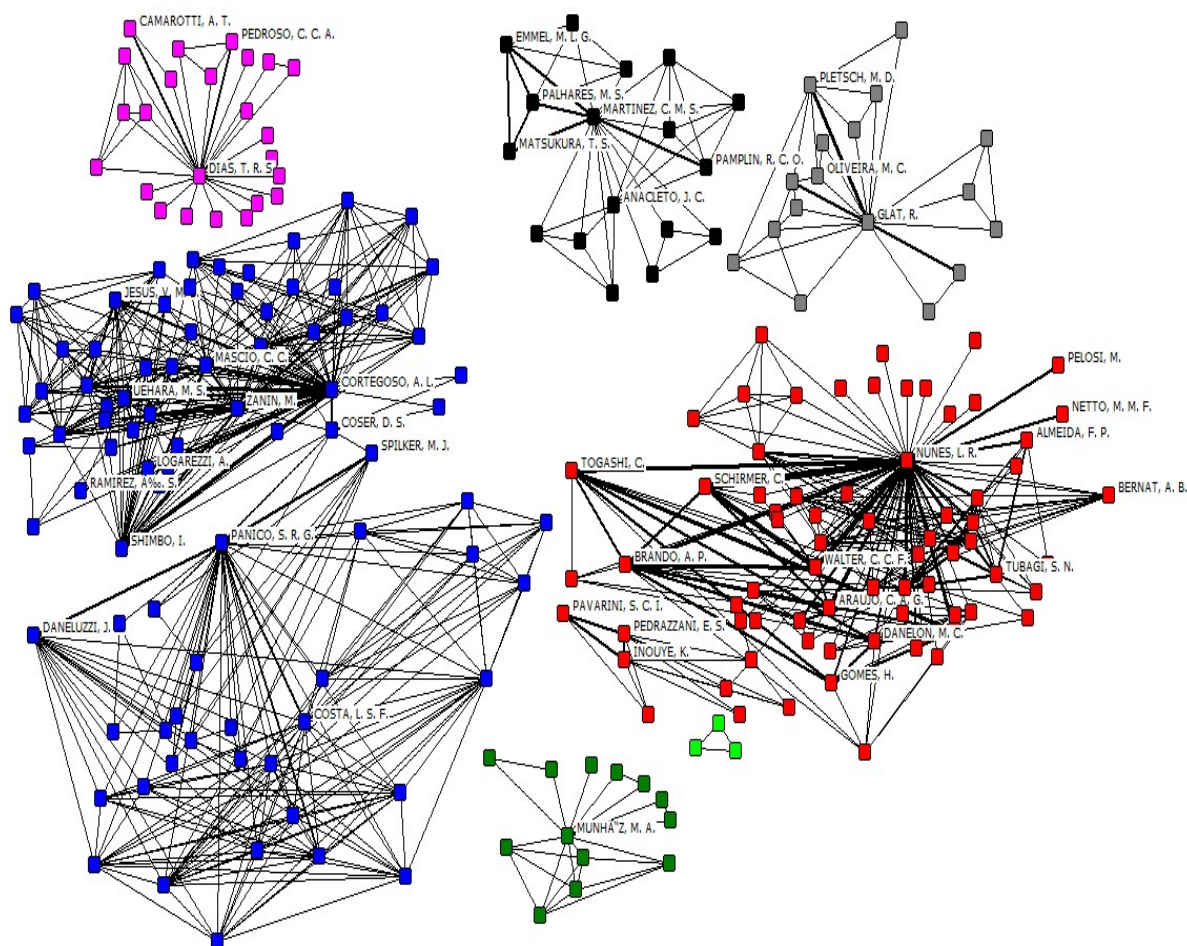
4.2.2.1 Rede de colaboração científica – trabalho completo apresentado em evento

Na análise referente aos 243 trabalhos completos apresentados em eventos foram descartados 31 trabalhos escritos individualmente, permanecendo 212 publicações, todos com no mínimo dois autores. Esses trabalhos foram escritos por 230 diferentes autores, conforme pode ser observado no APÊNDICE F.

O Grafo 1 ilustra a representação visual dos nós e laços que unem os autores das redes dos 11 orientadores (Ana Lúcia Cortegoso, Claudia Maria Simões Martinez, Durlei de Carvalho Cavicchia, Elisete Silva Pedrazzani, Leila Regina d'Oliveira de Paula Nunes, Maria Alcione Munhóz, Nivaldo Nale, Olga Mitsue Kubo, Rosana Glat, Sylvia Rosalina Grasseschi Panico e Tárzia Regina da Silveira Dias) relacionados aos trabalhos completos apresentados em eventos.

Visualmente, os laços que se estabelecem entre si são representados por linhas mais finas e claras, as linhas mais grossas e escuras demonstram as relações mais fortes que ocorreram entre esses autores.

Grafo 1 – Rede de colaboração científica – trabalhos completos apresentados em eventos



Fonte: Currículos Lattes. Data da coleta: janeiro de 2012.

Sendo assim, o Grafo 1 ilustra algumas informações quanto à interação dos pesquisadores referente a publicação de trabalhos completos apresentados em eventos. A primeira a ser destacada refere-se à formação dos componentes na rede, sendo dois grandes componentes e seis pequenos, com a seguinte origem:

- Os componentes pequenos se formam a partir dos pesquisadores: OKUBO (92); DIAS (50); MARTINEZ (108); GLAT (76); PEDRAZZANI (165); MUNHÓZ (122).

- Os dois grandes componentes são formados pelos pesquisadores: NUNES (138); PANICO (156); GIL (75).

Outra informação possível de apontar é que há poucos relacionamentos entre os orientadores e também entre as instituições que participam do presente estudo na elaboração de trabalhos completos apresentados em eventos, ou seja, o programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos e os Programas de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e da Universidade Federal de Santa Maria, por intermédio de linhas de pesquisa voltada à Educação Especial.

O próximo item observado é o grau de centralidade dos pesquisadores relacionado com a publicação dos trabalhos completos apresentados em eventos. Esses dados podem ser observados na Tabela 12, sendo a amostra composta pelos primeiros vinte atores que ocupam as posições mais centrais.

Tabela 12 – Grau de centralidade dos atores – trabalhos completos apresentados em eventos

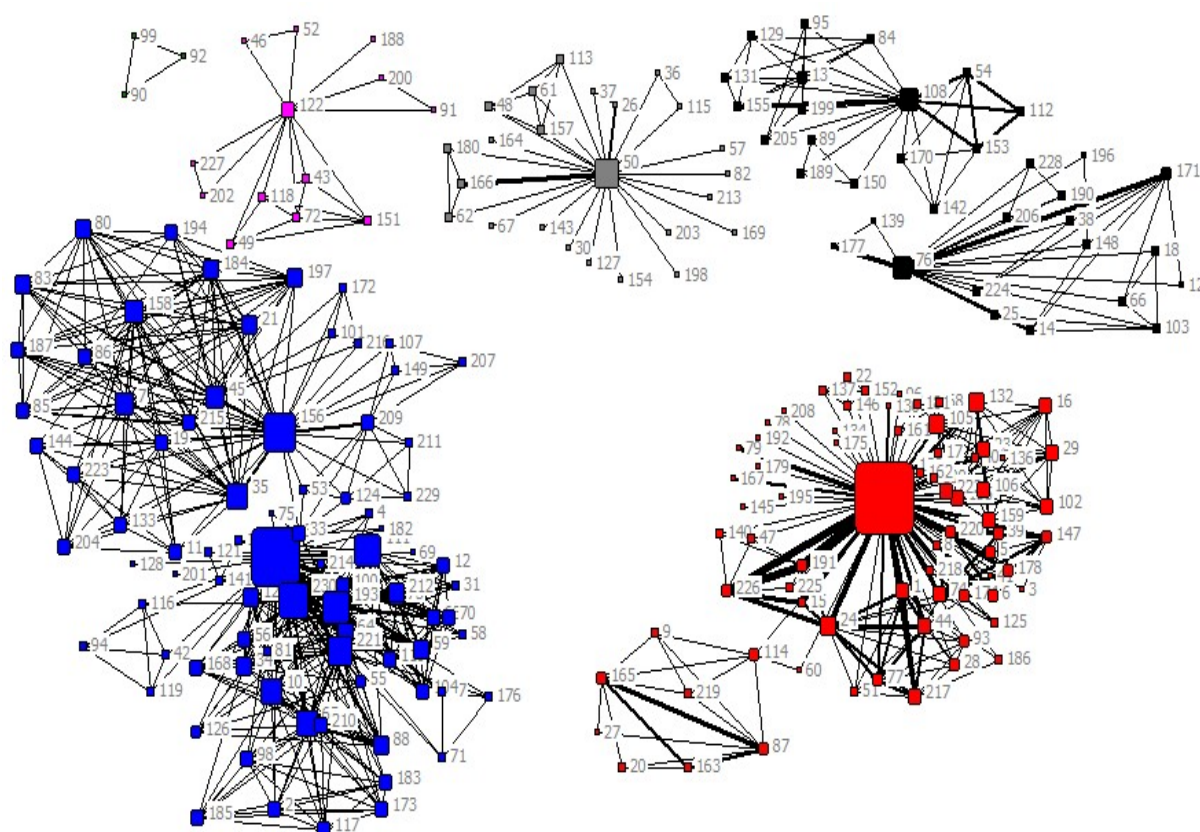
Número de representação na rede	Nome do ator	Grau de Centralidade
138	NUNES, L. R.	172.000
32	CORTEGOSO, A. L.	101.000
230	ZANIN, M.	51.000
156	PANICO, S. R. G.	47.000
226	WALTER, C. C. F.	39.000
191	SCHIRMER, C.	38.000
50	DIAS, T. R. S.	34.000
111	MASCIO, C. C.	34.000
76	GLAT, R.	31.000
108	MARTINEZ, C. M. S.	31.000
65	FONTES, N.	31.000
74	GERK, E.	30.000
221	UEHARA, M. S.	30.000
1	ABRANCHES-BRITO, D.	30.000
217	TOGASHI, C.	30.000
35	COSTA, L. S. F.	28.000

44	DANELON, M. C	27.000
64	FONTES, D. A.	25.000
10	ALMEIDA, S. F.	24.000
88	JESUS, V. M. B.	23.000

O grau de centralidade entre esses autores demonstra estruturalmente como são suas ligações com outros atores, não necessariamente entre eles, mas tendo como grau de centralidade toda a rede.

No Grafo 2 podemos visualizar essa estrutura onde os atores centrais estão representados pelos quadrados maiores.

Grafo 2 – Centralidade – trabalhos completos apresentados em eventos



Fonte: Currículo Lattes. Data da coleta: janeiro de 2012

Com relação ao grau de proximidade dos atores na elaboração de trabalhos completos apresentados em eventos, ficou constatado que PAULA, K. (161) e MARTINEZ, G. (109), são os mais próximos nessa rede, conforme pode ser observado na Tabela 13.

Tabela 13 - Grau de proximidade dos atores – trabalhos completos apresentados em eventos

Número de representação na rede	Nome do ator	Grau de Proximidade
161	PAULA, K	0.549
109	MARTINEZ, G.	0.549
68	FREITAS, E.	0.546
40	CUNHA, A. C. B	0.546
29	CAPOVILLA, F.	0.543
105	MADEIRA, S.	0.543
102	MACEDO, E.	0.543
106	MAGALHÃES, A. P.	0.543
132	NOGUEIRA, D.	0.543
159	PASSOS, M.	0.543
16	ARAÚJO, I.	0.543
135	NUNES, D.	0.543
222	VALÉRIO, T.	0.543
23	BERNAT, A. B.	0.543
98	BERNAT, A. B.	0.537
210	STANISCIA, A. C. M	0.534
114	MENDES, E. G.	0.531
185	SALVADOR, F. M.	0.531
9	ALMEIDA, M. A.	0.531
219	TOYODA, C. Y.	0.531

Devido a pouca quantidade de laços entre as duas instituições dessa rede, ela constitui um exemplo adequado para a discussão da importância dos cutpoints.

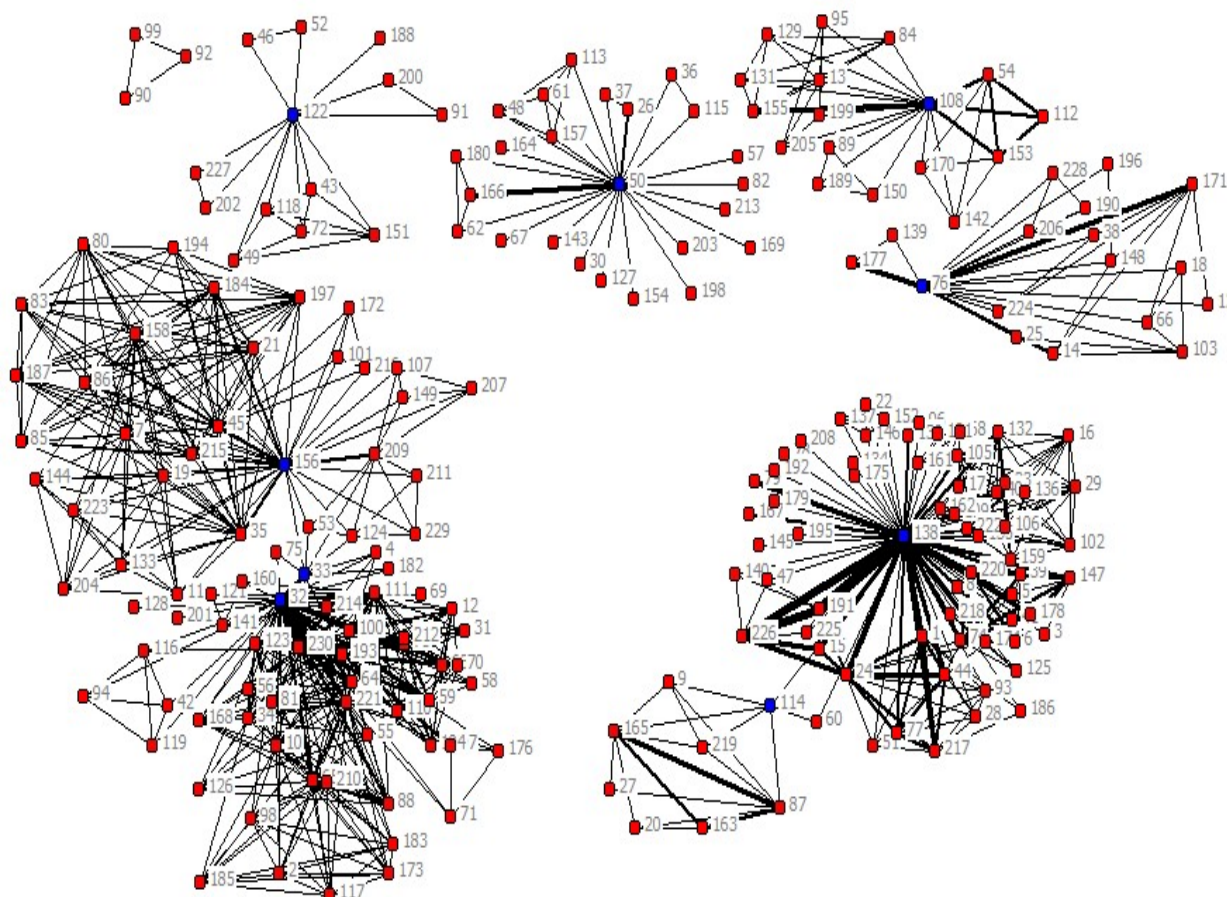
Segundo diversos autores (HANNEMAN; RIDDLE, 2005; HARARY, 1972), cutpoint é o nome que se dá aos vértices que desempenham a função de ligar blocos da rede, ou seja, eles seriam aqueles cuja remoção aumenta o número de componentes da rede. Sua presença em grande quantidade torna as redes mais fragmentadas, podendo a rede ficar desconexa.

Na visão de Meadows (1999), o cutpoint pode ser caracterizado com um gatekeeper, ou seja, todos os outros integrantes da rede recorrem a ele quando precisam de informações, portanto, ele é o elo entre vários pesquisadores e grupos de pesquisadores; se ele for excluído da rede, há possibilidade de que vários membros sejam desconectados, ou seja, não possuam mais contatos em comum. Sendo assim, esses atores tendem a construir um maior número de relações se comparados aos integrantes da rede, isto é, tendem a apresentar um grau nodal maior dentro de uma rede.

No Grafo 3, a seguir, é possível identificar nove cutpoints visualmente representados pelos atributos da cor azul. Os elos dos grupos são os atores: MUNHÓZ, M.A. (122); DIAS,

T.R.S. (50); MARTINEZ, C.M.S. (108); GLAT, R. (76); NUNES, L.R. (138); MENDES, E.G. (114); CORTEGOSO, A.L. (32); COSER, D.S. (33); PANICO, S.R.G. (156).

Grafo 3 – Cutpoint – trabalhos completos apresentados em eventos

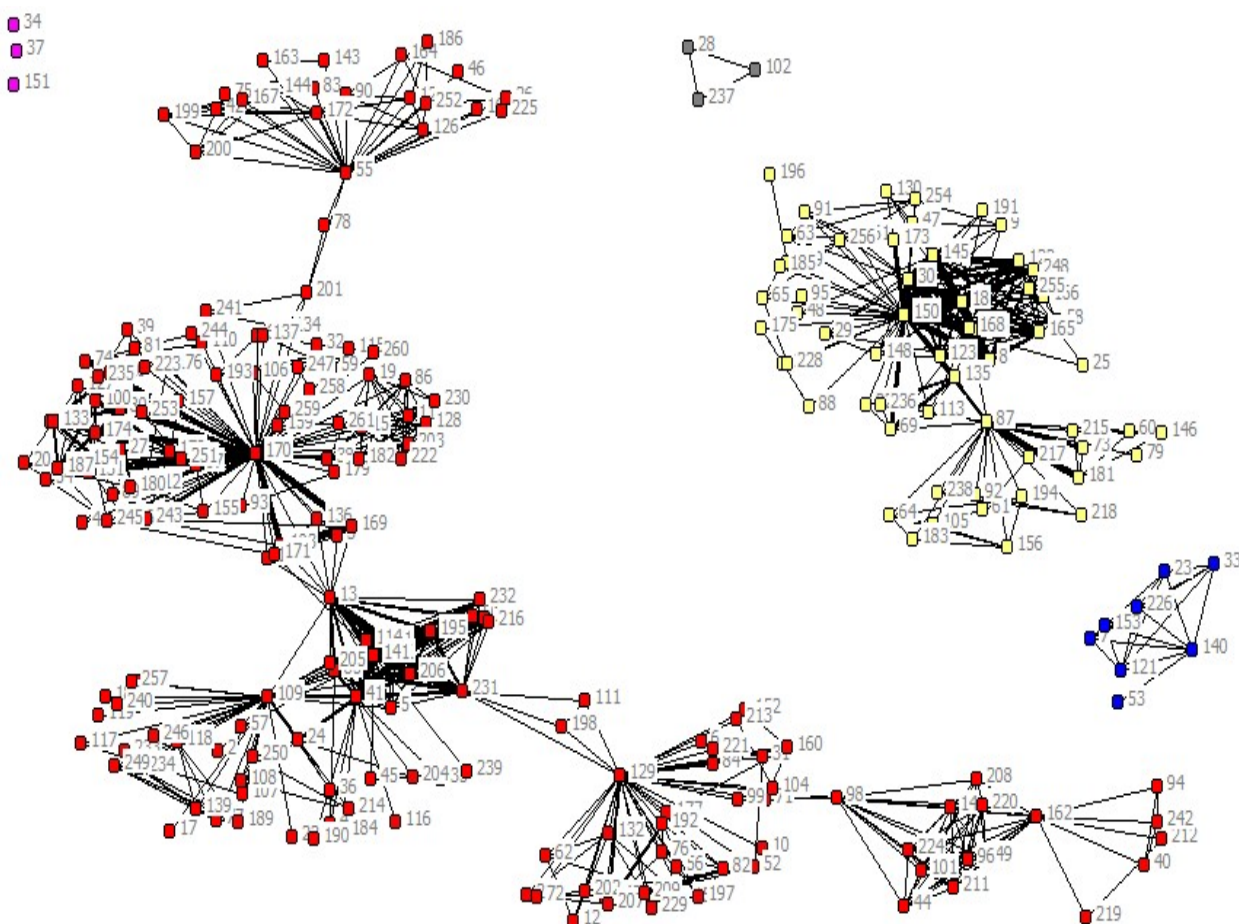


Fonte: Currículo Lattes. Data da coleta: janeiro de 2012

4.2.2.2 Redes de colaboração – formato de artigos de periódicos

Com relação à elaboração de artigos de periódicos, de um total de 108 trabalhos elaborados em autoria coletiva, constatou-se a presença de 261 atores que fazem parte da rede. A relação completa com os nomes dos atores está no APÊNDICE G.

Grafo 4 – Redes de colaboração – artigos de periódicos



Fonte: Currículo Lattes. Data da coleta: janeiro de 2012

Observando o Grafo 4 é possível verificar que na elaboração dos artigos científicos as relações em colaboração ocorrem em grande número, caracterizando a colaboração científica. Vale destacar também que essa colaboração ocorre apenas entre os atores da mesma instituição, ou seja, não há artigos científicos escritos em colaboração entre as três instituições envolvidas (UFSCar, UERJ e UFSM).

A rede representada pelos atores da UFSCar é composta por DIAS, T.R.S. (55); PEDRAZZANI, E.S. (170); KUBO, O.M. (109); MARTINEZ, C.M.S. (129); HAYASHI, C.R.M. (98); PANICO, S.R.G. (162). São os atributos de cor vermelha.

A rede representada pelos atores da UERJ é composta por NUNES, L.R. (149); GLAT, R. (87) e estão representados pela cor amarela.

Pode-se observar também a existência de duas redes isoladas representadas visualmente pelos atributos da cor cinza e azul.

A primeira rede isolada é formada pelos atores MUNHÓZ, M.A. (150); BORKOSVSKI, A. (23); CATANHO, D.M. (33); DEVALLE, A.J. (53); SILVA, R.P. (226); OLIVEIRA, C. (153); MACHADO, L.R. (121); AMORIN, V. (7). No grafo 4, estão representados pela cor azul.

A segunda rede isolada é formada pelos atores HIROTA, O. (102); CAMARGO, M.L.L.P. (28); SPONCIADO, M.A. (237).

É possível observar que, mesmo nas redes isoladas, existe a colaboração nas autorias dos artigos publicados. Na visão de Meadows (1999) os pesquisadores produtivos tendem a serem os mais colaborativos. Esta informação se confirma na presente pesquisa, pois tomando o exemplo o ator mais produtivo de artigos de periódicos PEDRAZZANI, E.S. (170), a maior parte de sua produção apresenta autoria coletiva.

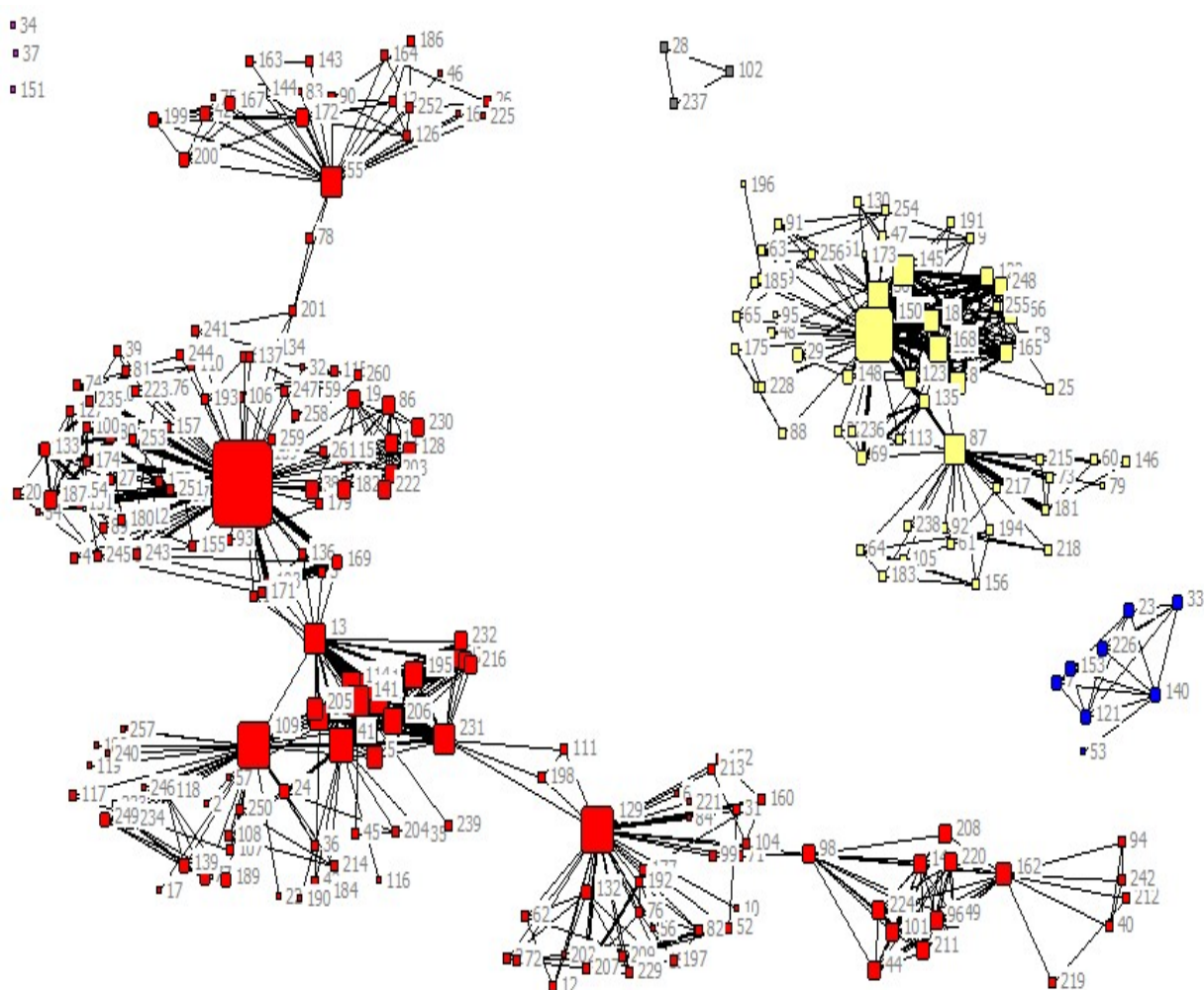
Com relação ao grau de centralidade dos atores na elaboração de artigos de periódicos, ficou constatado que PEDRAZZANI, E.S. (170) e NUNES, L.R. (150), são os elos centrais nessa rede, conforme pode ser observado na Tabela 14, abaixo.

Tabela 14 – Grau de centralidade dos atores – artigo de periódicos

Número de representação na rede	Nome do ator	Grau de Proximidade
170	PEDRAZZANI, E. S.	112.000
150	NUNES, L. R.	103.000
30	CAPOVILLA, F. C.	62.000
145	NOGUEIRA, D.	61.000
18	BERNAT, A. B.	55.000
8	ARAÚJO, I.	51.000
129	MARTINEZ, C. M. S.	46.000
41	CORTEGOSO, A. L.	45.000
13	BARHAM, E. J.	45.000
109	KUBO, O. M.	42.000
141	NALE, N.	40.000
87	GLAT, R.	39.000
231	SOUZA, D. G.	39.000
85	GIL, M. S. C. A.	37.000
51	DEL PRETTE, Z. A. P.	36.000
1	AIELLO, A. L. R.	36.000
114	LOLLO, M. C.	36.000
195	REIS, M. J. D.	36.000
206	ROSE, T. M. S.	36.000
165	PASSOS, M.	30.000

No Grafo 5, podemos visualizar essa estrutura onde os atores centrais estão representados pelos quadrados maiores.

Grafo 5 – Centralidade – artigos de periódicos



Fonte: Currículo Lattes. Data da coleta: janeiro de 2012

No grau de proximidade dos atores nos artigos de periódicos, ficou constatado que RIM, P.H.H. (197) e FONTES, M. (72), são os mais próximos nessa rede, conforme pode ser observado na Tabela 15.

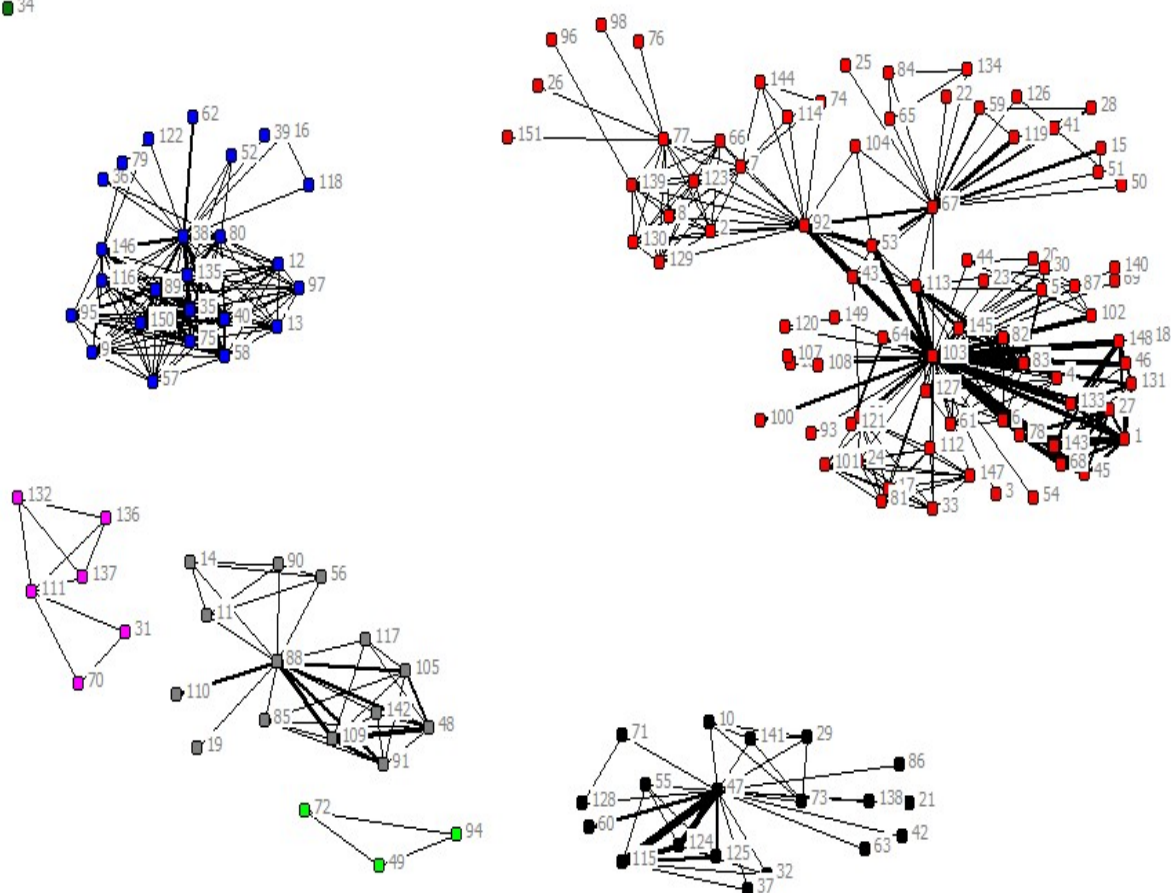
Tabela 15 - Grau de proximidade dos atores – artigos de periódicos

Número de representação na rede	Nome do ator	Grau de Proximidade
197	RIM, P. H. H.	0.527
72	FONTES, M.	0.527
71	FONTAINE, A. M.	0.527
213	SANTOS, E. B. E. I.	0.527
152	OISHI, J.	0.527
198	ROCCA, J. Z.	0.524
76	FRANCOZO, M. F. C.	0.524
12	BARBOSA, C. C.	0.524
158	PALHARES, M. S.	0.524
31	CARRASCO, B. G.	0.524
209	SANCHES, M.	0.524
160	PAMPLIN, R. C. O.	0.524
142	NEOFITI, C. C.	0.524
104	JOAQUIM, R. H. V. T.	0.524
6	ALVES, Z. M. M. B.	0.524
129	MARTINEZ, C. M. S.	0.522
132	MATSUKURA, T. S.	0.521
82	GAGLIARDO, H. G. R. G.	0.521
192	RAVANINI, S. G.	0.521
62	EMMEL, M. L. G.	0.520

Também foi possível verificar a existência dos cutpoints na rede de colaboração científica representada pelos artigos de periódicos. No Grafo 6, abaixo, os atores estão representados pelos quadrados azuis e são eles: DIAS, T.R.S. (55); RODRIGUES, M.A.C. (201); PEDRAZZANI, E.S. (170); NALE, N. (141); CORTEGOSO, A.L. (41); KUBO, O.M. (109); SOUZA, D.G. (231); MARTINEZ, C.M.S. (129); HAYASHI, C.R.M. (98); PANICO, S.R.G. (162); MUNHÓZ, M.A. (140); GLAT, R. (87); NUNES, L.R. (150).

Grafo 7 – Redes de colaboração científica - Capítulo de livro

34



Fonte: Currículo Lattes. Data da coleta: janeiro de 2012.

Referente ao relacionamento dos atores na produção de capítulos de livros verifica-se a presença de:

- 2 pequenas ligações representadas pelos atores: a primeira representada pelos atores: ESCOBAR, T.P. (49); HALMANN, A.L. (72); MOURA, M.L.S. (94). A segunda formada por: PANICO, S.R.G. (111); SILVA, A.N.R. (137); SANTOS, C.M. (132); SILVA, A.L.M. (136); CANZIANI, M.L. (31); GUERCHON, N. (31).
- 4 grandes redes formada por: CORTEGOSO, A.L. (38); MARTINEZ, C.M.S. (88); DIAS, T.R.S. (47); NUNES, L.R. (103); MENDES, E.G. (92); GLAT, R. (67).
- Apenas uma delas se interrelacionam: NUNES, L.R. (103) e MENDES, E.G. (92); GLAT, R. (67).

Pode-se observar também a densidade da força dos laços que ocorrem dentro de cada grupo, identificada pelas ligações mais fortes (linhas mais escuras).

Com relação ao grau de centralidade da produção científica representada pelos capítulos de livros, pode-se verificar que NUNES, L.R. (103) e CORTEGOSO, A.L. (38) são os atores centrais nesse tipo de publicação, como pode ser observado na Tabela 16.

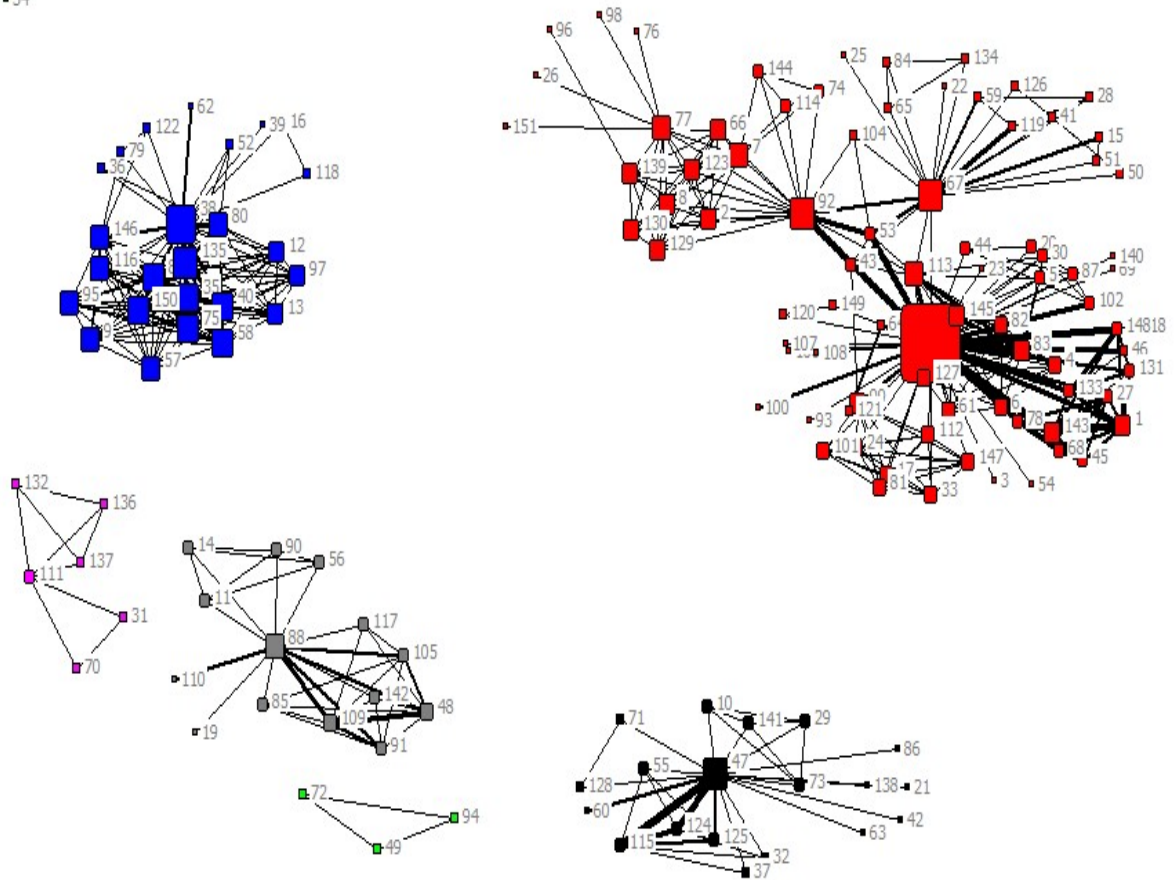
Tabela 16 – Grau de centralidade dos atores – capítulo de livro

Número de representação na rede	Nome do ator	Grau de Centralidade
103	NUNES, L. R.	93.000
38	CORTEGOSO, A. L.	36.000
47	DIAS, T. R. S.	29.000
135	SHIMBO, I.	26.000
92	MENDES, E. G.	25.000
67	GLAT, R.	25.000
150	ZANIN, M.	23.000
58	FONTES, N.	23.000
75	JESUS, V. M. B.	23.000
89	MASCIO, C. C.	22.000
40	COSTA, A. A. V	22.000
143	TOGASHI, C.	21.000
35	CHERFEM, C. O.	21.000
1	ABRANCHES-BRITO, D.	21.000
88	MARTINEZ, C. M. S.	19.000
113	PAULA, K. M. P.	18.000
80	LUCAS, M. G.	16.000
148	WALTER, C. C. F.	16.000
115	PEDROSO, C. C. A.	15.000
146	UEHARA, M. S.	15.000

A centralidade da rede também pode ser visualizada no Grafo 8.

Grafo 8 – Centralidade – capítulo de livro

■ 34



Fonte: Currículo Lattes. Data da coleta: janeiro de 2012.

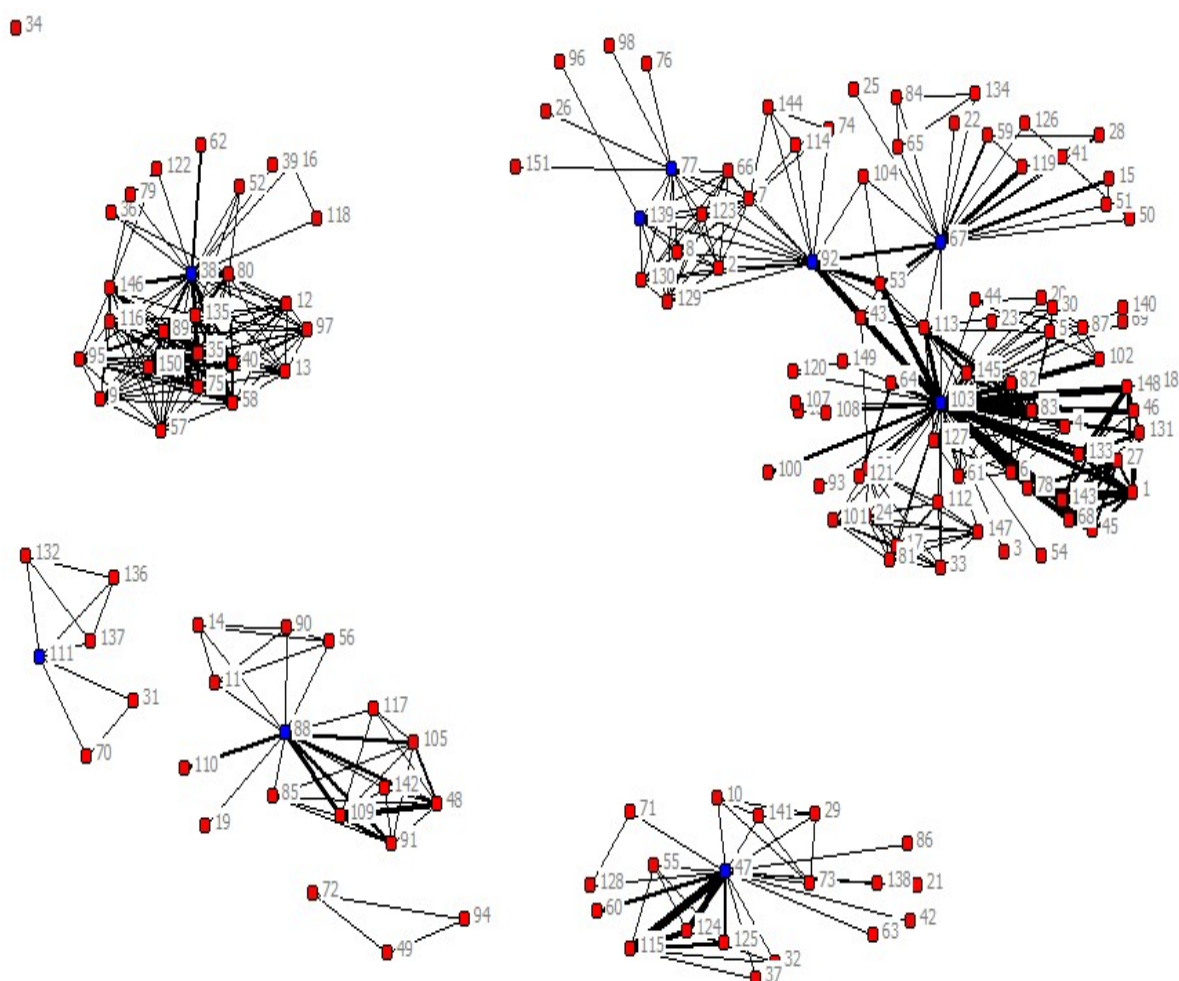
No grau de proximidade dos atores nos artigos de periódicos, ficou constatado que LARRATE, J. (78) e VALÉRIO, T. (147), são os mais próximos nessa rede, conforme pode ser observado na Tabela 17, abaixo.

Tabela 17 - Grau de proximidade dos atores – capítulo de livros

Número de representação na rede	Nome do ator	Grau de Proximidade
78	LARRATE, J.	1.266
147	VALÉRIO, T.	1.251
68	GOMES, H.	1.251
65	GIGANTE, L. A. B. M.	1.250
112	PASSOS, M.	1.236
45	DANELON, M. C.	1.235
149	WARREN, S.	1.235
100	NUNES SOBRINHO, F. P.	1.235
84	MAGALHÃES, E. F. C. B.	1.234
25	BLANCO, L. M. V.	1.234
144	TOYODA, C. Y.	1.234
22	BASTOS, O.	1.234
113	PAULA, K. M. P.	1.227
103	NUNES, L. R.	1.227
43	CUNHA, A. C. B.	1.227
67	GLAT, R.	1.226
92	MENDES, E. G.	1.226
53	FERREIRA, J. R.	1.225
99	NOGUEIRA, D.	1.223
6	ALMEIDA, I.	1.221

Com relação aos atores considerados os vértices das ligações na tipologia documental capítulo de livros, podemos visualizar no Grafo 9, os atores responsáveis pelas ligações dentro e fora dos grupos. Esses atores estão representados pelos quadrados na cor azul.

Grafo 9 – Cutpoint – capítulo de livro



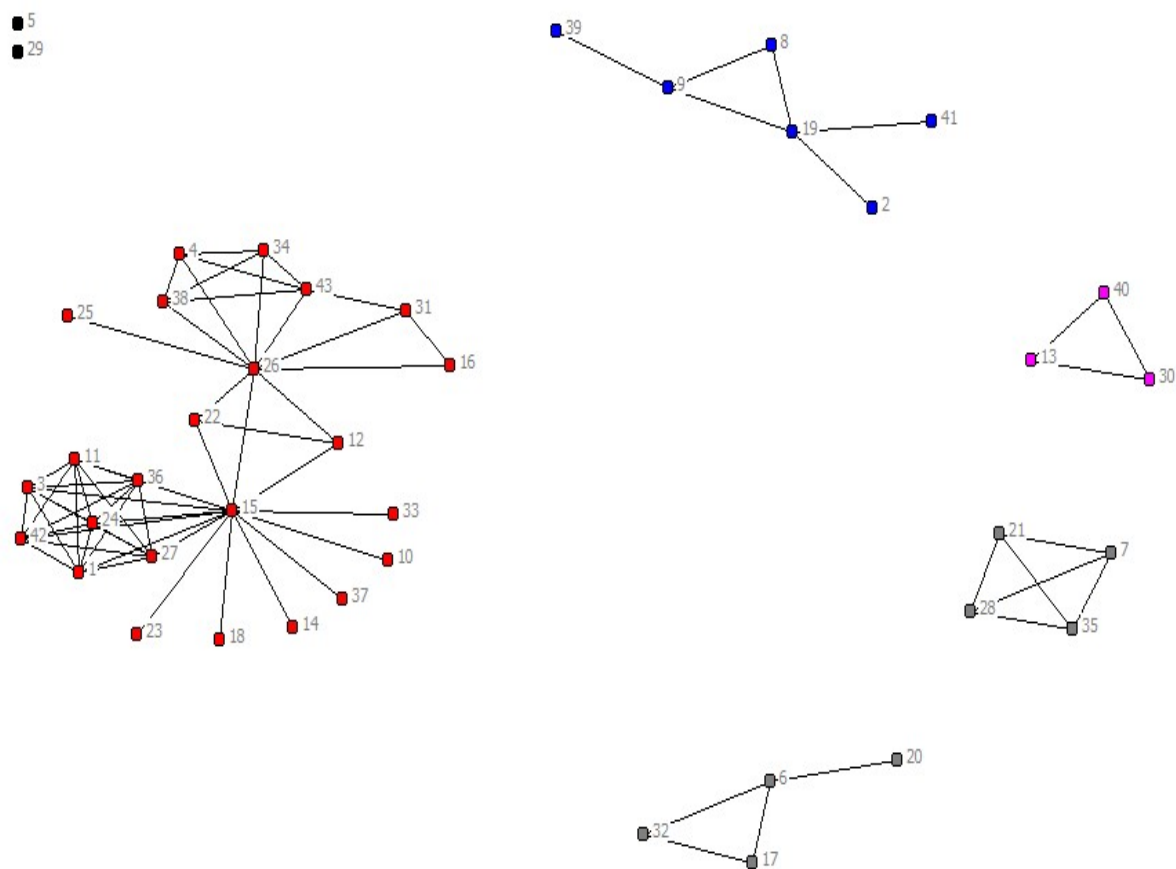
Fonte: Currículo Lattes. Data da coleta: janeiro de 2012.

Observando o Grafo 9 verifica-se que os elos de ligação são os atores: CORTEGOSO, A.L. (38); PANICO, S.R.G. (111); MARTINEZ, C.M.S. (88); DIAS, T.R.S. (47); NUNES, L.R. (103); GLAT, R. (67); MENDES, E.G. (92); SOUZA, D.G. (139); KIBO, O.M. (77).

4.2.2.4 Redes de colaboração científica – formato livro

Na análise referente às publicações de livros, o conjunto de dados permaneceu em 23 registros, sendo encontrados 43 autores (APÊNDICE I). A seguir, a visualização da rede encontrada no Grafo 10.

Grafo 10 - Redes de Colaboração Científica - livros



Fonte: Currículo Lattes. Data da coleta: janeiro de 2012

Na rede de livros verifica-se a existência de uma rede maior e quatro redes menores isoladas. A rede maior tem como autores centrais ANTUNES, K.C.V. (15) e BOTOMÉ, S.P. (26).

As quatro redes menores são formadas pelos atores:

1. COSER, D.S. (39); ALMEIDA, S.F. (9); ALMEIDA, N.V.F. (8); ASSIS, C.P.; AIELLO, A.L.R. (2); COUTO JR., D.R. (41).
2. COSTA, A.A.V. (40); AMORIM, D.F. (13); CAMELO, R.C.R. (30).
3. BASTOS, M.H. (21); ALMEIDA, M.A. (7); BRAUN, P. (28); CHERFEM, C.O.
4. BARBOSA, L. (20); ALMEIDA, I. (6); CAPORALI, S.A. (32); ARAÚJO, I. (17).

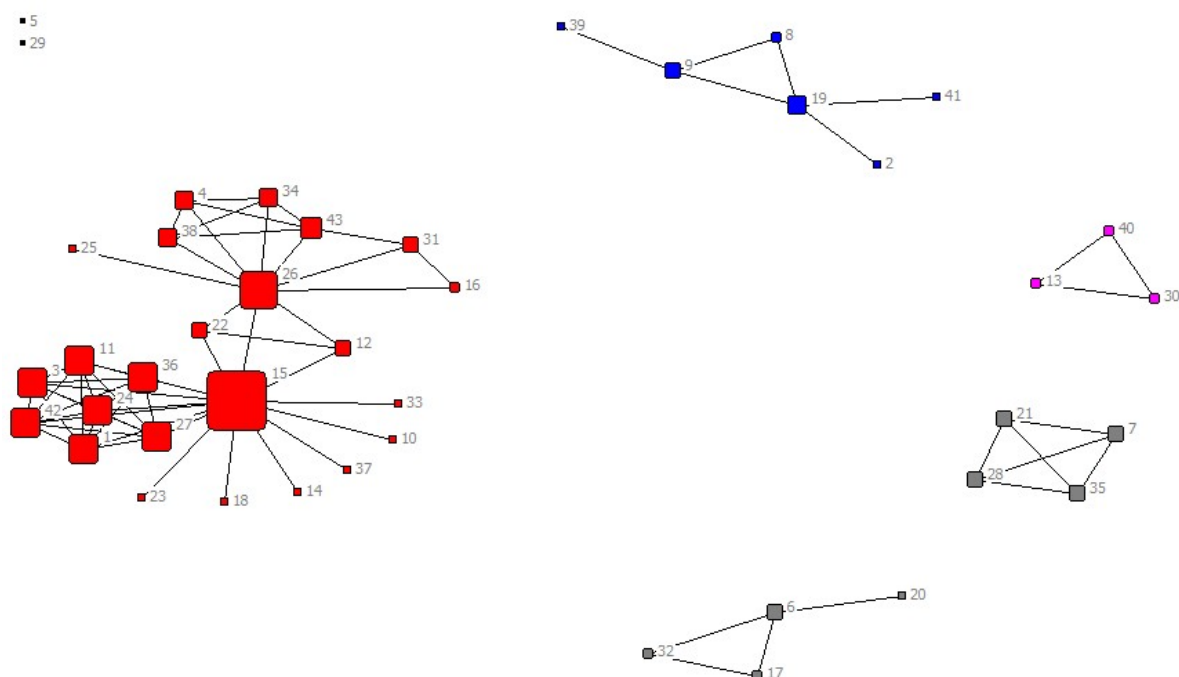
Com relação ao grau de centralidade da produção científica representada pelos livros, pode-se verificar que GLAT, R. (15) e NUNES SOBRINHO (26) são os atores centrais nesse tipo de publicação, como pode ser observado na Tabela 18.

Tabela 18 - Grau de centralidade dos atores - livros

Número de representação na rede	Nome do ator	Grau de Centralidade
15	GLAT, R.	17.000
26	NUNES SOBRINHO, F.	14.000
1	ANDRADE, E. R.	7.000
24	NOBRE, D.	7.000
3	BONFIM, M. I. R. M.	7.000
27	OLIVEIRA, E. S. G.	7.000
11	FARAH NETO, M.	7.000
36	ROSA, S. P. S.	7.000
42	VALLE, B. B. R.	7.000
43	WALTER, C. C. F.	6.000
31	PELOSI, M.	6.000
34	QUITERIO, P. L.	4.000
38	SCHIRMER, C.	4.000
4	BRAUN, P.	4.000
19	KUBO, O. M.	4.000
16	GOMES, M.	4.000
28	PAIXÃO, P. C.	3.000
12	FERREIRA, J. R.	3.000
7	DELLA BARBA, P. C.	3.000

A centralidade da rede composta relacionada aos livros também pode ser visualizada no Grafo 11.

Grafo 11 – Centralidade - livros



Fonte: Currículo Lattes. Data da coleta: janeiro de 2012

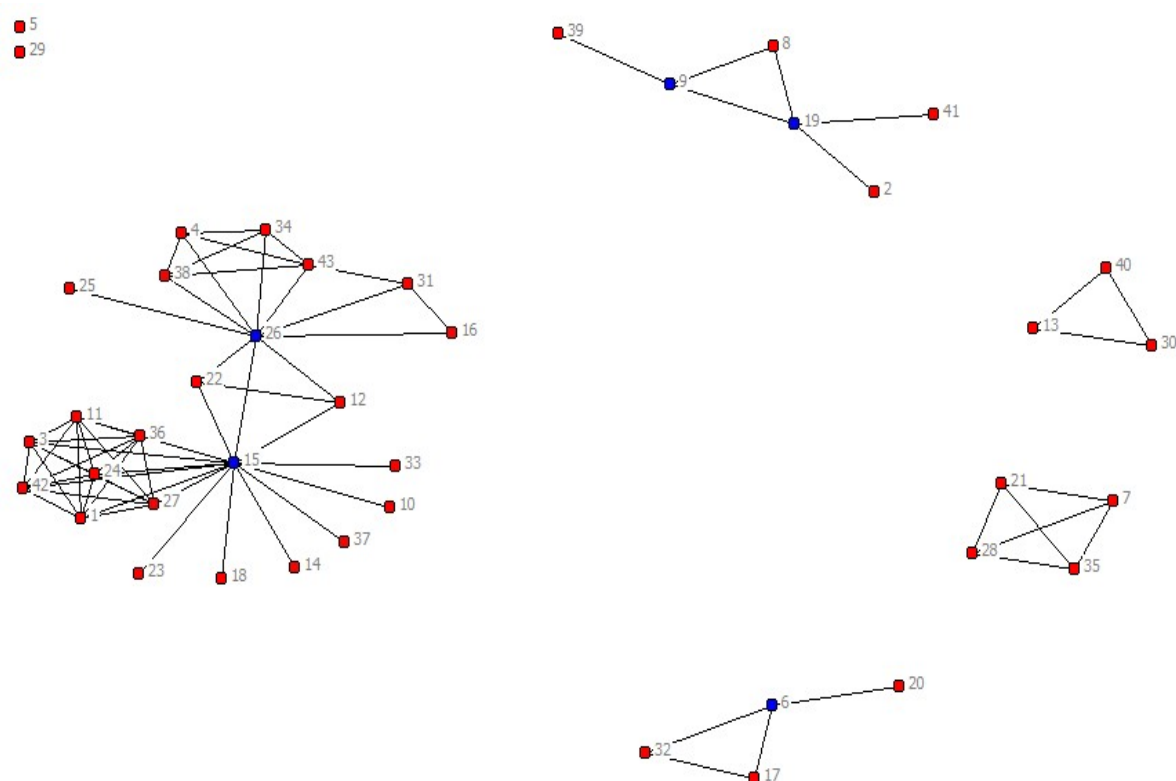
No grau de proximidade dos atores nos artigos de periódicos, ficou constatado que VALLE, B.B.R. (42) e ROSA, S.P.S. (36), são os mais próximos nessa rede, conforme pode ser observado na Tabela 19.

Tabela 19 - Grau de proximidade dos atores – livros

Número de representação na rede	Nome do ator	Grau de Proximidade
42	VALLE, B. B. R.	3.116
36	ROSA, S. P. S.	3.022
11	FARAH NETO, M.	2.933
3	BONFIM, M. I. R. M.	2.849
24	NOBRE, D.	2.770
22	MENDES, E. G.	2.697
27	OLIVEIRA, E. S. G.	2.696
4	BRAUN, P.	2.630
12	FERREIRA, J. R.	2.627
33	PLETSCH, M. D.	2.625
1	ANDRADE, E. R.	2.625
10	DUQUE, M. A. F. T.	2.625
14	FREITAS, R. C.	2.625
19	KUBO, O. M.	2.564
15	GLAT, R.	2.564
38	SCHIRMER, C.	2.563
23	MULLER, T. M. P.	2.559
43	WALTER, C. C. F.	2.500
35	RODRIGUES, D. S.	2.500
40	TUDELLA, E.	2.439

Com relação aos atores considerados gatekeepers na tipologia documental livros, podemos visualizar no Grafo 12, os atores responsáveis pelas ligações dentro e fora dos grupos. Esses atores estão representados pelos quadrados na cor azul.

Grafo 12 - Cutpoint - livros



Fonte: Currículo Lattes. Data da coleta: janeiro de 2012

Observando o Grafo 112, verificamos que atores considerados elos na produção de livros são: BOTOMÉ, S.P. (26); ANTUNES, K.C.V. (15); ALMEIDA, S.F. (9); ASSIS, C.P. (19); ALMEIDA, I. (6). Esses atores estão identificados pelos quadrados da cor azul.

4.2.2.5 Redes de colaboração científica em prematuridade

Neste momento é apresentada a rede de colaboração científica dos pesquisadores do campo da Educação Especial que possuem a interface com a prematuridade.

Na presente pesquisa foram identificados 1173 trabalhos que abordavam a temática da prematuridade no Banco de Teses da Capes no período de 1987 a 2009. Desses registros foram selecionados os trabalhos que pertenciam a Programas de Pós-graduação ou linhas de pesquisa sobre Educação Especial.

Sendo assim foram selecionados 12 registros, sendo que 9 pertenciam ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos, dois que faziam parte do programa de Pós-Graduação em Educação, com linha de pesquisa voltada para a Educação Especial, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

O Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos foi o primeiro implantado no país em 1977, e desde então se constitui no único programa específico na área⁵.

A proposta deste programa nasceu de uma experiência do Centro de Educação e Ciências Humanas - CECH da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), em oferecer um curso de especialização, no ano de 1977, para professores do ensino especial da cidade de São Carlos e região. Concluído tal curso houve um aumento na demanda, tanto no sentido de ampliar as oportunidades para novos professores, quanto para prosseguir com a formação daqueles que fizeram o primeiro curso.

Desta forma, a proposição de uma pós-graduação foi considerada. Surgiu então o denominado Programa de Mestrado em Educação Especial-PMEE, com área de concentração em deficiência mental, para desenvolver competências nas atividades de pesquisa, prestação de serviço e docência em Educação Especial.

Como não havia na instituição (nem no Brasil) um núcleo com tradição de pesquisa e de ensino de graduação na área, que pudesse dar um passo "natural" na evolução acadêmica e

⁵ Todas as informações sobre o Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos (PPGEES-UFSCar) podem ser acessadas no site: www.ppgees.ufscar.br

ampliar seu nível de atuação, o Mestrado foi implantado com base na experiência de pesquisadores em Psicologia, Filosofia e Educação que, embora nunca tivessem trabalhado diretamente com as principais questões relativas à Educação Especial, dispuseram-se a enfrentar o problema e a começar, com os alunos, um programa de pesquisas na área.

A estrutura curricular foi programada com base na necessidade de fornecer aos alunos formação para a docência universitária, a pesquisa em Educação Especial e também na prestação de assessoria a programas e serviços de Educação Especial para portadores de deficiência mental.

Atualmente a pesquisa no Programa de Pós-Graduação em Educação Especial é articulada em função de cinco linhas de pesquisa, que orientam e organizam a atividade científica. São elas:

- Linha 1 - Aprendizagem e cognição de indivíduos com necessidades especiais de ensino: investiga processos básicos de aprendizagem e cognição e possíveis comprometimentos desses processos em indivíduos com necessidades especiais de ensino, incluindo deficiência mental, autismo ou problemas de aprendizagem.
- Linha 2 - Currículo funcional: implementação e avaliação de programas alternativos de ensino especial: desenvolve estudos para a identificação, descrição e superação de necessidades educativas especiais, propondo, implementando e avaliando cientificamente programas educacionais sistêmicos (considerando o ensino de habilidades específicas, a estruturação de rotinas pedagógicas, a proposição de parâmetros curriculares ou mesmo a análise de programas e serviços de ensino especial).
- Linha 3 - Práticas educativas: processos e problemas: estuda processos envolvidos nas práticas educativas, e no aperfeiçoamento dessas práticas, para a promoção do desenvolvimento e da aprendizagem de pessoas com necessidades educativas especiais.
- Linha 4 - Atenção primária e secundária em Educação Especial: prevenção de deficiências: esta linha focaliza a investigação de fatores de risco biológico e ambiental associados à prevenção das deficiências e também o desenvolvimento de programas de intervenção ou de aplicações a serviços nas áreas de educação e saúde.

- Linha 5 - Produção científica e formação de recursos humanos em Educação Especial: esta linha empreende esforços de meta-análise do conhecimento produzido em Educação Especial no país e do próprio processo de formação de recursos humanos nesta área.

Com relação aos dois registros pertencentes à Universidade do Estado do Rio de Janeiro, os orientadores dessas pesquisas fazem parte do corpo docente do programa de Pós-Graduação em Educação que possui uma linha de pesquisa denominada Educação Inclusiva e Processos Educacionais⁶. Os objetivos acadêmicos dessa linha de pesquisa são:

1. Analisar e descrever os mecanismos de inclusão e exclusão derivados das representações determinantes nas relações do aluno com a escola, desde o ponto de vista da identidade do sujeito escolar e o do das macro-representações subjacentes ao conceito moderno de sujeito escolar;
2. Analisar e descrever as condições de inclusão de sujeitos cognoscentes em contextos escolares marcados pela diversidade, tomando por parâmetro a análise de sistemas cognitivos em processo de desenvolvimento proximal;
3. Analisar e descrever o impacto dos diferentes tipos de deficiência na caracterização de sujeitos cognoscentes, visando a definir parâmetros para a identificação dos portadores de necessidades educativas especiais à condição de alunos no ensino formal, bem como as adaptações curriculares e prático-educativas;
4. Analisar a linguagem, sua fenomenologia e seus sistemas de expressão e representação enquanto fatores interferentes na produção de conhecimentos e na inserção dos sujeitos nos processos educacionais;
5. Descrever a natureza conceitual do processo de letramento, tomado como fenômeno de natureza cognitivo-cultural associado aos modos do pensamento humano e aos movimentos de desenvolvimento proximal provocados a partir das relações interpessoais.

É uma linha formada por três grupos de pesquisa: Aprendizados ao longo da vida: sujeitos, políticas e processos educativos; Etnografia e Exclusão: aspectos psicossociais da

⁶ Todas as informações sobre o Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro estão disponíveis no endereço eletrônico: <http://www.proped.pro.br/>

inclusão escolar; Inclusão Escolar de Alunos com Necessidades Educacionais Especiais no Ensino Regular: práticas pedagógicas e cultura escolar.

O registro representado pela Universidade Federal de Santa Maria, a orientadora da pesquisa Maria Alcione Munhóz é docente credenciada no Programa de Pós-Graduação em Educação, sendo que este também possui uma linha de pesquisa voltada para a Educação Especial. O programa desenvolve investigações a respeito da diferença e da inclusão, explorando temas como: avaliação, deficiência mental, altas habilidades, surdez e políticas públicas de Educação Especial.

Para uma melhor visualização, os doze registros estão identificados no APÊNDICE J.

A rede de colaboração científica é composta pelas publicações dos orientadores, cuja temática envolve diretamente a prematuridade. Para isso, foi verificado no currículo Lattes de cada orientador, por meio da leitura dos títulos das publicações, aquelas que apresentaram a temática explicitamente nos títulos dos trabalhos.

Sendo assim, a prematuridade foi percebida em artigos publicados em periódicos e em trabalhos apresentados em eventos. A amostra contou com a presença de 15 registros, representados por artigos de periódicos e trabalhos apresentados em eventos, identificados a seguir.

1. ALVES, P.; FERREIRA, M.; NUNES, L.R.; OLIVEIRA, M.B.; IWASAKI, J.U.; EPELBOIM, S. O desenvolvimento cognitivo de bebês prematuros e alguns aspectos neuromotores associados. **Pediatria Moderna**, v.33, n.7, p.511-534, 1997.
2. DAVILA, D.L.; MUNHÓZ, M.A.; PEDROSO, F.S. A prematuridade e o extremo baixo peso como fator de risco ao desenvolvimento infantil. 2008. (Apresentação de Trabalho/Congresso).
3. FORMIGA, C.K.M.R.; PEDRAZZANI, E.S. Estudo preliminar sobre o desenvolvimento de bebês pré-termo em um programa de intervenção precoce. In: ENCONTRO DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO DA REGIÃO SUDESTE, 5., 2002, Águas de Lindóia. **Anais...** Águas de Lindóia, 2000.
4. FORMIGA, C.K.M.R.; PEDRAZZANI, E.S. O método mãe-canguru de assistência ao recém-nascido pré-termo de baixo peso: relato de experiência. In: XVII CONGRESSO MÉDICO DO OESTE PAULISTA, 17., CONGRESSO DE PSICOLOGIA E DE FISIOTERAPIA, 2., 2002, São José do Rio Preto. **Anais...** São José do Rio Preto, 2000.

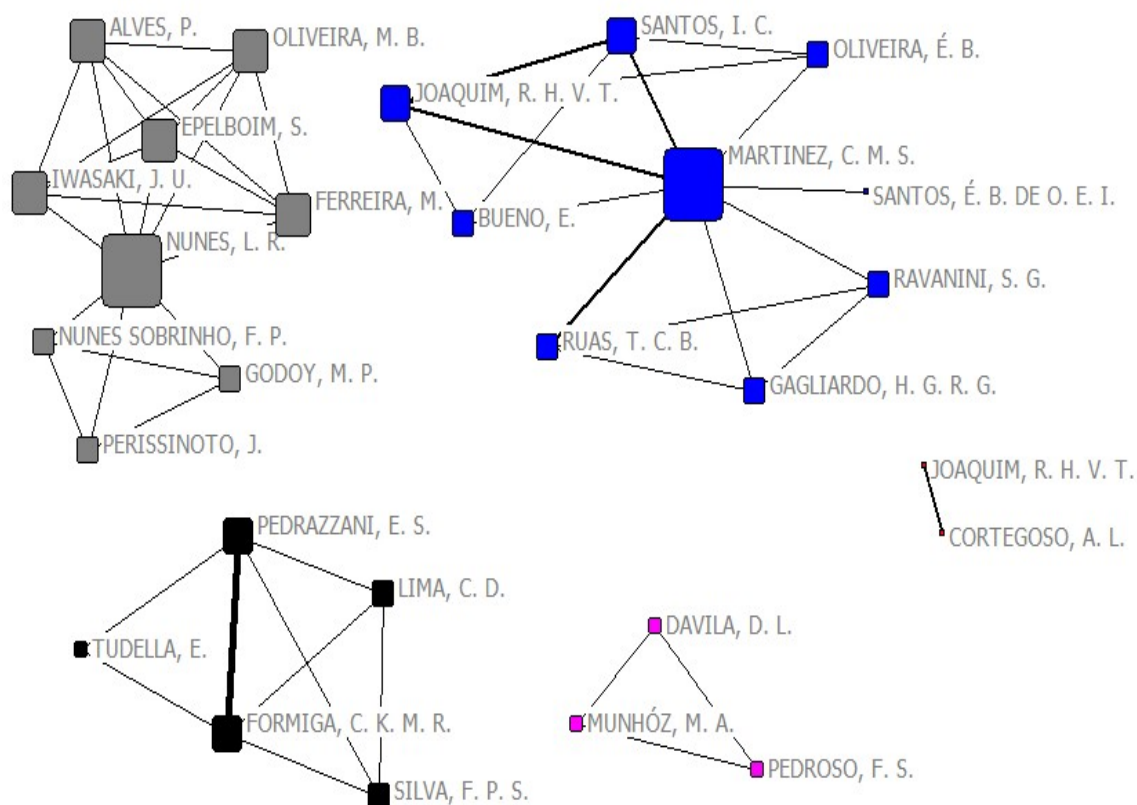
5. FORMIGA, C.K.M.R.; PEDRAZZANI, E.S. O método mãe-canguru de assistência ao recém-nascido pré-termo de baixo peso: relato de experiência. **Temas sobre Desenvolvimento**, v.12, n.71, p.50-56, 2003.
6. FORMIGA, C.K.M.R.; PEDRAZZANI, E.S.; SILVA, F.P.S.; LIMA, C.D. Eficácia de um programa de intervenção precoce com bebês pré-termo. **Paideia (Ribeirão Preto)**, v.14, n.29, p.301-311, 2004.
7. FORMIGA, C.K.M.R.; PEDRAZZANI, E.S.; TUDELLA, E. Desenvolvimento motor de lactente pré-termo participantes de um programa de intervenção fisioterapêutica precoce. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.8, n.3, p.239-245, 2004.
8. GODOY, M.P.; NUNES, L.R.; PERISSINOTO, J.; NUNES SOBRINHO, F.P. Estudo descritivo dos comportamentos comunicativos e simbólicos para um grupo de risco: crianças nascidas prematuramente, de baixo peso no grupo de idade de oito a 24 meses. **Temas sobre Desenvolvimento**, v.9, n.53, p.25-33, 2000.
9. JOAQUIM, R.H.V.T.; CORTEGOSO, A.L. Avaliação de um programa de ensino para capacitar mães de bebês pré-termo como promotoras de desenvolvimento infantil em situação de internação em berçário pós-UTI neonatal. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL, 3., ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISADORES EM EDUCAÇÃO ESPECIAL, 4., 2008, São Carlos. **Anais...** São Carlos, 2008.
10. JOAQUIM, R.H.V.T.; CORTEGOSO, A.L. Elaboração de programa de ensino para capacitar mães de bebês pré-termo como promotoras de desenvolvimento infantil em situação de internação pós-UTI neonatal. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL, 3., ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISADORES EM EDUCAÇÃO ESPECIAL, 4., 2008, São Carlos. **Anais...** São Carlos, 2008.
11. MARTINEZ, C.M.S.; JOAQUIM, R.H.V.T.; BUENO, E.; SANTOS, I.C. Guide to stimulation of pre-term babies: guidelines for parents to support informative for the promotion of child development. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL, 4., ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PESQUISADORES EM EDUCAÇÃO ESPECIAL, 5., 2010, São Carlos. **Anais...** São Carlos, 2010.
12. MARTINEZ, C.M.S.; OLIVEIRA, E.B.; SANTOS, I.C.; JOAQUIM, R.H.V.T. Guia de estimulação precoce para orientação de pais de bebês prematuros: pressupostos, idéias e a experiência de sua criação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 9., 2005, Pernambuco. **Resumo...** Pernambuco, 2005.
13. MARTINEZ, C.M.S.; RUAS, T.C.B. Avaliação do comportamento visuomotor de lactentes nascidos pré-termo durante o primeiro trimestre de vida. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL, 2., 2005, São Carlos. **Livro de programas e resumos...** São Carlos, 2005. v.1, p.283-284.
14. MARTINEZ, CM.S.; JOAQUIM, R.H.V.T.; OLIVEIRA, E.B.; SANTOS, I.C. Information support an element for advising parents of preterm infants: a guide for

development follow-up services during the first year of life. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.11, p.73-81, 2007.

15. RUAS, T.C.B.; GAGLIARDO, H.G.R.G.; MARTINEZ, C.M.S.; RAVANINI, S.G. A comparação de funções appendiculares desencadeadas pela visão em lactentes nascidos pré-termo e a termo no primeiro trimestre de vida. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.20, p.671-678, 2010.

O Grafo 13 ilustra a representação visual dos nós e laços que unem os autores das redes dos orientadores que apresentaram publicação científica na área da prematuridade. Fazem parte dessa respectiva rede os orientadores: Ana Lúcia Cortegoso, Claudia Maria Simões Martinez e Elisete da Silva Pedrazzani, vinculadas ao Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos; Maria Alcione Munhóz pesquisadora vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal de Santa Maria e Leila Regina d'Oliveira de Paula Nunes, professora orientadora do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Grafo 13 – Rede de colaboração científica entre Educação Especial e prematuridade



Fonte: Currículo Lattes. Data da coleta: agosto de 2012.

Com relação ao grau de centralidade, é possível identificar que os autores MARTINEZ, C.M.S.; NUNES, L.R. e PEDRAZZANI, E.S. são o centro da rede estabelecida na interface entre Educação Especial e prematuridade. Esses autores são os conectores entre os grupos. Se removermos esses elementos teríamos grupos diferentes. Por exemplo: se o autor NUNES, L.R. for removido do grafo cinza, teríamos dois grupos distintos. Esses dados podem ser confirmados na Tabela 20, a seguir.

Tabela 20 – Grau de centralidade dos atores – Educação Especial e prematuridade

Nome do autor	Grau de Centralidade
MARTINEZ, C. M. S	16.000
PEDRAZZANI, E. S	13.000
FORMIGA, C. K. M. R	13.000
NUNES, L. R.	10.000
JOAQUIM, R. H. V. T.	9.000
SANTOS, I. C.	8.000
OLIVEIRA, M. B.	6.000
FERREIRA, M.	6.000
EPELBOIM, S.	6.000
RUAS, T. C. B.	6.000
ALVES, P.	6.000
IWASAKI, J. U.	6.000
RAVANINI, S. G.	4.000
SILVA, F. P. S.	4.000
LIMA, C. D.	4.000
CORTEGOSO, A. L.	4.000
GAGLIARDO, H. G. R. G.	4.000
PERISSINOTO, J.	4.000
NUNES SOBRINHO, F. P.	4.000
GODOY, M. P.	4.000
BUENO, E.	4.000
OLIVEIRA, É. B.	4.000
TUDELLA, E.	3.000
PEDROSO, F. S.	3.000
DAVILA, D. L.	3.000
MUNHÓZ, M. A.	3.000
SANTOS, E. B. O. E. I.	2.000

O grau de centralidade entre esses autores demonstra a estrutura das ligações com todos os autores, tendo como um grau de centralidade toda a rede relacionado exclusivamente à prematuridade.

Com relação ao grau de proximidade dos autores ficou constatado que NUNES, L.R. e MARTINEZ, C.M.S. são os que possuem maior número de autores próximos em suas publicações, conforme pode ser demonstrado na Tabela 21.

Tabela 21 – Grau de proximidade dos atores – Educação Especial e prematuridade

Nome do autor	Grau de Proximidade
NUNES, L. R.	5.000
MARTINEZ, C. M. S.	5.000
IWASAKI, J. U.	4.972
FERREIRA, M.	4.972
OLIVEIRA, M. B.	4.972
ALVES, P.	4.972
EPELBOIM, S.	4.972
SANTOS, I. C.	4.963
JOAQUIM, R. H. V. T.	4.963
RAVANINI, S. G.	4.954
OLIVEIRA, É. B.	4.954
NUNES SOBRINHO, F. P.	4.954
GAGLIARDO, H. G. R. G.	4.954
BUENO, E.	4.954
SANTOS, É. B. DE O. E. I.	4.936
FORMIGA, C. K. M. R.	4.167
PEDRAZZANI, E. S.	4.167
SILVA, F. P. S.	4.160
LIMA, C. D.	4.160
TUDELLA, E.	4.154
DAVILA, D. L.	3.846
PEDROSO, F. S.	3.846
MUNHÓZ, M. A.	3.846
JOAQUIM, R. H. V. T.	3.704
CORTEGOSO, A. L.	3.704

Tomando como base o Grafo 13 e as Tabelas 20 e 21, podemos aferir algumas informações quanto à interação dos pesquisadores.

Primeiramente, refere-se à formação dos componentes na rede, sendo que é possível observar diferentes composições de grupos isolados:

- um grupo pequeno formado por apenas dois autores: JOAQUIM, R.H.V.T. e CORTEGOSO, A.L.
- um grupo formado por três autores: MUNHÓZ, M.A.; DAVILA, D.L. e PEDROSO, F.S.

- um grupo formado por cinco autores: PEDRAZZANI, E.S.; LIMA, C.D.; FORMIGA, C.K.M.R.; SILVA, F.P.S. e TUDELLA, E.
- dois grupos formados por nove autores cada um.
 - O primeiro formado pelos autores: NUNES, L.R.; ALVES, P.; OLIVEIRA, M.B.; EPELBOIM, S.; IWASAKI, J.U.; FERREIRA, M.; NUNES SOBRINHO, F.P.; GODOY, M.P.; PERISSINOTO, J.
 - O segundo grupo formado por: MARTINEZ, C.M.S.; SANTOS, I.C.; OLIVEIRA, E.B.; JOAQUIM, R.H.V.T.; BUENO, E.; SANTOS, E.B.O.E.I.; RUAS, T.C.B.; RAVANINI, S.G. e GAGLIARDO, H.G.P.G.

Observando a formação desses grupos é possível constatar que não há relacionamentos entre os cinco grupos, confirmando a presença dos grupos isolados. Consequentemente, pode-se apontar que, há pouca troca de informações entre as instituições selecionadas na presente pesquisa, ou seja, a Universidade Federal de São Carlos, a Universidade Federal do Rio de Janeiro e a Universidade Federal de Santa Maria no que tange à pesquisa referente à prematuridade e sua relação com a Educação Especial.

Em contrapartida, podemos observar que dentro dos grupos formados, há colaboração científica entre instituições diferentes, como nos casos das redes formadas por NUNES, L.R e MARTINEZ, C.M.S.

Na rede formada por NUNES, L.R. os dois trabalhos que integram essa rede foram desenvolvidos por pesquisadores vinculados à Universidade Federal do Rio de Janeiro (ALVES, P.P.; FERREIRA, M.F.R.; IWASAKI, J.K.; EPELBOIM, S.), a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (NUNES, L.R.; NUNES SOBRINHO, F.P.; GODOY, M.M.P.), o Instituto Fernando Magalhães (OLIVEIRA, M.C.B.) e a Universidade Federal de São Paulo (PERISSINOTO, J.).

Na rede formada pelos trabalhos de MARTINEZ, C.M.S., os trabalhos foram desenvolvidos por pesquisadores da Universidade Federal de São Carlos (MARTINEZ, C.M.S.; JOAQUIM, R.H.V.T.; RUAS, T.C.B.), Núcleo Municipal de Reabilitação de São José do Rio Preto (OLIVEIRA, E.B.), Hospital de Maternidade São Camilo (SANTOS, I.C.), Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação Prof. Dr. Gabriel Porto, Unicamp (GAGLIARDO, H.R.; RAVANINI, S.G.).

Outra relação forte que pode ser percebida é a de orientador e orientando, como nos casos de FORMIGA e PEDRAZZANI; MARTINEZ e RUAS; MARTINEZ e JOAQUIM; CORTEGOSO e JOAQUIM; NUNES e GODOY; DÁVILA e MUNHÓZ.

Portanto, aqui vale mencionar a discussão que ronda o meio acadêmico: como ocorrem as relações entre orientador e seus orientandos no que tange as publicações dos trabalhos científicos?

Na visão de Targino (2010, p.145) cada vez mais, orientadores ou tutores de teses e trabalhos acadêmicos em geral aparecem como primeiro autor ou coautor de trabalhos realizados por seus alunos, recorrendo ao argumento de que a autoria, como atividade e processo, sofre intensas mutações sociais, culturais, econômicas e políticas. Com as mudanças no ensino e na pesquisa advindas do avanço tecnológico e, sobretudo, a valorização crescente do ensino superior e da investigação científica vêm acarretando intensa controvérsia em torno do velho e desgastado slogan *publish or perish*, fazendo com que as parcerias se tornem constantes.

Para Targino (2010) este é um tema que suscita debate e conduz a mudanças conceituais que exigem a reconstrução dos fundamentos teóricos que cercam a autoria, mas sem relegar a questão ética e respeito à produção do outro.

O que pode ser constatado na presente pesquisa é que os trabalhos acima mencionados são frutos das dissertações e teses apresentados para a obtenção do título de mestres e doutores em Educação Especial, sendo que os orientadores também contribuíram intelectualmente na elaboração dos referidos trabalhos. Na opinião de Witter (2010), essa relação entre orientando e orientador não apresenta nenhuma preocupação, pois pode ser entendida como o reconhecimento da autoridade científica.

Para Bourdieu (1983) autoridade científica é definida como a capacidade técnica e poder social, compreendida enquanto capacidade de falar e de agir legitimamente, isto é, de maneira autorizada e com autoridade, sobre um assunto determinado.

4.2.3 Pressupostos teóricos do campo da Educação Especial voltados à Prematuridade

Este tópico consiste em analisar os pressupostos teóricos e as áreas do conhecimento que envolveram os estudos derivados do campo da Educação Especial voltados à prematuridade.

Do total de 15 trabalhos selecionados sobre a interface entre prematuridade e Educação Especial, foram subtraídos os trabalhos apresentados em eventos devido à dificuldade de localização e também pelo fato de muitos desses serem derivados dos próprios artigos. Sendo assim, foram eleitos sete artigos publicados em periódicos que abarcavam a interface entre Educação Especial e prematuridade e estão identificados no Quadro 3.

Os sete artigos serviram de base para identificar os pressupostos teóricos que embasaram os estudos dentro do campo da Educação Especial voltados para o atendimento de crianças nascidas pré-termo.

Quadro 4 - Síntese dos artigos relacionados à prematuridade

ARTIGO	SÍNTESE
1. ALVES, P.; FERREIRA, M.; NUNES, L.R.; OLIVEIRA, M.B.; IWASAKI, J.U.; EPELBOIM, S. O desenvolvimento cognitivo de bebês prematuros: alguns aspectos neuromotores associados. Pediatria Moderna , v.33, n.7, p.511-534, 1997.	Prevenção de excepcionalidade é uma ação prioritária em Educação especial. A prematuridade é um fator de risco que pode vir associada com riscos sociais com impacto negativo (aprendizagem, visual, interação, linguagem...) em diversas áreas do desenvolvimento da criança. Programas de intervenção dirigidos para mães e crianças prematuras têm favorecido o desenvolvimento de ações sintônicas e sincrônicas.
2. FORMIGA, C.K.M.R.; PEDRAZZANI, E.S. O método mãe-canguru de assistência ao recém-nascido pré-termo de baixo peso: relato de experiência. Temas sobre Desenvolvimento , v.12, n.71, p.50-56, 2003.	O Método Mãe-Canguru (MMC) é um tipo de assistência neonatal humanizada que consiste em manter o contato pele a pele precoce ente a mãe e o recém-nascido (RN) pré-termo e de baixo peso. Constitui uma alternativa ao método “tradicional” de assistência ao recém-nascido de baixo peso e compreende três princípios básicos: a posição canguru; o aleitamento materno e o acompanhamento do RN e de sua família.
3. FORMIGA, C.K.M.R.; PEDRAZZANI, E.S.; SILVA, F.P.S.; LIMA, C.D. Eficácia de um programa de intervenção precoce com bebê pré-termo. Paidéia (Ribeirão Preto) , v.14, n.29, p.301-311, 2004.	Nos programas de intervenção precoce com ênfase no desenvolvimento motor, os profissionais e pesquisadores estão adotando como estratégia trabalhar com uma análise coletiva do desenvolvimento da criança, ou seja, cuidados com os aspectos biológicos,

	família, ambiente e tarefa, os quais fazem parte da perspectiva sócio-ecológica.
4. FORMIGA, C.K.M.R.; PEDRAZZANI, E.S.; TUDELLA, E. Desenvolvimento motor de lactente pré-termo participantes de um programa de intervenção fisioterapêutica precoce. Revista Brasileira de Fisioterapia , v.8, n.3, p.239-245, 2004.	O programa de intervenção precoce é eficaz para promover o desenvolvimento infantil quando ele foca-se na criança nos primeiros meses de vida e no microsistema familiar.
5. GODOY, M.P.; NUNES, L.R.; PERISSINOTO, J.; NUNES SOBRINHO, F.P. Estudo descritivo dos comportamentos comunicativos e simbólicos para um grupo de risco: crianças nascidas prematuramente, de baixo peso, no grupo de idade de oito a 24 meses. Temas sobre Desenvolvimento , v.9, n.53, p.25-33, 2000.	Atualmente, a ênfase nos tratamentos de saúde passou para os aspectos preventivos, buscando a qualidade de vida da criança. A comunicação do bebê vai sendo desenvolvida ao longo dos anos e as condições biológicas não são os únicos determinantes. As influências sociais, psicológicas e afetivas têm sido igualmente investigadas e consideradas de grande importância para o desenvolvimento global. Existem diversos testes para avaliação do desenvolvimento de bebês. No Brasil, existem poucos testes validados com o objetivo do acompanhamento da linguagem e nenhum se propõe a ser instrumento dirigido ao profissional da educação. Validação da escala CSBS (ECCS – Escala de Comportamentos Comunicativos e Simbólicos).
6. MARTINEZ, C.M.S.; JOAQUIM, R.H.V.T.; SANTOS, E.B.O.E.I. Information support as an element for advising parents of preterm infants: a guide for development follow-up services during the first year of life. Revista Brasileira de Fisioterapia , v.11, p.73-81, 2007.	Nos primeiros anos de vida do bebê pré-termo é essencial que os profissionais selecionem formas adequadas de intervenção e capacitem os pais a estimular os bebês nos aspectos cognitivo, afetivo e social.
7. RUAS, T.C.B.; GAGLIARDO, H.G.R.G.; MARTINEZ, C.M.S.; RAVANINI, S.G. A comparação de funções apendiculares desencadeadas pela visão em lactentes nascidos pré-termo e a termo. Revista Brasileira de Crescimento de Desenvolvimento Humano , v.20, p.671-678, 2010.	Dentre as alterações causadas pela prematuridade no desenvolvimento da criança encontram-se as alterações da visão. Seu comprometimento pode levar aos déficits de coordenação apendiculares (se não diagnosticados precocemente) e impactar assim o desempenho da criança na escolaridade.

Como pode ser observado, a produção científica produzida pelos pesquisadores da área da Educação Especial voltado à prematuridade está calcada na identificação dos fatores de risco e na intervenção precoce como medidas de evitar ou minimizar as sequelas de possíveis deficiências que podem ser causadas pelo nascimento pré-termo, visando o acompanhamento e estimulação do desenvolvimento infantil, buscando a qualidade de vida da criança.

Neste momento cabe destacar a origem da Educação Especial no Brasil até se atingir os estudos preocupados com a intervenção precoce para evitar agravos à saúde e consequente surgimento de alguma deficiência.

Diversos autores como Mendes (2010), Ferreira (2006), Jannuzzi (2004) e Mazzotta (1996), entre outros, descrevem a trajetória da Educação Especial no Brasil.

Miranda (2008, p.30) assinala períodos distintos um dos outros que demarcam mudanças na concepção de deficiência:

- Antiguidade: os deficientes eram abandonados, perseguidos e eliminados devido às suas condições atípicas;
- Idade Média: o tratamento variava segundo as concepções de caridade ou castigo predominantes na comunidade em que o deficiente estava inserido, o que era uma forma de exclusão.
- Idade Moderna: se presencia o início do interesse da ciência, especificamente da Medicina, no que diz respeito à pessoa com deficiência passando a existir uma preocupação com a socialização e a educação. Mesmo assim, persistia uma visão patológica do indivíduo, trazendo o menosprezo da sociedade.
- Final do século XIX e meados do século XX: surge o desenvolvimento de escolas e/ou classes especiais em escolas públicas, visando oferecer à pessoa deficiente uma educação à parte. Na década de 1970, observa-se um movimento de integração social dos indivíduos que apresentavam deficiência, cujo objetivo era integrá-lo em ambientes escolares, o mais próximo possível daqueles oferecidos à pessoa normal.

- Atualmente: o período atual é marcado pelo movimento de inclusão que ocorre em âmbito mundial e refere-se a uma nova maneira de ver a criança, de excludente da diferença para a de contemplar a diversidade.

Historicamente, segundo Jannuzzi (2004), a educação das crianças deficientes surgiu institucionalmente no fim do século XVII e começo do XIX. A Constituição de 1824 prometeu instrução primária e gratuita a todos, mas poucas foram as instituições que foram surgindo e nulo o número de escritos sobre a educação.

O atendimento ao deficiente iniciou-se através das Câmaras Municipais ou em confrarias particulares e as Santas Casas de Misericórdia, seguindo a tradição europeia transmitida por Portugal, que atendiam aos pobres e doentes, exerceram importante papel.

Surgiram no Brasil desde o século XVI em Santos (1543), Salvador (1549), Rio de Janeiro (1522) e São Paulo (1599).

As crianças ficavam nas Santas Casas até os sete anos sendo que as meninas eram encaminhadas para o Seminário da Glória e os meninos para o Seminário de Sant'Ana onde recebiam instrução até os 18 anos e aprendiam um ofício para sobreviver.

Em 1854 é criado na Corte o Imperial Instituto de Meninos Cegos, posteriormente chamado de Instituto Benjamin Constant e alguns anos depois o Instituto dos Surdos-Mudos, ambos sob a administração e administração do poder central.

Mesmo com essas iniciativas a educação popular e a dos deficientes não era motivo de preocupação, pois a sociedade da época era pouco urbanizada, apoiada no setor rural primitivamente aparelhado sendo que provavelmente poucos eram considerados deficientes; havia alguma tarefa que pudessem executar. A população era iletrada, as escolas eram escassas, só as crianças mais lesadas despertavam atenção e eram recolhidas em algumas instituições.

O que progrediu pouco foi o ensino superior, facilitado pelo apoio da Corte porque era o ensino que interessava às camadas da população com rendas mais altas, às poucas camadas médias, além de meio para atingir uma posição mais alta na sociedade.

Em 1903 é fundado o Pavilhão Bourneville, no Rio de Janeiro, sendo a primeira escola especial para alunos anormais.

A educação do deficiente surgiu pelo trabalho promovido por algumas pessoas sensibilizadas com o problema, que encontraram apoio governamental, mas também surgiu em um momento em que a elite intelectual estava preocupada em elevar o Brasil ao nível do século.

A França, com a qual essa elite tinha mais contato, tivera a educação do deficiente mental iniciada com Itard, em 1800, que tentara educar o selvagem Victor, em Aveyron, baseado na metodologia sensualista de Condillac.

Nesse contexto a educação especial desenvolve-se a partir do surgimento das vertentes pedagógicas, médico-pedagógica e psicopedagógica, até se chegar à criação de políticas públicas, de modo a que tais esforços resultassem em uma atenção mais adequada, numa tentativa de tornar possível a vida do aluno mais prejudicado.

Na vertente pedagógica a educação se desenvolveu por meio de tentativas práticas, muitas vezes criações dos próprios deficientes para vencer os desafios com que se defrontavam nos diversos tempos e lugares e pela observação do cotidiano. Assim, em relação aos cegos, foram inventadas várias formas de alfabeto que poderiam ser percebidos pelo tato, letras gravadas em madeira, fundidas em chumbo ou recortadas em papelão, como o Método Braille. Para os surdos-mudos criou-se a língua dos sinais.

A vertente médico-pedagógica os médicos procuravam as respostas para os casos mais graves, resistentes aos tratamentos exclusivamente terapêuticos. Também foram os médicos os organizadores das primeiras agremiações profissionais, sendo que o ensino de Medicina é uma das áreas mais antigas no Brasil, junto com o ensino militar.

Os médicos também perceberam a importância da pedagogia, criando instituições escolares ligadas a hospitais psiquiátricos, congregando crianças bem comprometidas em seu quadro geral e que estavam segregadas socialmente junto com os adultos loucos.

Na vertente psicopedagógica são aplicados testes de inteligência para organizar as classes com a intenção de facilitar processo de ensino e aprendizagem. A partir de 1917 esse método foi questionado por não levar em conta a não aprendizagem por deficiência da escola.

A partir de 1930, a sociedade civil começa a organizar-se em associações de pessoas preocupadas com o problema da deficiência; o governo cria escolas junto a hospitais e ao

ensino regular; unidades filantrópicas são criadas; surgem formas diferenciadas de atendimento em clínicas, institutos pedagógicos e centros de reabilitação.

Assim, as escolas de aperfeiçoamento surgiram em Minas Gerais e São Paulo. Foi em Minas, em 1929, que essas escolas exerceram real influência na educação do deficiente, principalmente o deficiente mental: suas alunas prestaram assistência técnica às classes de retardados e organizaram com Helena Antipoff a primeira associação para cuidar dessa educação, a Sociedade Pestalozzi, espalhando-se por todo o Brasil.

Não se pode deixar de mencionar o papel representativo da psicóloga Helena Antipoff com a educação especial, tanto no pensar na criança excepcional e seu desenvolvimento mental, moral e social bem como a preparação de professores para que pudessem promover meios para a educação dessas crianças. (SILVA, 2008a).

Nascida na Rússia, Helena Antipoff formou-se em São Petesburgo, Paris Genebra. Em Paris (1910-1911), estagiou no Laboratório Binet-Simon. Entre 1912 e 1916, cursou o *Institutdes Sciences de l'Éducation*, em Genebra, onde obteve o diploma de psicóloga. Entre 1915 e 1924, voltou à Rússia, tendo trabalhado em estações médico-pedagógicas e no Laboratório de Psicologia Experimental em Petesburgo. Em 1926, publicou numerosos artigos em periódicos especializados. Seu trabalho, nesse período, revela a influência da psicologia sócio-histórica russa, e da abordagem interacionista elaborada por Claparède e Piaget. (SILVA, 2008a).

Em 1929, a convite do governo do Estado de Minas Gerais, foi lecionar Psicologia na Escola de Aperfeiçoamento de Professores, onde promoveu extenso programa de pesquisa sobre o desenvolvimento mental, ideais e interesses das crianças mineiras, visando subsidiar a reforma do ensino local. Em 1932, liderou a criação da Sociedade Pestalozzi de Belo Horizonte, e, a partir de 1940, da Escola da Fazenda do Rosário, Ibirité, Minas Gerais, com a finalidade de educar e reeducar crianças excepcionais ou abandonadas utilizando os métodos da Escola Ativa. Na mesma época, tornou-se professora fundadora da Cadeira de Psicologia Educacional da Universidade de Minas Gerais. (SILVA, 2008a).

Em 1944 e 1949, no Rio de Janeiro, Antipoff trabalhou junto ao Ministério da Saúde na institucionalização do Departamento Nacional da Criança, e na criação da Sociedade Pestalozzi no Brasil. Em 1951, obteve a cidadania brasileira, e retornou a Minas Gerais. Liderou então extensa obra educativa a partir da Fazenda do Rosário, nas áreas de educação

especial, educação rural, educação para a criatividade e de bem dotados, tendo participado ativamente na formação de várias gerações de psicólogos educadores. (SILVA, 2008a; MENDES, 2010).

À medida que Helena Antipoff aumentava seu contato com os excepcionais, a concepção organicista da excepcionalidade que adotava foi sendo transformada em uma visão mais abrangente, porém consciente de que tinha um papel social a cumprir, onde não podia se omitir frente a um problema identificado a partir de sua atuação em psicologia da criança, Helena em seu tempo, foi incansável na elaboração e avaliação de propostas para a educação especial bem como a preocupação com a inclusão da criança na vida social, desenvolvimento mental, moral e social fora da Sociedade Pestalozzi. (SILVA, 2008a; MENDES, 2010).

A partir de então, muitas iniciativas foram realizadas, órgãos foram criados e leis regulamentadas:

- 1942 – Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI)
- 1947 – Instituto Nacional de Pedagogia (que mais tarde se tornou Instituto Nacional de Estudos Pedagógicos)
- 1951 – Conselho Nacional de Pesquisa (CNPq)
- 1954 – APAEs
- 1957, 1958, 1959 – Campanha Nacional dos Surdos, Campanha Nacional dos Cegos e Campanha Nacional dos Deficientes Mentais, respectivamente
- 1961 – Primeira Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
- 1967 – Mobral (Movimento Brasileiro de Alfabetização)

A década de 1970 foi um dos marcos na educação do deficiente, pois ocorreram acontecimentos que colocaram a área em evidência, entre eles, a criação do Centro Nacional de Educação Especial (CENESP), em 1973, para definição de metas governamentais para a Educação Especial com o intuito de organizar tudo o que havia sido até então.

A comunidade acadêmica manifestou interesse pela área, sobretudo com a criação do Programa de Mestrado em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos em 1978, o curso de Mestrado em Educação, em 1979, na Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

A partir de 1977 os deficientes foram considerados integrantes do sistema comum regular, na mesma administração da Secretaria de ensino de 1º e 2º graus, através do grupo de trabalho (GT) da criação do CENESP. O GT propunha a integração das áreas de atendimento ao excepcional: educação, saúde, trabalho, justiça e assistência social.

Assim, na década de 1980 usou-se o termo integração para introduzir o aluno deficiente em salas de aulas no ensino regular. A intenção era de ensinar o deficiente a conviver com a deficiência e a minimizar as diferenças e maximizar as semelhanças.

A partir da década de 1990, com a Declaração de Salamanca, aponta-se a inclusão como um avanço em relação à integração, implicando uma reestruturação do sistema comum de ensino.

É nesse contexto que surge a pesquisa científica e a produção científica em Educação Especial nos Programas de Pós-Graduação em Educação e Educação Especial, representando o conjunto de trabalhos produzidos pelos pesquisadores da área divulgadas em livros e periódicos científicos, teses e dissertações, comunicações apresentadas em eventos científicos, constituindo-se uma literatura de referência na área. (SILVA, 2004).

Observando as referências dos sete trabalhos selecionados sobre a temática da prematuridade produzidos no Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos e no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro é possível verificar que os estudos foram desenvolvidos pelos pesquisadores que se dedicam às pesquisas destinadas à prevenção das deficiências.

Sabe-se que a prematuridade pode ser um dos fatores que podem comprometer o crescimento e o desenvolvimento dos indivíduos.

Sendo assim, quanto mais cedo esses indivíduos puderem receber atendimento especializado mais chances terão de se desenvolverem sem as possíveis sequelas que um nascimento prematuro pode trazer.

Segundo Machado, Vital e Barham (2009) para planejar ações preventivas é preciso saber o que pode causar os atrasos no desenvolvimento, ou seja, os fatores de risco.

Os fatores de risco podem ser:

- Biológicos: oriundos de problemas genéticos, de complicações resultantes do nascimento prematuro, de problemas de nutrição ou de outras formas adquiridas;
- Sociais: envolvem a falta de tempo, esforço ou recursos para criar ambientes estimuladores, ou pior, o ensino de posturas antissociais ou auto lesivas, como quando se convive em ambiente violento ou se convivem com pessoas que abusam de substâncias tóxicas;
- Psicológicas: ligados à falta de apoio e afeto, advindos de abuso, negligência ou exploração;
- Obstétricos: rotura prematura de membranas, anemia da mãe, gestações múltiplas, entre outros.

No curso do desenvolvimento, além dos fatores de risco, podem também ser observados os fatores de proteção. Esses fatores podem ser recursos do próprio indivíduo ou mecanismos protetores presentes no ambiente que podem ser ativados a fim de neutralizar as adversidades, vulnerabilidades e os riscos ao desenvolvimento saudável da criança. (FORMIGA; PEDRAZZANI, 2003).

Assim, segundo Machado, Vital e Barham (2009) o desenvolvimento apresentado pelo indivíduo será o resultado da interação entre os fatores de risco aos quais a criança está exposta e os fatores de proteção disponíveis para ela, sob a forma de recursos pessoais ou no ambiente em que se encontra.

O resultado desse processo, que pode ser denominado de resiliência, pode ser desencadeado como resultante da interação entre os fatores de risco e de proteção durante o desenvolvimento do indivíduo. Quando um indivíduo consegue superar os fatores de risco aos quais se encontra exposto, por meio dos fatores de proteção disponíveis, e desenvolver padrões típicos de desenvolvimento, pode-se dizer que ocorreu resiliência. (MACHADO; VITAL; BARHAM, 2009).

A prevenção de atrasos e distúrbios de desenvolvimento tem sido confirmada na literatura científica e nos planos governamentais como uma das metas da Saúde e da Educação Especial.

Segundo a Política Nacional de Prevenção de Deficiências, apresentada pela Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), em 1992, a “prevenção implica ações antecipadas destinadas a impedir a ocorrência de fatos ou

fenômenos prejudiciais à vida e à saúde, e, no caso da ocorrência desses evitar a progressão de seus efeitos”. (CORDE, 1992, p.7 apud MACHADO; VITAL; BARHAM, 2009).

A palavra prevenção significa “ação destinada a impedir a ocorrência de impedimentos físicos, intelectuais, psiquiátricos ou sensoriais ou a evitar que os impedimentos causem uma deficiência ou limitação funcional permanente”. (LEAL; CONRADO, 2011, p.77).

A prevenção pode incluir muitos tipos diferentes de ação podendo ser conduzida em três níveis: prevenção primária, secundária e terciária.

A intervenção preventiva primária focaliza determinados segmentos da população considerados mais vulneráveis, como famílias que vivem em condições de extrema pobreza. Exemplos de ações preventivas: programas educativos sobre saúde e desenvolvimento humano e controle do meio ambiente, instalação de centro de diagnóstico precoce, serviços para crianças adotivas e lares substitutos, programas educacionais para crianças que apresentem riscos psicossociais e que frequentem creches ou escolas, atenção pré-natal e pós-natal, educação em nutrição, campanhas de imunização contra doenças transmissíveis, medidas para controlar doenças endêmicas, regulamentações de segurança, programas para prevenção de acidentes em diversos ambientes, incluindo adaptações de locais de trabalho para evitar deficiências e doenças ocupacionais, prevenção de deficiências resultante de poluição ambiente ou conflito armado. (LEAL; CONRADO, 2011; NUNES, 1993).

A prevenção secundária está fundamentada na constatação de que a condição desfavorável para o desenvolvimento já se manifestou e seu objetivo é reduzir sua duração ou severidade, para prevenir sequelas permanentes. Exemplos de ações preventivas: criação de centros de diagnósticos, programas de atendimento e formação de recursos humanos para atuar junto à população-alvo, rastreio da fenilcetonúria no recém-nascido, realização dos testes de avaliação de acuidade auditiva e visual, entre outros. (NUNES, 1993).

O marco delimitador entre a prevenção primária e secundária está no aparecimento da doença: ações de prevenção primária visam evitar o surgimento da doença enquanto as de prevenção secundária se iniciam a partir do momento em que o problema já aconteceu. (BATISTA; ENUMO, 1996).

Na prevenção terciária procura-se reduzir as sequelas ou efeitos associados e estabelecer ações que visem à diminuição da necessidade de institucionalização desses indivíduos. Exemplos de ações preventivas: maximização do potencial de independência de indivíduos com necessidades especiais e o auxílio às suas famílias. (NUNES, 1993).

Segundo definição proposta pelo MEC/SEESP (BRASIL, 1995, p.11), a intervenção precoce é um “conjunto dinâmico de atividades e de recursos humanos e ambientais incentivadores que são destinados a proporcionar à criança, nos seus primeiros anos de vida, experiências significativas para alcançar pleno desenvolvimento no seu processo evolutivo”.

Os serviços de intervenção precoce podem ser instituídos em hospitais, centros de saúde, creches, pré-escolas e escolas da rede regular de ensino, além de instituições de Educação Especial e também no próprio lar da criança. A equipe deve ser composta de médico, psicólogos, educadores especiais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, assistentes sociais e enfermeiros. (MACHADO; VITAL; BARHAM, 2009).

Recentemente, estudos apontam para as vantagens de programas de intervenção precoce realizados no próprio lar da criança, sendo essa forma de intervenção mais conveniente por não necessitar de que as instruções e técnicas aprendidas pelas crianças e seus pais em outros ambientes tenham de ser transferidas para o lar da criança posteriormente. (MACHADO; VITAL; BARHAM, 2009).

Para Leal e Conrado (2011, p.78) a prevenção

deve e pode começar no interior da família, pois há que se contar com os pais para o processo de disseminação de informações educativas e preventivas. E a sua participação no processo social deste trabalho desse ser incentivada e aprimorada. Os pais são também educadores e têm a maior parcela de responsabilidade na orientação dos filhos, procurando um ambiente de trocas de informações e conhecimentos, baseados no respeito e no amor, que favoreçam um crescimento harmonioso de todos e em todas as direções.

Segundo Godoy et al. (2000) um grande avanço na saúde foi que, enquanto no passado a maioria dos estudos se preocupava com as doenças, como tratar, como diminuir as condições clínicas desfavoráveis ao indivíduo, nos dias de hoje, a ênfase passou para os aspectos preventivos. Isto porque, a prevenção tem sido reconhecida e usada pela maioria dos profissionais envolvidos no processo de desenvolvimento e na busca de qualidade de vida da criança.

Dessa forma, a intervenção precoce reduz a necessidade de institucionalização de indivíduos com distúrbios de desenvolvimento, potencializando sua vida independente em sociedade e minimizando custos do Estado e da sociedade para a Educação Especial e serviços relacionados ao atendimento de indivíduos com necessidades especiais. (MACHADO; VITAL; BARHAM, 2009).

Observando as referências dos sete artigos selecionados, pode-se aferir que os textos versaram sobre o acompanhamento do desenvolvimento; intervenção precoce e orientação aos pais com a intenção de evitar agravos e transtornos englobando as ações de intervenção secundária em Educação Especial.

Secundária porque, se o indivíduo nasceu prematuramente, o fator de risco já está instalado. Cabe aos profissionais da saúde, da educação, da educação especial e também a família intervirem precocemente para que os agravos da prematuridade não prejudique o desenvolvimento global dessa criança.

Entre as medidas levantadas por Batista e Enuno (1996) para a prevenção secundária de deficiências, estão as seguintes:

- no período pré-natal: tratamento de doenças que não causam alterações ao embrião quando prontamente tratadas como a sífilis e toxoplasmose;
- no período período perinatal: o pronto atendimento a problemas detectados no parto, como anoxia neonatal, baixo peso ao nascimento, dificuldades respiratórias, entre outras;
- no período neonatal: identificação dos fatores de risco neonatal, triagem em massa em berçários para erros inatos do metabolismo, a avaliação neurológica do recém-nascido, etc.;
- no período pós-natal: programa de detecção precoce e triagem populacional para identificação de crianças em risco; pronto atendimento a doenças do bebê e da criança, visando obter a cura ou a menor sequela possível, estudos de avaliação do desenvolvimento infantil.

Pode-se perceber que são estudados padrões de interação entre a família e o indivíduo em situação de risco ou o portador de deficiências (de qualquer tipo), dentro de uma abordagem ecossistêmica. Priorizam-se preocupações com a maximização dos recursos existentes na comunidade ou na rede pública como forças mediadoras ao crescimento do indivíduo e com a definição de políticas e diretrizes públicas para essa problemática (BATISTA; ENUMO, 1996).

Analisando as bases teóricas em que os autores se ancoraram, é possível perceber a predominância da área da Medicina, seguida pela Psicologia, conforme pode ser constatado na Tabela 22 e Tabela 23.

Tabela 22 – Pressupostos teóricos: periódicos

Periódicos	Frequência
Pediatrics (Evanston)	8
Child Development	6
Infant Behavior & Development	5
Developmental Medicine and Child Neurology	4
Psicologia: teoria e pesquisa	4
Acta Paediatrica (Oslo)	3
American Journal of Mental Retardation	3
Early Human Development	3
Acta Paediatrica Scandinavica	2
Arquivos de Neuropsiquiatria	2
Jornal de Pediatria	2
Journal of Speech, Language, and Hearing Research	2
Paidéia (USP. Ribeirão Preto. Impresso)	2
Pediatric Physical Therapy 2	2
Psicologia: Reflexão e Crítica	2
Revista de Fisioterapia da Universidade de São Paulo	2
Temas sobre desenvolvimento	2
The Journal of Pediatrics	2
Archives of Disease in Childhood	1
Archives of Disease in Childhood Fetal and Neonatal Edition	1
Archives of Ophthalmology	1
Archives of Development	1
Investigative Ophthalmology & visual science	1
Italian Journal of Paediatric	1
JAMA: The Journal of the American Medical Association	1
Journal of Child Psychology and Psychiatry	1
New England Journal of Medicine	1
Nursing Research	1
Pediatria (São Paulo) 1	1
Pediatric Clinics of North America 1	1
Revista Brasileira de Educação Especial	1
Temas em Psicologia	1
The American Journal of Occupational Therapy	1
Total	71

O periódico que apareceu com maior frequência nas citações dos artigos mais utilizados para embasar cientificamente as pesquisas foi a revista Pediatrics (ISSN Impresso: 0031-4005, Online: 1098-4275), cuja publicação tem o maior fator de impacto e o maior número de citações entre todas as revistas da área de pediatria.

Inaugurado em janeiro de 1948, o conteúdo da revista tem a intenção de abranger as necessidades da criança como um todo na sua estrutura fisiológica, mental, emocional e

social. Contribuições pertinentes à pediatria também estão incluídos a partir de áreas afins, tais como nutrição, cirurgia, odontologia, saúde pública, serviços de saúde infantil, genética humana, ciências básicas, psicologia, psiquiatria, educação, sociologia e enfermagem.

Observando os títulos das revistas selecionados a cima, é possível determinar com maior clareza os aportes teóricos, ou seja, as áreas do conhecimento em que as pesquisas têm se apoiado.

Baseados na classificação Qualis foi possível elaborar a Tabela 23.

Tabela 23 – Áreas do conhecimento

Área do Conhecimento (Qualis)	Frequência
Medicina	129
Saúde Coletiva	46
Psicologia	43
Educação Física	42
Ciências Biológicas II	29
Ciências Biológicas I	26
Interdisciplinar	24
Biotecnologia	19
Odontologia	18
Letras / Linguística	15
Educação	14
Administração, Ciências Contábeis e Turismo	13
Ciências Biológicas III	12
Enfermagem	11
Filosofia / Teologia: Subcomissão Filosofia	10
Planejamento Urbano e Regional / Demografia	10
Serviço Social	8
Ensino	7
Farmácia	7
Medicina Veterinária	7
Direito	6
Engenharias III	6
Engenharias IV	5
Sociologia	5
Filosofia/Teologia: Subcomissão Teologia	4
Interdisciplinar	4
Arquitetura E Urbanismo	3
Astronomia / Física	3
Ciência da Computação	3
Ciência de Alimentos	3
Artes / Música	2
Biodiversidade	2
Geociências	2
Geografia	2
Zootecnia / Recursos Pesqueiros	2
Ciências Sociais Aplicadas I	1
Matemática / Probabilidade e Estatística	1
Total	544

Esses dados revelam que os estudos relacionados à prematuridade envolvem diferentes áreas do conhecimento, pois conforme Vaz (1986) e Bittar e Zugaib (2002), existem fatores de risco sociais, biológicos e multifatoriais que podem levar um indivíduo a nascer prematuramente levando a comprometimentos físicos, mentais e psicológicos. Essa diversidade de fatores mobiliza os esforços das diversas áreas do conhecimento nos cuidados prestados a esses indivíduos.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da abordagem bibliométrica e das redes de colaboração científica procurou-se mapear o campo de estudos da prematuridade no Brasil tendo como fontes informacionais as dissertações e teses defendidas nas instituições de ensino do Brasil e disponibilizadas pelo Banco de Teses da Capes, procurando conhecer os caminhos percorridos para a elaboração dessa produção científica.

O trabalho foi conduzido na realização de dois estudos de caráter complementar, denominados Estudo 1 e Estudo 2. O Estudo 1 compreendeu *a análise bibliométrica da produção científica em prematuridade produzida nos programas de pós-graduação das universidades brasileiras a partir do Banco de Teses da Capes*.

A elaboração dos diversos indicadores revelou um crescente aumento do número de trabalhos envolvendo a temática, sendo que a maioria dessa produção está representada pelas dissertações de mestrado. As instituições que apresentam maior frequência de aparecimento são: Universidade de São Paulo; Universidade Federal de São Paulo; Fundação Oswaldo Cruz; Universidade Federal de Minas Gerais; Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Universidade Estadual de Campinas. Consequentemente, a região do Brasil que ficou em evidência foi a região Sudeste, seguida pela região Sul, Nordeste, Centro Oeste e Norte.

Em relação às grandes áreas do conhecimento ficou constatado que a produção científica em prematuridade está concentrada, em sua maioria, na área de Ciências da Saúde e que as teses e dissertações identificadas estão vinculadas aos programas da área de Medicina (13,6%) e Enfermagem (7,6%).

As agências financiadoras que mais se destacaram no apoio à pesquisa foram CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CNPq – Conselho

Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e a FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.

Com relação ao gênero dos autores das teses e dissertações verificou-se que 877 (79,8%) são do sexo feminino e 223 (20,2%) do sexo masculino.

Ficou constatado também que a concepção de risco predominante é a concepção médico/biológico relacionado à prematuridade com 82,70%, seguida pela concepção de risco social, com 17,30% de frequência de aparecimento.

Os locais da realização dos estudos que mais se destacaram foram: Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), hospitais públicos e privados, maternidades públicas e privadas, ambulatórios, departamentos de universidades e creches.

Com relação aos participantes verificou-se que a categoria que apareceu com maior frequência foi o prematuro, com muito baixo peso (<1500g), nascidos entre 31 a 34 semanas de gestação.

Com relação aos objetivos, foi possível atribuir 16 categorias que abrangeram vários aspectos dos estudos voltados aos prematuros, que são: aspectos do aleitamento, nutrição, sucção, desmame, doenças dentais, composição do leite; aspectos relacionados ao sangue, plasma, dor; aspectos relacionados ao neurodesenvolvimento e crescimento; aspectos relacionados ao parto e gestação de risco; aspectos respiratórios e cardíacos; aspectos relacionados aos profissionais, equipes e serviços de atenção, educação e saúde; aspectos da interação pais-crianças; aspectos relacionados à prevalência, tendências, epidemiologia, mormimortalidade; aspectos de infecção e imunidade; aspectos relacionados à audição, visão, estimulação sensorial, o método mãe canguru, o peso ao nascimento e problemas renais.

Para os registros cuja prematuridade emergiu nos resultados predominou a categoria de estudos voltados aos fatores de risco genéticos e biológicos associados à gravidez de risco e que podem levar ao nascimento de recém-nascidos pré-termo.

Na metodologia, os delineamentos mais utilizados foram o estudo de caso-controle, seguido pela análise documental, estudos prospectivos, estudos de coorte, transversais, estudos de observação e estudos descritivos.

Com relação ao Estudo 2: redes de colaboração científica de pesquisadores do campo da Educação Especial que investigam a prematuridade este demonstrou os aspectos relacionais entre os autores da interface entre Educação Especial e prematuridade no contexto estudado.

Assim, ficou constatado que:

1. A colaboração científica é uma tendência nas produções acadêmicas, sendo também identificada na interface analisada;
- O canal de comunicação mais utilizado pelos pesquisadores para divulgarem suas pesquisas é a apresentação de seus trabalhos em congressos e eventos. A partir daí, as pesquisas são divulgadas em artigos publicados em periódicos, capítulos de livros e livros;
- Há poucos relacionamentos entre os orientadores e também entre as instituições que participaram do presente estudo;
- Em contrapartida, foi possível observar que dentro dos grupos formados, há colaboração científica entre instituições diferentes, como nos casos das redes formadas por NUNES, L.R. e MARTINEZ, C.M.S.;
- Outra relação forte que pode ser percebida é a de orientador e orientando;
- Com relação ao grau de centralidade, identificou-se que os autores MARTINEZ, C.M.S.; NUNES, L.R. e PEDRAZZANI, E.S. são o centro da rede estabelecida na interface entre Educação Especial e prematuridade;
- Com relação ao grau de proximidade dos autores ficou constatado que NUNES, L.R. e MARTINEZ, C.M.S. são os que possuem maior número de autores próximos em suas publicações.

Esses dados nos permitiram traçar a estrutura do campo científico representado pela interface entre Educação Especial e prematuridade no Banco de Teses da Capes. Neste caso da interface entre os estudos pontuam alguns pesquisadores e instituições que, neste momento, detêm o capital científico no que diz respeito às teses e dissertações produzidas nas instituições de ensino superior no Brasil.

Os dados apresentados possibilitam outros tipos de cruzamentos, a critério e interesse dos pesquisadores das diversas áreas do conhecimento envolvidos com a prematuridade. Para os fins de nossa análise, acredita-se que os resultados apresentados possuem intensa força explicativa permitindo perceber as possibilidades e a riqueza que a análise bibliométrica e as análises sobre as redes de colaboração científica trazem aos estudos no campo da prematuridade, propiciado com o cruzamento de dados qualitativos e quantitativos.

Por meio dos resultados obtidos e consolidados em gráficos e tabelas foi possível visualizar as potencialidades e as lacunas dessa área do conhecimento.

Assim, ficou constatado que existe uma qualificada, diversificada e expressiva produção acadêmica brasileira desenvolvida nos diversos programas de pós-graduação do Brasil, situada no período de 1987 a 2009.

Portanto, esta tese cumpriu seus objetivos, resguardando-se obviamente as limitações do caráter da amostra. O estudo do campo da prematuridade no Banco de Teses da Capes informou ao leitor sobre o real cenário nacional apontando para novos caminhos de pesquisa e o estudo das redes de colaboração sobre prematuridade no campo da Educação Especial demonstrou as parcerias entre os grupos de pesquisa, motivando a busca de novas fontes de pesquisa numa perspectiva colaborativa.

REFERÊNCIAS⁷

- ABREU, L.C. et al. Incidência de hemorragia peri-intraventricular em recém-nascidos pré-termo e a relação com o peso ao nascer. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.17, n.2, p.24-30, ago. 2007.
- ALMEIDA, MM.F.B.; GUINSBURG, R.; MARTINEZ, F.E.; PROCIANOY, R.S.; LEONE, C.R.; MARBA, S.T.M.; RUGOLO, L.M.S.S.; LUZ, J.H.; LOPES, J.M.A. Fatores perinatais associados ao óbito precoce em prematuros nascidos nos centros da Rede Brasileira de Pesquisa Neonatais. **Archivos de Pediatría del Uruguay**, v.81, n.2, p.112-120, 2010.
- ALVES, B.H. Aplicação dos estudos bibliométricos na produção científica dos docentes do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação da UNESP/Marília. **Revista Novas Tecnologias em Informação**, v.1, n.1, p.1-11, 2010.
- ALVES, C.P. **Elaboração da proposta preliminar do Instrumento para Avaliação da Funcionalidade e Incapacidade na Infância – IAFII**. 2010. 138p. Dissertação (Mestrado) – PPGEEs, UFSCar, São Carlos, 2010a.
- ALVES, P.; FERREIRA, M.; NUNES, L.R.; OLIVEIRA, M.B.; IWASAKI, J.U.; EPELBOIM, S. O desenvolvimento cognitivo de bebês prematuros: alguns aspectos neuromotores associados. **Pediatria Moderna**, v.33, n.7, p.511-534, 1997.
- AMARAL, M.J.C.S. **Avaliação dos fatores de risco individuais e familiares para desnutrição energético proteica em crianças com até 60 meses de idade, em Berilo, MG**. Belo Horizonte: 2006. 149f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.
- ANDREANI, G.; CUSTÓDIO, Z.A.O.; CREPALDI, M.A. Tecendo as redes de apoio a prematuridade. **Aletheia**, n.24, p.115-126, dez. 2006.
- ANDRETTA, P.I.S.; SILVA, E.G.; RAMOS, R.C. Aproximações sobre produção, produtividade e colaboração científica entre os departamentos de Ciência da Informação do Estado de São Paulo. **Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, v.9, n.2, p.49-63, 2012.
- AQUINO, E.M.L. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v.40, n.esp., p.121-132, 2006.
- ARAÚJO, D.M.R.; PEREIRA, N.L.; KAC, G. Ansiedade na gestação, prematuridade e baixo peso ao nascer: uma revisão sistemática da literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 747-756, abr. 2007.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002. 6p.
- ASSUNÇÃO, P.L. **Fatores associados ao nascimento pré-termo em Campina Grande/PB, Brasil**: um estudo de caso-controle. 2010. 141p. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

⁷ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação –referências–elaboração. Rio de Janeiro, 2002. 24p.

EVERY, G.B. (Ed.). **Neonatologia**: fisiopatologia e cuidado do recém-nascido. São Paulo: Artes Médicas, 1978. 1035p.

EVERY, G.B. **Perspectivas na década de 1990**. Neonatologia: fisiopatologia e cuidado do recém-nascido. 4.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

AZENHA, V.M. Peso insuficiente ao nascer: estudo de fatores associados em duas coortes de recém-nascidos em Ribeirão Preto, São Paulo. **Revista Paulista de Pediatria**, v.26, n.1, p.27-35, 2008.

BALANCIERI, R.; BOVO, A.B.; KERN, V.M.; PACHECO, R.C.S.; BARCIA, R.M. A análise de redes de colaboração científica sob as novas tecnologias de informação e comunicação: um estudo na Plataforma Lattes. **Ciência da Informação**, v.34, n.1, p.64-77, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 2.ed. Lisboa: Edições 70, 2010. 281p.

BARROS, A.J.S.; LEHFELD, N.A.S. **Fundamentos da metodologia científica**. 3.ed. São Paulo: Pearson, Prentice Hall, 2007. 158p.

BATISTA, C.G.; ENUMO, S.R.F. Prevenção em saúde – prevenção de deficiências. In: NUNES, L.R.O.P. (Org.). **Prevenção e intervenção em Educação Especial**. Rio de Janeiro: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia, 1996. p.1-11.

BEZERRA, M.L.S.; NEVES, E.B. Perfil da produção científica em saúde do trabalhador. **Saúde & Sociedade**, v.19, n.2, p.384-394, 2010.

BITTAR, R.E.; ZIGAIB, M. Parto prematuro: fatores predisponentes e prevenção. In: MARCONDES, E.; VAZ, F.A.C.; RAMOS, J.L.A.; OKAY, Y. **Pediatria básica**. 9.ed. São Paulo: Sarvier, 2002. v.1, p.337-345.

BORBINHA, J. Redes de colaboração: alguns elementos para análise e reflexão. **Cadernos de Biblioteconomia Arquivística e Documentação**, Lisboa, p.73-83, 2004. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=38500106>>. Acesso em: Jul. 2011.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência**: por uma sociologia clínica do campo científico. São Paulo: Ed. Unesp, 2004. 86p.

BRAGA, D.F.; MACHADO, M.M.T.; BOSI, M.L.M. Amamentação exclusiva de recém-nascidos prematuros: percepções e experiências de lactentes usuários de um serviço público especializado. **Revista de Nutrição**, v.21, n.3, p.293-302, 2008.

BRANDÃO, Z. Entre questionários e entrevistas. In: NOGUEIRA, M.A.; ROMANELLI, G.; ZAGO, N. **Família e escola**: trajetórias de escolarização em camadas médias e populares. 5.ed. Petrópolis: Vozes, 2010. p.173-183.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. **Diretrizes educacionais sobre estimulação precoce**: o portador de necessidades educativas especiais. Brasília, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O método mãe canguru**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. N: sala de apoio à amamentação em empresas. Brasília, 2010a. 10p. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sala_apoio_amamentacao_empresas.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Linha de cuidado para crianças, adolescentes e suas famílias**. BRASÍLIA, 2010b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violencias.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças**. Brasília, 2011a. 57p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos e Sistema de Informação de Mortalidade**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21379>. 2011b. Acesso em: 26 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família: passo a passo das ações do Departamento de Atenção Básica**. Brasília, 2011c. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/passo_passo_acoes_sb.pdf. Acesso em: 20 dez. 2012.

BRUM, E.H.M.; SCHERMANN, L. Intervenção para promover a qualidade do vínculo mãe-bebê em situação de nascimento pré-termo. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.17, n.2, p.12-23, 2007.

BUFREM, L.; PRATES, Y. O saber científico registrado e as práticas de mensuração da informação. **Ciência da Informação**, v.34, n.2, p.9-25, 2005.

CALADO, D.F.B.; SOUZA, R. Intervenção fonoaudiológica em recém-nascido pré-termo: estimulação oromotora e sucção não nutritiva. **Revista CEFAC**, v.14, n.1, p.176-181, 2012.

CAPURRO, H.; KONICHEZKY, S.; FONSECA, D.; CALDEYRO-BARCIA, R. A simplified method for diagnosis of gestational age in the newborn infant. **Journal of Pediatrics**, v.93, n.1, p.120-122, 1978.

CARVALHO, B.G.E. **Triagem visual de bebês prematuros: verificação da aplicabilidade do “método de avaliação da conduta visual de lactentes”**. 2005. 128f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2005.

CASCAES, A.M.; GAUCHE, H.; BARAMARCHI, F.M.; BORGES, C.M.; PERES, K.G. Prematuridade e fatores associados no Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005: análise dos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. **Cadernos de Saúde Pública**, v.24, n.5, p.1024-1032, 2008.

CASTILLO D., C.; PLETIKOSIC C., X.; PIZZARO A., F. Estudios clínicos controlados aleatorios, em la pediatria de Latino America (1996-2005). **Revista Chilena de Pediatría**, v.80, n.5, p.420-426, 2009.

CNPq. **A Plataforma Lattes**. Disponível em: <http://lattes.cnpq.br/conteudo/aplataforma.htm>. Acesso em: 27 jan. 2012.

COCHRANE BVS. **The Cochrane Library**. Disponível em: <<http://cochrane.bvsalud.org/portal/php/index.php>>. Acesso em: 26 maio 2011.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR – CAPES. **Coleta de dados 11.0**: manual do usuário. 2009. 187p. Disponível em: <http://home.ufam.edu.br/~propesp_dpg/Formularios/Manual_do_Usuario_Coleta_11.pdf>. Acesso: 10 jul. 2011.

COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR – CAPES. **História e missão**. 2010. 3p. Disponível em: <<http://www.capes.gov.br/sobre-a-capes/historia-e-missao?format=pdf>>. Acesso em: 20 Fev. 2011.

CORDEIRO, M.P. Bibliometria e análise de redes sociais: possibilidades metodológicas para a psicologia social da ciência. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, v.2, n.1, p.23-33, 2009.

COSTA, R.; PADILHA, M.I.; MONTICELLI, M.; RAMOS, F.R.S.; BORENSTEIN, M.S. Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. **História da Enfermagem Revista Eletrônica**, v.1, n.1, p.56-68, 2010.

CROSSNE, V.M. **O recém-nascido prematuro**. 8.ed. São Paulo: Manole, 1980. p.XI-XII.

CRUZ, A.S. Delineamento de estudos científicos. **Residência Pediátrica**, v.1, n.2, p.11-14, 2011.

CRUZ, A.T.C.T.; DODT, R.C.M.; ORIÁ, M.O.B.; ALVES, M.D.S. Enfermagem em unidade de terapia intensiva neonatal: perfil da produção científica brasileira. **Cogitare Enfermagem**, v.16, n.1, p.141-147, 2011.

CUNHA, A.Z.S. **Atores e práticas na formação do enfermeiro**: avaliação em perspectiva participativa. 2004. 164f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 2004.

CUNHA, A.C.B.; ENUMO, S.R.F. Desenvolvimento da criança com deficiência visual (DV) e interação mãe-criança: algumas considerações. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v.4, n.1, p.33-46, jul. 2003.

CUTOLO, L.R.A. A localização da Pediatria e a saúde da criança em seu contexto histórico e epistemológico. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v.35, n.6, p.87-93, 2006.

DARMSTADT, G.L.; BHUTTA, Z.A.; COUSENS, S.; ADAM, T.; WLAKER, N.; BERNIS, L. Intervenções baseadas em evidências e custo-eficazes: quantos bebês recém-nascidos poderemos salvar? In: **Sobrevivência dos recém-nascidos**: chave para a sobrevivência da criança. Genebra: OMS, 2006. p.19-30.

DÁVILA RODRÍGUEZ, M.; GUZMÁN SÁENZ, R.; MACARENO ARROYO, H.; PIÑERES HERERA, D.; DE LA ROSA BARRANCO, D.; CABALLERO-URIBE, C.V. Bibliometría: conceptos y utilidades para el estudio médico y la formación profesional. **Salud Uninorte**, v.25, n.2, p.319-330, 2009.

DECS – DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>. Acesso em: 28 jul. 2011.

DUARTE, A.P.P.; ELLEN SOHN, L. A operacionalização do processo de enfermagem em terapia intensiva neonatal. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v.15, n.4, p.521-526, 2007.

ELSEVIER. **SciVerse Science Direct**. Disponível em: <http://www.americalatina.elsevier.com/sul/pt-br/science_direct.php>. Acesso em: 26 maio 2011.

EUA NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. **What's the difference between Medline and PubMed?**. Disponível em: <http://nlm.nih.gov/pubs/factsheets/dif_med_pub.html>. Acesso em: 26 maio 2011.

FAMILY HEALTH INTERNATIONAL. **Quem são os participantes da pesquisa?** Disponível em: <<http://www.fhi.org/sp/RH/Training/trainmat/ethicscurr/RETCPo/ss/Contents/Section3/s3sl24.htm>>. Acesso em: 28 jul. 2011.

FAROOQI, A.; HAGGLOF, B.; SEDIN, G.; SERENIUS, F. Impact at age 11 years of major neonatal morbidities in children Born extremely preterm. **Pediatrics**, v.127, n.5, p.1247-1257, 2011.

FAZITO, L.T.; LANOUNIER, J.A.; GODINHO, R.N.; MELO, M.C.B. Triagem auditiva neonatal e o diagnostico precoce das deficiências auditivas na criança. **Revista Médica de Minas Gerais**, v.18, n.4, supl.3, p.S61-S66, 2008.

FELTRE, C.; PAULILO, L.F.; MELLO, F.O. A sub-rede da Orplana no setor canavieira do centro-sul e o grau de articulação dos presidentes das associações dos fornecedores de cana do Estado de São Paulo: um estudo com base no software Ucinet. In: CONGRESSO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO E SOCIOLOGIA RURAL, 48., 2010, Campo Grande. **Anais ...** Campo Grande, 2010. p.1-20.

FERRAZ, A.R.; GUIMARÃES, H. **História da Neonatologia no mundo**. 2010. Disponível em: <<http://www.lusoneonatologia.net>>. Acesso em: 08 Fev. 2010.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986. 1838p.

FERREIRA, N.S.A. As pesquisas denominadas estado da arte (revisão e síntese). **Educação e Sociedade**, v.23, n.79, p.257-272, 2002.

FERREIRA, J.R. Educação Especial, inclusão e política educacional: notas brasileiras. In: RODRIGUES, D. (Org.). **Inclusão e educação**: doze olhares sobre a educação inclusiva. São Paulo: Summus, 2006. v.1, p.85-113.

FERRERO, F.; OTERO, P. Participacion de la mujer em publicaciones periódicas científicas: tendencias em la Pediatría. **Archivos Argentinos de Pediatría**, v.105, n.3, p.244-247, 105.

FIGUEIRAS, A.C.M.; PUCCINI, R.F.; SILVA, E.M.L; PEDROMÔNICO, M.R.M. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. **Caderno de Saúde Pública**, v.6, p.1691-1699, 2003.

FORMIGA, C.K.M.R.; PEDRAZZANI, E.S. O método mãe-canguru de assistência ao recém-nascido pré-termo de baixo peso: relato de experiência. **Temas sobre Desenvolvimento**, v.12, n.71, p.50-56, 2003.

FORMIGA, C.K.; PEDRAZZANI, E.S.; SILVA, F.P.S.; LIMA, C.D. Eficácia de um programa de intervenção precoce com bebês pré-termo. **Paidéia**, v.14, n.29, p.301-311, 2004.

FORMIGA, C.K.M.R.; PEDRAZZANI, E.S. A prevenção de deficiências no alvo da Educação Especial. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v.10, n.1, p.107-122, 2004.

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**, v.8, n.3, p.239-245, 2004.

FRAGA, D.A.; LINHARES, M.B.M.; CARVALHO, A.E.V.; MARTINEZ, F.E. Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.13, n.2, p.335-344, 2008.

FRAGA, D.A.; LINHARES, M.B.M.; CARVALHO, A.E.V.; MARTINEZ, F.E. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo e indicadores emocionais maternos. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.21, n.1, p.33-41, 2009.

FURQUIM, L.A.C.V. **O papel pedagógico do tutor de EAD: uma abordagem bibliométrica baseada no Banco de Teses da Capes**. 2010. 126f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.

GALVÃO, M.C.B.; RICARTE, I.L.M. O prontuário eletrônico do paciente no século XXI: contribuições necessárias da Ciência da Informação. **InCID, Revista Ciência da Informação e Documentação**, Ribeirão Preto, v.2, n.2, p.77-100, 2011.

GASPARDO, C.M.; MARTINEZ, F.E.; LINHARES, M.B.M. Cuidado ao desenvolvimento: intervenções de proteção ao desenvolvimento inicial de recém-nascidos pré-termo. **Revista Paulista de Pediatria**, v.2, n.1, p.77-85, 2010.

GODOY, M.P.; NUNES, L.R.; PERISSINOTO, J.; NUNES SOBRINHO, F.P. Estudo descritivo dos comportamentos comunicativos e simbólicos para um grupo de risco: crianças nascidas prematuramente, de baixo peso, no grupo de idade de oito a 24 meses. **Temas sobre Desenvolvimento**, v.9, n.53, p.25-33, 2000.

GOMES, G.C.; LETICIA, J.; ROSSEETO, G.; SOUZA, D.H.; SCOCHI, G.S. Prevalência do aleitamento materno em prematuros nascidos com muito baixo peso. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.8, n.2, 2009.

GONÇALVES, A.L.; JORGE, S.M. Avaliação da idade gestacional pelo exame clínico do recém-nascido. In: ALVES FILHO, N.; CORRÊA, M.D.; ALVES JUNIOR, J.M.S.; MARCONDES, E.; VAZ, F.A.C.; RAMOS, J.L.A.; OKAY, Y. **Pediatria básica**. 9.ed. São Paulo: Sarvier, 2002.

GONDIM, L.M.P.; LIMA, J.C. **A pesquisa como artesanato intelectual: considerações sobre método e bom senso**. São Carlos: Edufscar, 2006. 88p.

GONZALEZ U., C.; DONOSO F., A.; VALENZUELA V., J. Investigacion em kinesiologia: presencia em lós congresos de medicina intensiva (1997-2005). **Revista Chilena de Medicina Intensiva**, v.22, n.1, p.22-26, 2007.

GRAZIANO, R.M.; LEONE, C.R. Problemas oftalmológicos mais frequentes e desenvolvimento visual do pré-termo extremo. **Jornal de Pediatria**, v.81, n.1, supl.1, p.S95-S100, 2005.

GUARIDO FILHO, E.; MACHADO-DA-SILVA, C.L.; ROSSONI, L. The social and intellectual dimensions in the construction of scientific knowledge: the institutional theory in

organizational studies in Brazil. **Brazilian Administration Review**, v.7, n.2, p.135-154, 2010.

GUEDES, Z.C.F. A prematuridade e o desenvolvimento de linguagem. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, São Paulo, v. 13, n. 1, p.97-98, mar. 2008.

GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.22, n.2, p.201-210, 2006.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

HANNEMAN, R.A.; RIDDLE, M. **Introduction to social network methods**. Riverside: University of California, 2005. Disponível em: <http://faculty.ucr.edu/~hanneman/nettext/index.html>. Acesso em: 20 jul. 2012.

HARARY, F. **Graph theory**. Massachusetts: Addison-Wesley, 1972. 274p.

HARRIS D., P.R.; LIEBBE G., J.L.; SOTOMAYOR A., J.; UGARTE P., F.; CANO S., F. Analisis comparativo y perfil de publicaciones en La Revista Chilena de Pediatría 2001-2006. **Revista Chilena de Pediatría**, v.78, n.3, p.268-276, 2007.

HAYASHI, M.C.P.I. **Construção de indicadores de C&T para a gestão da informação científica e tecnológica na UFSCar**. São Carlos: UFSCar, 2000. p.15

HAYASHI, M.C.P.I. **Relatório científico final**: 2001. São Carlos, 2001.

HAYASHI, M.C.P.I.; CABRERO, R.C.; COSTA, M.P.R.; HAYASHI, C.R.M. Indicadores da participação feminina em Ciência e Tecnologia. **Transinformação**, v.19, n.2, p.169-187, 2007.

IEMMA, E.P. **Prematuridade e baixo peso em pré-escolares**: fatores de risco ao desenvolvimento da linguagem e alterações fonológico-lexicais. 2010. 98f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2010.

JANNUZZI, G.M. **A educação do deficiente no Brasil**: dos primórdios ao início do século XXI. Campinas: Autores Associados, 2004. 243p. (Coleção educação contemporânea).

KOCHE, J.C. **Fundamentos de metodologia científica**: teoria da ciência e iniciação científica. Petrópolis: Vozes, 2009. 182p.

LEAL, C.S.; CONRADO, L.G. Prevenção um ato de amor – contribuições da Educação para a saúde infantil. **Trivium – Revista Eletrônica Multidisciplinar UCP**, Pitanga, v.2, n.1, p.77085, 2011.

LAUDELINO, J.A.S.; NAVARRO, R.M.; BEUREN, I.B. Análise da abordagem da controladoria nas dissertações e teses dos programas acadêmicos de mestrado e doutorado em Ciências Contábeis no Brasil. **Revista de Contabilidade da UFBA**, v.4, n.2, p.21-33, 2010.

LEJARRAGA, H. O fascinante processo de desenvolvimento psicomotor da criança. **O Berço**, Nestlé Nutrition, n.13, dez. 2002.

LEONE, C.R.; RAMOS, J.L.A.; VAZ, F.A.C. O recém-nascido pré-termo. In: MARCONDES, E.; VAZ, F.A.C.; RAMOS, J.L.A.; OKAY, Y. **Pediatria básica**. 9.ed. São Paulo: Sarvier, 2002. v.1, p.348-352.

LIMA, T.C.S.; MIOTO, R.C.T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis**, v.10, n.esp., p.37-45, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v10nesp/a410spe.pdf>>. Acesso em: 17 abr. 2008.

LIMA-COSTA, M.F.; BARRETO, S.M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v.12, n.4, p.189-201, 2003.

LINHARES, M.B.M.; CARVALHO, A.E.V.; BORDIN, M.B.M.; CHIMELLO, J.T.; MARTINEZ, F.E.; JORGE, S.M. Prematuridade e muito baixo peso ao nascer como fator de risco ao desenvolvimento psicológico da criança. **Paidéia**, p.60-69, 2000.

LINHARES, M.B.M.; CARVALHO, A.E.V.; MACHADO, C.; MARTINEZ, F.E. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo no primeiro ano de vida. **Paidéia**, v.13, n.25, p.59-72, 2003.

LINHARES, M.B.M. Estresse, resiliência e cuidados no desenvolvimento de neonatos de alto risco. In: MENDES, E.G.; ALMEIDA, M.A.; WILLIAMS, L.C.A. (Orgs.). **Temas em Educação Especial**. São Carlos: Edufscar, 2004. p.315-324.

LIRA, S.V.G.; BEZERRA, M.P.; FROTA, M.A.; VALDÉS, M.T.M.; VIEIRA, L.J.E.S.; SILVA, R.M. Produção científica sobre promoção da saúde nos cursos de pós-graduação brasileiros. **Saúde & Sociedade**, v.18, n.3, p.437-445, 2009.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em Educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986. 99p. (Temas básicos de educação e ensino).

LUSSKY, R.C. A century of neonatal medicine. **Minnesota Medical Association**, v.82, p.1-8, 1999.

LUU, T.M.; SCHNEIDER K.C.; KATZ, K.H.; ALLAN, W.C.; VOHR, B.R. Lasting effects of preterm birth and neonatal brain hemorrhage at 12 years of age. **Pediatrics**, v.123, n.3, p.1037-1044, 2009.

MACIAS-CHAPULA, C.A. O papel da infometria e da cientometria e sua perspectiva nacional e internacional. **Ciência da Informação**, v.27, n.2, p.134-140, 1998.

MacKAY, D.F.; SMITH, G.C.S.; DOBBIE, R.; PELL, J.P. Gestational age at delivery and special educational need: retrospective cohort study of 407.503 schoolchildren. **PLoS Medicine**, v.7, n.6, p.1-10, 2010.

MACHADO, R.N. Análise cientométrica dos estudos bibliométricos publicados em periódicos da área de Biblioteconomia e Ciência da Informação (1990-2005). **Perspectivas em Ciência da Informação**, v.12, n.3, p.2-20, 2007.

MACHADO, F.R.; VITAL, M.L.N.V.; BARHAM, E.J. É possível trabalhar com enfoque em Educação Especial? In: COSTA, M.P.R. (Coord.). **Educação Especial: aspectos conceituais e emergentes**. São Carlos: Edufscar, 2009. p.117-132.

MANCINI, M.C.; MEGALE, L.; BRANDÃO, M.B.; MELO, A.P.P.; SAMPAIO, R.F. Efeito moderador do risco social na relação entre risco biológico e desempenho funcional infantil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v.4, n.1, p.25-34, 2004.

MANCINI, M.C.; TEIXEIRA, S.; ARAÚJO, L.G.; PAIXÃO, M.L.; MAGALHÃES, L.C.; COELHO, Z.A.C.; GONTIJO, A.P.B.; FURTADO, S.R.C.; SAMPAIO, R.F.; FONSECA, S.T. Estudo do desenvolvimento da função motora aos 8 e 12 meses de idade em crianças pré-termo e a termo. **Arquivo Neuro-Psiquiatria**, v.60, n.4, p.974-980, 2002.

MÂNGIA, E.F.; MURAMOTO, M.T. O estudo de redes sociais: apontamentos teóricos e contribuições para o campo da saúde. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.16, n.1, p.22-30, 2005.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARIA-MENGEL, M.R.S.; LINHARES, M.B.M. Fatores de risco para problemas de desenvolvimento infantil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.15, n. esp, p.837-842, 2007.

MARTELETO, R.M. Redes sociais, mediação e apropriação de informações: situando campos, objetivos e conceitos na pesquisa em Ciência da Informação. **Ciência da Informação**, v.3, n.1, p.27-46, 2010.

MARTELLI-JUNIOR, H.; MARTELLI, D.R.B.; QUIRINO, I.G.; OLIVEIRA, M.C.L.A.; LIMA, L.S.; OLIVEIRA, E.A. Pesquisadores do CNPq na área de Medicina: comparação das áreas de atuação. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.56, n.1, p.478-483, 2010.

MARTINEZ, C.M.S. **Atividades e brincadeiras na vida da criança com problemas no desenvolvimento no início dos anos 90**: a visão dos pais. 1992. 150p. Dissertação (Mestrado) – PPGEs, UFScar, São Carlos, 1992.

MARTINEZ, C.M.S.; JOAQUIM, R.H.V.T.; OLIVEIRA, E.B.; SANTOS, I.C. Suporte informacional como elemento para orientação de pais de pré-termo: um guia para o serviço de acompanhamento do desenvolvimento no primeiro ano de vida. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.11, n.1, p.73-81, 2007.

MARTÍNEZ M., J.J. Historia de la neonatología y los desafíos del siglo XXI. **Revista Médica Clínica las Condes**, v.19, n.3, p.152-157, 2008.

MATALLO JUNIOR, H. A problemática do conhecimento. In: CARVALHO, M.C.M. **Construindo o saber – metodologia científica: fundamentos e técnicas**. 18.ed. Campinas: Papirus, 2007. p.13-29.

MAZZOTTA, M.J.S. **Educação Especial no Brasil**: história e políticas públicas. São Paulo: Cortez, 1996.

MEADOWS, A.J. **A comunicação científica**. Brasília: Briquet de Lemos, 1999. 268p.

MELO, P.T.N.B.; RÉGIS, H.P. **Contribuições e dificuldades na utilização de softwares para análise de redes sociais**: a produção científica nacional na área de Organização no período de 2001 a 2007. 2008. 15p. Disponível em: <<http://users.hotlink.com.br/redes/aula1/IIICBPOT.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2011.

MENDES, E.G. Breve histórico da educação especial no Brasil. **Revista Educación y Pedagogía**, Medellín, v.22, n.57, p.93-109, 2010.

MERCIER, C.E.; DUNN, M.S.; FERRELLI, K.R.; HOWARD, D.B.; SOLL, R.F.; VERMONT OXFORD NETWORK. ELBW Infant Follow-up Study Group. Neurodevelopmental outcome of extremely low birth weight infants from the Vermont Oxford Network: 1998-2003. **Neonatology**, v.97, p.329-338, 2010.

MINAYO, M.C.S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Caderno de Saúde Pública**, v.9, n.3, p.239-262, 1993.

MIRANDA, A.A.B. Educação Especial no Brasil: desenvolvimento histórico. **Cadernos de História da Educação**, v.7, p.29-44, 2008.

MONTENEGRO, M.R. Autoria e coautoria: justificativa e desvios. **Jornal de Pneumologia**, v.25, n.3, p.159-162, 1999.

MORAN, M.R.; SOUZA, F.F.A.; BOAVENTURA, J.M.G.; MARINHO, B.L.; FISCHMANN, A.A. Alianças estratégicas: uma análise bibliométrica da produção científica entre 1989 a 2008. **Revista de Ciências da Administração**, v.12, n.27, p.63-85, 2010.

MULDER, H.; PITCHFORD, N.J.; MARLOW, N. Processing speed and working memory underline academic attainment in very preterm children. **Archives of Disease in Childhood: Fetal and Neonatal Edition**, v.95, n.4, p.F267-F72, 2010.

NICOLAU, C.M.; MODESTO, K.; NUNES, P.; ARAÚJO, K.; AMARAL, H. FALCÃO, M.C. Avaliação da dor no recém-nascido prematuro: parâmetros fisiológicos versus comportamentais. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v.33, n.3, p.146-150, 2008.

NOBRE, F.D.A.; CARVALHO, A.E.V.; MARTINEZ, F.E.; LINHARES, M.B.M. Estudo longitudinal do desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo no primeiro ano pós-natal. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.22, n.3, p.362-369, 2009.

NOGUEIRA, P. A ciência das mulheres. **Unespciência**, v.2, n.17, p.18-25, 2011.

NOVAES, H.D.M.; NOVAES, R.L. Saúde, doença e inovação tecnológica. **Saúde e Sociedade**, v.3, n.1, p.61-78, 1994.

NUNES, L.R.P. A Educação Especial em creches. **Temas em Psicologia**, v.1, n.2, p.109-116, 1993.

OHLWEILER, L. **Desenvolvimento neurológico e resposta apendicular ao movimento do tronco de crianças prematuras, durante o primeiro ano de vida**. 2001. 136f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2001.

OLIVEIRA, I.C.S. **Da mãe substituta à enfermeira pediatra: a construção do saber da enfermagem à criança hospitalizada**. 1999. 107f. Dissertação (Mestrado) – Escola Anna Nery, Rio de Janeiro, 1999.

OLIVEIRA E SILVA, A.B.; MATHEUS, R.F.; PARREIRAS, F.S.; PARREIRAS, T.A.S. Estudo da rede de coautoria e da interdisciplinaridade na produção científica com base nos métodos de análise de redes sociais: avaliação do caso do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação – PPGCI/UFMG. **Encontros Bibli: Revista Eletrônica de Biblioteconomia e Ciência da Informação**, n.esp., p.179-194, 2006.

OSELKA, G. Prontuário médico. Revista da Associação Médica Brasileira, v.48, n.4, p.286, 2002.

OTLET, P. O livro e a medida: bibliometria. In: _____. **Bibliometria: teoria e prática**. São Paulo: Cultrix, 1986. P.19-34.

PAIN, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet**, p.11-30, 2011. (Séries sobre saúde no Brasil, n.1).

PARREIRAS, F.S.; SILVA, A.B.O.; MATHEUS, R.F.; BRANDÃO, W.C. REDECI: colaboração e produção científica em Ciência da Informação no Brasil. **Perspectivas em Ciência da Informação**, v. 11, p. 302-317, 2006.

PELLIZZON, R.F.; POBLACIÓN, D.A.; GOLDENBERG, S. Pesquisa na área da Saúde: seleção das principais fontes para acesso à literatura científica. **Acta Cirúrgica Brasileira**, v.18, n.6, p.493-496, 2003.

PEREIRA, S.M.P.; CARDOSO, M.H.C.A. A metodologia utilizada em estudos que envolvem ecos da prematuridade na história da família. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.15, n.3, p.74-83, 2005.

PEREZ-RAMOS, A.M.Q. Atualidades em estimulação precoce. **Integração**, v.16, p.3-6, 1996.

PERROCA, M.G.; GAIDZINSKI, R.R. Avaliando a confiabilidade entre avaliadores de um instrumento para classificação de pacientes – coeficiente Kappa. **Revista de Escola de Enfermagem da USP**, v.37, n.1, p.72-80, 2003.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, n.114, p.179-195, 2001.

PINGARILHO, C. **Doenças periodontais e a relação com parto prematuro**. 2011. Disponível em: <<http://www.projetopequenosguerreiros.com/2011/04/prematuridade-na-midia-doencas.html>>. Acesso em: 17 jul.2011.

PINHEIRO, R.; LOBO, A.J.B. **A importância do prontuário do paciente**. p.96-108. Disponível em: <<http://www.univen.edu.br/revista/n007/A%20IMPORT%C2NCIA%20DO%20PRONTU%C1RIO%20DO%20PACIENTE.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2011.

PRESTES JUNIOR, L.C.L.; RANGEL, M. Prontuário médico e suas implicações na rotina do coloproctologista. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v.27, n.2, p.154-157, 2007.

PRICE, D.J.S. **O desenvolvimento da ciência**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos, 1976. 96p.

RAMEY, C.T.; RAMEY, S.L. Early intervention and early experience. **American Psychologist**, v.53, n.2, p.109-120, 1998.

RAMOS, J.L.A. Pediatria neonata: metas e limites. In: MARCONDES, E.; VAZ, F.A.C.; RAMOS, J.L.A.; OKAY, Y. **Pediatria básica**. 9.ed. São Paulo: Sarvier, 2002. v.1, p.252.

RAMOS, H.A.C.; CUMAN, R.K.N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.13, n.2, p.297-304, 2009.

RAMOS, J.L.A.; CORRADINI, H.B.; VAZ, F.A.C.; BARROS, J.C.R.; NOVO, A.C.C.F. Avaliação da idade gestacional e da adequação do crescimento intra-uterino. In: MARCONDES, E.; VAZ, F.A.C.; RAMOS, J.L.A.; OKAY, Y. **Pediatria básica**. 9.ed. São Paulo: Sarvier, 2002. v.1, p.321-329.

REGALADO, A. Brazilian science: riding a gusher. **Science**, v.330, p.1306-1312, 2010. Disponível em: <www.science.org>. Acesso em: 22 fev. 2011.

REGIÃO Sudeste. Disponível em: <<http://www.brasilrepublica.com/sudeste.htm>>. Acesso em: 10 maio 2011.

REGO, M.A.S. Neonatologista no pré-natal. In: ALVES FILHO, N.; CORRÊA, M.D.; ALVES JUNIOR, J.M.S.; CORRÊA JUNIOR, M.D. **Perinatologia básica**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.71-72.

RODRIGUES, O.M.P.R. Bebês de risco e sua família: o trabalho preventivo. **Temas em Psicologia da SBP**, v.11, n.2, p.107-113, 2003.

RODRIGUES, R.G.; OLIVEIRA, I.C.S. Os primórdios da assistência aos recém-nascidos no exterior e no Brasil: perspectivas para o saber de enfermagem na neonatologia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.6, n.2, p.1-7, 2004.

RODRIGUES, M.C.C.; MELLO, R.R.; FONSECA, S.C. Learning difficulties in schoolchildren Born with very low birth weight. **Jornal de Pediatria**, v.82, n.1, p.6-14, 2006.

ROSEMBERG, F. Caminhos cruzados: educação e gênero na produção acadêmica. **Educação e Pesquisa**, v.27, n.1, p.47-68, 2001.

RUAS, T.C.B.; GAGLIARDO, H.G.R.G.; MARTINEZ, C.M.S.; RAVANINI, S.G. A comparação de funções apendiculares desencadeadas pela visão em lactentes nascidos pré-termo e a termo. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v.20, p.671-678, 2010.

RUGOLO, L.M.S.S. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo de prematuro extremo. **Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)**, v.81, n.1, supl., p.S101-S110, 2005a.

RUGOLO, L.M.S.S. Peso de nascimento: motivo de preocupação em curto e longo prazo. **Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)**, v.81, n.5, p.359-360, 2005b.

SÁ NETO, J.A.; RODRIGUES, B.M.R.D. Tecnologia como fundamento do cuidar em Neonatologia. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.19, n.2, p.373-377, 2010.

SACARDO, M.S.; HAYASHI, M.C.P.I. A pesquisa em Educação Física na interface com a Educação na região centro-oeste do Brasil: uma análise epistemológica e bibliométrica. In: COLÓQUIO DE EPISTEMOLOGIA DA EDUCAÇÃO FÍSICA, 5., Maceió, 2010. **Anais...** Maceió, 2010.

SAES, S.G. **Estudo bibliométrico das publicações em Economia da Saúde, no Brasil, 1989-1998**. 2000. 104p. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SANCHES GAMBOA, A. **Fundamentos para la investigación educativa**: presupuestos epistemológicos que orientam al investigador. Santa Fé de Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio, 1998.

SANTANA, M.C.C.P.; GOULAT, B.B.G.; CHIARI, B.M.; MELLO, A.M.; SILVA, E.H.A.A. Aleitamento materno em prematuros: atuação fonoaudiológica baseada nos pressupostos da educação para promoção da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p.411-417, 2010.

SANTOS, A.R. **Metodologia científica**: a construção do conhecimento. Rio de Janeiro: DP&A, 2001. 139p.

SANTOS, A.P.A. **Análise qualitativa de propostas de programas de estimulação precoce**. 2001. 13f. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) - Centro de Psicologia Aplicada, Departamento de Psicologia, Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista, Bauru, 2001a. Disponível em: <<http://www.profla.com/artpsico53.htm>>. Acesso em: 03 abr. 2011.

SANTOS, C.M. Tradições e contradições da pós-graduação no Brasil. **Educação & Sociedade**, v.24, n.83, p.627-641, 2003.

SANTOS, G.R.C.M.; MOLINA, N.L.; DIAS, V.F. **Orientações e dicas práticas para trabalhos acadêmicos**. Curitiba: Ibpec, 2007. p.21-26.

SANTOS NETO, E.T.; ALVES, K.C.G.; ZORZAL, M.; LIMA, R.C.D. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno-infantil. **Saúde & Sociedade**, v.17, n.2, p.107-119, 2008.

SÁ-SILVA, J.R.; CUINDANI, J.F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**, v.1, n.1, p.1-13, 2009.

SAVIANI, D. **História das ideias pedagógicas no Brasil**. 2.ed. Campinas: Autores Associados, 2008. 474p. (Coleção Memória da Educação).

SCOCHI, C.G.S.; KOKUDAY, M.L.P.; RIUL, M.J.S.; ROSSANEZ, L.S.S.; FONSECA, L.M.M.; LEITE, A.M. Incentivando o vínculo mãe-filho em situação de prematuridade: as intervenções de enfermagem no Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.11, n.4, p.539-543, 2003.

SCOCHI, C.G.S.; FERREIRA, F.Y.; GOES, F.S.N.; FUJINAGA, C.I.; FERECINI, G.M.; LEITE, A.M. Alimentação láctea e prevalência do aleitamento materno em prematuros durante internação em um hospital amigo da criança de Ribeirão Preto-SP, Brasil. **Ciência e Cuidados em Saúde**, v.7, n.2, p.145-154, 2008.

SILVA, T.D. O caso do estudo de caso: a preferência metodológica na produção discente do núcleo de pós-graduação em administração da Universidade Federal da Bahia no período de 1999 a julho de 2001. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v.9, n.3, p.83-88, 2002.

SILVA, M.R. **Análise bibliométrica da produção científica docente do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da UFSCar: 1998-2003**. 2004. 168f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

SILVA, M.R. **Configuração do campo da Educação no Brasil**: estudo bibliométrico da Revista Brasileira de Educação e da Revista Brasileira de História da Educação. 2008. 208f.

Tese (Doutorado) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008.

SILVA, R.C. **Indicadores bibliométricos da produção científica em Educação Especial: estudo da Revista Educação Especial (2000-2006)**. 2008. 118f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2008a.

SILVA, M.R.; HAYASHI, M.C.P.I. Neobibliometria no contexto do neodocumentalismo. In: CRIPPA, G.; MOSTAFA, S.P. (Orgs.). **Ciência da Informação e Documentação**. Campinas: Alínea, 2011, p.70-82.

SILVA, L.A.; SILVA, R.G.A.; RPJAS, P.F.B.; LAUS, F.F.; SAKAE, T.M. Fatores de risco associados ao parto pré-termo em hospital de referência de Santa Catarina. **Revista da AMRIGS**, V.53, N.4, P.354-360, 2009.

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

SPENCER, M.D.; MOORHEAD, W.J.; GIBSON, R.J.; McINTOSH, A.M.; SUSSMANN, J.; OWENS, D.; LAURIE, S.M.; JOHNSTONE, E.C. Low birth weight and preterm birth in young people with special educational needs: a magnetic resonance imaging analysis. **BMC Medicine**, v.6, n.1, p.1-11, 2008.

SPINAK, E. Indicadores cienciométricos. **Ciência da Informação**, v.27, n.2, p.141-148, 1998.

STASZKO, K.F.; LINCHO, C.; ENGELKE, V.C.; FIORI, N.S.; SILVA, K.C.; NUNES, E.I.; ZHANG, L. Terminologia da ausculta pulmonar utilizada em publicações médicas brasileiras, no período de janeiro de 1980 a dezembro de 2003. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v.32, n.5, p.400-404, 2006.

STOLL, B.J.; HANSEN, N.I.; BELL, E.F.; SHANKARAN, S.; LAPTOOK, A.R.; WALSH, M.C.; HALE, E.C.; NEWMAN, N.S.; SCHIBLER, K.; CARLO, W.A.; KENNEDY, K.A.; POINDEXTER, B.B.; FINER, N.N.; EHRENKRANZ, R.A.; DUARA, S.; SÁNCHEZ, P.J.; O'SHEA, T.M.; GOLDBERG, R.N.; VAN MEURS, K.P.; FAIX, R.G.; PHELPS, D.L.; FRANTZ ID, R.D.; WATTERBERG, K.L.; SAHA, S.; DAS, A.; HIGGINS, R.D.; EUNICE KENNEDY SHRIVER NATIONAL INSTITUTE OF CHILD HEALTH AND HUMAN DEVELOPMENT NEONATAL RESEARCH NETWORK. Neonatal outcomes of extremely preterm infants from the NICHD Neonatal Research Network. **Pediatrics**, v.126, p.443-456, 2010.

SUGUIHARA, L.; LESSA, A.C. Como minimizar a lesão pulmonar no prematuro extremo. **Jornal de Pediatria (Rio de Janeiro)**, v.81, n.1, p.S69-S78, 2005.

TARGINO, M. Orientador ou tutor é autor? **Informação & Informação**, Londrina, v.15, n.esp., p.144-155, 2010.

TRAGANTE, C.R.; CECCON, M.E.J.; FALCÃO, M.C. Desenvolvimento dos cuidados neonatais ao longo do tempo. **Pediatria (São Paulo)**, v.32, n.2, p.121-130, 2010.

- TRINDADE, C.E.P.; BOSSOLAN, G. Nutrição do recém-nascido de termo e do prematuro. In: DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA. Faculdade de Medicina de Botucatu. **Pediatria clínica**. Petrópolis: EPUB, 2006. p.65-69.
- TRINDADE, C.E.P.; LYRA, J.C. O recém-nascido pré-termo. In: ALVES FILHO, N.; CORRÊA, M.D.; ALVES JUNIOR, J.M.S.; CORRÊA JUNIOR, M.D. et al. **Perinatologia básica**. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.406-416.
- TRONCO, C.S.; PAULA, C.C.; PADOIN, S.M.M.; LANGENDORF, T.F. Análise da produção científica acerca da atenção ao recém-nascido de baixo peso. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.31, n.3, p.575-583, 2010.
- TRONCHIN, D.M.R.; TSUNECHIRO, M.A. Prematuros de muito baixo peso: do nascimento ao primeiro ano de vida. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 28, n.1, p.79-88, 2007.
- TUDELLA, E. **Tratamento precoce no desenvolvimento neuromotor de crianças com diagnóstico sugestivo de paralisia cerebral**. 1989. Dissertação (Mestrado) - Universidade Gama Filho, Rio de Janeiro, 1989.
- UCHIMURA, T.T.; PELISSARI, D.M.; UCHIMURA, M.S. Baixo peso ao nascer e fatores associados. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v.29, n.1, p.33-38, 2008.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS. Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. **Histórico**. Disponível em: <http://www2.ufscar.br/interface_frames/index.php?link=http://www.cech.ufscar.br/ppgees.htm>. Acesso em: 14 abr. 2011.
- VALETE, C.O.; BARBOSA, A.D. Atualização sobre transfusão sanguínea e a anemia do prematuro. *Pediatria (São Paulo)*, v.32, p.37-42, 2010.
- VALENTE, J.A. A espiral da aprendizagem e as tecnologias da informação e comunicação: repensando conceitos. In: JOLY, M.C. (Ed.). **Tecnologia no ensino: implicações para a aprendizagem**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p.15-37.
- VANTI, N.A.P. Da bibliometria à Webmetria: uma exploração conceitual dos mecanismos utilizados para medir o registro da informação e a difusão do conhecimento. *Ciência da Informação*, v.31, n.2, p.152-162, 2002.
- VANZ, S.A.; STUMP, I.R.C. Colaboração científica: revisão teórico-conceitual. **Perspectivas em Ciências da Informação**, v.15, n.2, p.42-55, 2010.
- VAZ, F.A.C. Prematuridade: fatores etiológicos. *Pediatria (São Paulo)*, v.8, p.169-171, 1986.
- VELHO, L. Avaliação acadêmica: a hora e a vez do “baixo clero”. *Ciência e Cultura*, v.41, n.110, p.957-968, 1989.
- VELHO, L. Redes regionais de cooperação em C&T e o Mercosul. **Parcerias Estratégicas**, n.10, p.58-74, 2001.
- VERHINE, R.E. Pós-graduação no Brasil e nos Estados Unidos: uma análise comparativa. **Educação (Porto Alegre)**, v.31, n.2, p.166-172, 2008.
- VICTORA, C.G.; AQUINO, E.M.L.; LEAL, M.C.; MONTEIRO, C.A.; BARROS, F.C.; SZWARCOWALD, C.L. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. *Lancet*, p.42-46, 2011. (Séries saúde no Brasil, 2).

VIEIRA, R.A.; MACIEL, L.S.B. Fontes investigadoras em Educação: registros do banco de teses da Capes. **Educação e Pesquisa**, v.33, n.2, p.353-367, 2007.

VIGNOCHI, C.; TEIXEIRA, P.P.; NADER, S.S. Efeitos da fisioterapia aquática na dor e no estado de sono e vigília de recém-nascidos pré-termo estáveis internados em unidade de terapia intensiva. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.14, n.3, p.214-220, 2010.

VOLPI, S. Assistência à criança com alteração sensório-motora. In: DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA. Faculdade de Medicina de Botucatu. **Pediatria clínica**. Petrópolis: EPUB, 2006. p.94-95.

WEISS, M.C.; FUJINAGA, C.I. Prevalência de nascimentos baixo peso e prematuros na cidade de Irati-PR: implicações para a fonoaudiologia. **Revista Salus**, v.1, n.2, p.123-127, 2007.

WEISZ, J.; ROCO, M.C. **Redes de pesquisa e educação em engenharia nas Américas**. Brasília: FINEP, 1996.

WHO. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 88, p. 31-38, 2010.

WILLRICH, A.; AZEVEDO, C.C.F.; FERNANDES, J.O. Desenvolvimento motor na infância: influência dos fatores de risco e programas de intervenção. **Revista Neurociências**, p.1-6, 2008.

WITTER, G.P. Ética e autoria na produção textual científica. **Informação & Informação**, v.15, n.esp., p.130-143, 2010.

GLOSSÁRIO⁴

ADOLESCENTE: Pessoa com 13 a 18 anos de idade.

ADULTO: Pessoa que atingiu crescimento total ou maturidade. Adultos vão dos 19 até 44 anos de idade.

ADULTO JOVEM: Uma pessoa entre 19 e 24 anos de idade

AIG: Adequado para a idade gestacional

ANÁLISE BIBLIOMÉTRICA: O uso de métodos estatísticos na análise de um corpo de literatura para revelar o desenvolvimento histórico de campos de assuntos e padrões de autoria, publicação e uso. Antigamente chamada bibliografia estatística.

BAIXO PESO AO NASCER: Eecém-nascido pesando 2.500 kg ou menos

BIBLIOMETRIA: O uso de métodos estatísticos na análise de um corpo de literatura para revelar o desenvolvimento histórico de campos de assuntos e padrões de autoria, publicação e uso. Antigamente chamada bibliografia estatística.

CORIOAMNIONITE: Inflamação das membranas da placenta (córion, âmnio) e tecidos relacionados (connected) como vasos sanguíneos fetais e cordão umbilical. frequentemente associada com infecção intrauterina ascendente durante a gravidez.

CRIANÇA: Pessoa de 6 a 12 anos de idade.

DOENÇA IATROGÊNICA: Qualquer situação adversa que ocorra com um paciente como resultado de tratamento por um médico, cirurgião, ou outro profissional da área de saúde, especialmente infecções adquiridas pelo paciente no curso do tratamento.

ECLÂMPSIA: Início de hiperreflexia, convulsões ou coma em um paciente previamente diagnosticado como pré-eclâmpico (pré-eclâmpsia).

EXTREMO BAIXO PESO AO NASCER: Indivíduo com peso ao nascer inferior a 1000g.

⁴ Fonte: DeCS – Descritores em Ciências da Saúde. Disponível em: <<http://decs.bvs.br/>>. Acesso em: 20 jun. 2011.

FATORES DE RISCO: Aspecto do comportamento individual ou do estilo de vida, exposição ambiental ou características hereditárias ou congênitas que, segundo evidência epidemiológica, está sabidamente associado a uma condição relacionada com a saúde considerada importante de se prevenir.

GIG: grande para a idade gestacional

IDADE GESTACIONAL: Idade do conceito, começando da fertilização. Nas clínicas obstétricas, a idade gestacional, frequentemente é estimada a partir do último dia da última menstruação, que é aproximadamente 2 semanas antes da ovulação e fertilização.

INDICADORES BIBLIOMÉTRICOS: Medidas de produção científica a partir de bancos de dados cujos registros são construídos por números de publicações, frequência de consultas, impacto científico, envelhecimento das publicações, meia-vida das publicações, e assim por diante.

MULTÍPARA: Diz-se de fêmea que pode dar à luz vários filhos no mesmo parto.

MORBIMORTALIDADE: Impacto das doenças e dos óbitos que incidem em uma população.

MUITO BAIXO PESO AO NASCER: Nascido com 1500 mg (3.3lb) ou menos

NASCIMENTO A TERMO: Nascimento ao final da duração normal da gravidez, entre 37 a 40 semanas de gestação ou cerca de 280 dias a partir do primeiro dia do último período menstrual da mãe.

NASCIMENTO VIVO: Nascimento vivo é a expulsão ou extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez, de um produto de concepção que, depois da separação, respire ou apresente qualquer outro sinal de vida, tal como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária, estando ou não cortado o cordão umbilical e estando ou não desprendida a placenta. Cada produto de um nascimento que reúna essas condições se considera como uma criança viva.

NEONATOLOGIA: Subespecialidade de Pediatria [preocupada com] voltada para a criança recém-nascida.

NULÍPARA: Designativo da mulher que nunca pariu.

ÓBITO FETAL: Morte do ser em desenvolvimento no útero. O nascimento de um feto morto é natimorto. Para fins estatísticos, comparação internacional, e o uso da CID, se o produto da concepção, nesta ordem, (1) pesa menos que 500 g, tem (2) idade gestacional de menos de 22 semanas completadas ou (3) comprimento coroa-calcanhar de menos de 25 cm, é definido como um aborto. Se o produto da concepção pesa pelo menos 500 g ou tem idade gestacional de pelo menos 22 semanas completadas ou tem comprimento coroa-calcanhar de pelo menos 25 cm, é definido como natimorto.

OLIGOIDRÂMPIO: Afecção em que o volume de líquido amniótico encontra-se anormalmente baixo. As principais causas incluem malformação do trato urinário fetal, retardo do crescimento fetal, hipertensão gestacional, envenenamento por nicotina e gravidez prolongada.

PEDIATRIA: Especialidade médica voltada para a manutenção da saúde e para a oferta de cuidados médicos às crianças desde o nascimento até a adolescência.

PERÍODO NEONATAL: Período durante o primeiro mês após o nascimento.

PERÍODO PERINATAL: Feto ou recém-nascido, antes, durante e após o nascimento, da vigésima oitava semana de gestação ao sétimo dia após o nascimento.

PESO AO NASCER: Massa ou quantidade de peso de um indivíduo no nascimento, expresso em unidades de quilogramas ou libras.

PIG: Pequeno para a idade gestacional

PÓS-TERMO: Criança nascida a ou depois de 42 semanas de gestação.

PRÉ-ECLÂMPSIA: Complicação de gravidez, caracterizada por um complexo de sintomas incluindo hipertensão materna e proteinúria com ou sem edema patológico. Os sintomas variam de brandos a graves. A pré-eclâmpsia ocorre após a 20ª semana de gestação, porém pode se desenvolver antes deste tempo, na presença de doença trofoblástica.

PRÉ-ESCOLAR: Um indivíduo de 2 até 5 anos de idade.

PREMATURIDADE EXTREMA: Nascimento inferior a 30 semanas de gestação.

PREMATURIDADE LIMÍTROFE: Nascimento entre 35 a 36 semanas de gestação.

PREMATURIDADE MODERADA: Nascimento entre 31 a 34 semanas de gestação.

PREMATURO: Lactente humano nascido antes de 37 semanas de gestação.

PRÉ-TERMO: Lactente humano nascido antes de 37 semanas de gestação.

PUERPÉRIO: Compreende o período logo após se dar o nascimento.

RECÉM-NASCIDO: Criança durante o primeiro mês após o nascimento.

APÊNDICE A

**PROTOCOLO PARA COLETA DE DADOS DOS REGISTROS NO
BANCO DE TESES DA CAPES**

**PROTOCOLO PARA COLETA DE DADOS DOS REGISTROS NO
BANCO DE TESES DA CAPES**

- Autor: indicar nome completo do autor do trabalho
- Gênero do autor: indicar se o autor da pesquisa pertence ao gênero masculino ou feminino
- Título do trabalho: indicar o título da tese ou dissertação
- Orientador(es): indicar o nome completo do(s) orientador(es) do trabalho
- Gênero do(s) orientador(es): indicar se os orientadores pertencem ao gênero masculino ou feminino
- Nível do trabalho: mestrado ou doutorado
- Ano: ano de defesa do trabalho
- Instituição de Ensino Superior: instituição de ensino superior onde o trabalho foi realizado
- Região da Instituição de Ensino Superior: região do Brasil onde a instituição de ensino superior está localizada
- Programa de Pós-Graduação: identificação do nome do programa de pós-graduação onde o aluno está vinculado
- Agência de fomento da pesquisa: nome da agência que financiou a pesquisa
- Área de conhecimento do Programa de Pós-Graduação: identificação da grande área de conhecimento em que foi realizada a pesquisa
- Linha de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação: identificação das linhas de pesquisa que compõem os programas de pós-graduação participantes das pesquisas
- Tipo de pesquisa: pesquisa qualitativa ou pesquisa quantitativa
- Objetivo principal do trabalho: indicar os objetivos das pesquisas

- Local de coleta de dados: indicar o local onde a coleta de dados foi realizada
- Participantes da pesquisa: indicar quem são os participantes das pesquisas
- Metodologia: indicar o delineamento metodológico da tese ou dissertação

APÊNDICE B

OFÍCIO ENDEREÇADO AOS COLABORADORES (JUÍZES) ESPECIALISTAS PARA
AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE COLETA DE DADOS

Ofício endereçado aos colaboradores (juízes) especialistas para avaliação do instrumento de coleta de dados.

São Carlos, setembro de 2010.

Prezado(a) Senhor(a),

Na qualidade de aluna do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial da Universidade Federal de São Carlos, realizo uma pesquisa de doutorado sob a orientação da Profa. Dra. Claudia Maria Simões Martinez. A pesquisa versa o campo de estudos e as redes de colaboração científica sobre a temática prematuridade disponibilizada no Banco de Teses da Capes no período de 1987 a 2009.

Assim, gostaria de contar com a sua colaboração no sentido de avaliar o instrumento de coleta de dados, anexo a este ofício, que será utilizado na referida pesquisa, para verificação quanto à clareza, objetividade, conteúdo e adequação ao objeto de estudo.

Na certeza de poder contar com sua participação coloco-me à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários e agradeço antecipadamente a sua atenção.

Atenciosamente,

Luciana Pizzani

Anexo – PROTOCOLO PARA COLETA DE DADOS DOS REGISTROS NO BANCO DE TESES DA CAPES

Ilmo(a) Sr.(a)

APÊNDICE C

OFÍCIO ENDEREÇADO AOS COLABORADORES (JUÍZES) ESPECIALISTAS PARA A
DETERMINAÇÃO DAS CATEGORIAS DOS OBJETIVOS DOS REGISTROS
SELECIONADOS PARA A PESQUISA

São Carlos, 05 de junho de 2011.

Prezada Colaboradora,

Venho por meio deste solicitar sua colaboração no desenvolvimento de minha tese de doutorado intitulada: *O campo de estudo sobre prematuridade no Banco de Teses da Capes: produção científica e redes de colaboração em Educação Especial*.

Nesta etapa será necessário classificar os objetivos das dissertações e teses relacionadas ao tema prematuridade disponibilizadas no Banco de Teses da Capes.

Os resumos serão classificados como:

NAT – Não Atende a Temática (prematividade) = são registros que não tratam do assunto prematuridade.

TP – Temática Principal = o assunto prematuridade aparece no objetivo principal.

TS – Temática Secundária = o tema da prematuridade aparece como fruto ou resultado da pesquisa realizada. O foco não é a prematuridade, porém, a prematuridade emerge dos resultados.

Certa de contar com sua colaboração, coloco-me à disposição para maiores esclarecimentos.

Atenciosamente

Luciana Pizzani

Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Educação Especial – Universidade Federal de São Carlos-UFSCar

APÊNDICE D

TABELA - CLASSIFICAÇÃO DOS OBJETIVOS SEGUNDO AS TEMÁTICAS
(TP, TS, NAT)

Classificação dos objetivos segundo as temáticas (TP, TS, NAT)

NÚMERO	TP	TS	NAT	OBSERVAÇÕES
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				
26.				
27.				
28.				
29.				
30.				
31.				
32.				
33.				
34.				
35.				
36.				
37.				
38.				
39.				
40.				
41.				
42.				
43.				
44.				

APÊNDICE E**PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO**

PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO

Programa de Pós-Graduação	Frequência	%
Medicina (Pediatria)	224	19,1%
Enfermagem	89	7,6%
Medicina (Obstetrícia e Ginecologia)	79	6,7%
Ciências da Saúde	70	6,0%
Saúde da Criança e do Adolescente	62	5,3%
Saúde da Mulher e da Criança	53	4,5%
Saúde Pública	45	3,8%
Saúde Coletiva	38	3,2%
Distúrbios da Comunicação Humana (Fonoaudiologia)	34	2,9%
Psicologia	28	2,4%
Saúde Materno-Infantil	26	2,2%
Enfermagem em Saúde Pública	24	2,0%
Odontologia	23	2,0%
Ciências Médicas	15	1,3%
Tocoginecologia	13	1,1%
Medicina e Ciências da Saúde	12	1,0%
Medicina	11	0,9%
Medicina (Neurologia)	11	0,9%
Clínica Médica	10	0,9%
Nutrição Humana	10	0,9%
Patologia	10	0,9%
Educação Especial (Educação do Indivíduo Especial)	9	0,8%
Medicina (Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Cabeça e Pescoço)	9	0,8%
Medicina (Saúde Mental)	8	0,7%
Medicina Interna e Terapêutica	8	0,7%
Ciências (Fisiopatologia Experimental)	7	0,6%
Educação	7	0,6%
Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia	7	0,6%
Medicina Tropical	7	0,6%
Psicologia (Neurociências e Comportamento)	7	0,6%
Distúrbios do Desenvolvimento	6	0,5%
Engenharia Biomédica	6	0,5%
Epidemiologia	6	0,5%
Fisioterapia	6	0,5%
Medicina (Tocoginecologia)	6	0,5%
Psicologia Clínica	6	0,5%
Ciências da Reabilitação	5	0,4%
Ciências do Movimento Humano	5	0,4%
Genética e Biologia Molecular	5	0,4%
Medicina (Cardiologia)	5	0,4%
Saúde e Comportamento	5	0,4%
Ciência e Tecnologia de Alimentos	4	0,3%
Doenças Infecciosas e Parasitárias	4	0,3%
Engenharia Elétrica e Informática Industrial	4	0,3%
Medicina (Cirurgia)	4	0,3%
Medicina (Medicina Preventiva)	4	0,3%
Medicina (Nefrologia)	4	0,3%
Psicologia (Teoria e Pesquisa do Comportamento)	4	0,3%
Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste	4	0,3%

Ciências Farmacêuticas	3	0,3%
Engenharia Mecânica	3	0,3%
Imunologia e Parasitologia Aplicadas	3	0,3%
Medicina (Clínica Cirúrgica)	3	0,3%
Medicina (Clínica Médica)	3	0,3%
Medicina (Pneumologia)	3	0,3%
Promoção de Saúde	3	0,3%
Psicologia (Psicologia Clínica)	3	0,3%
Psicologia (Psicologia Experimental)	3	0,3%
Psicologia da Saúde	3	0,3%
Bioquímica	2	0,2%
Ciências (Biologia da Relação Patógeno-Hospedeiro)	2	0,2%
Ciências da Nutrição	2	0,2%
Enfermagem Pediátrica	2	0,2%
Fisiopatologia Clínica e Experimental	2	0,2%
Infectologia e Medicina Tropical	2	0,2%
Linguística Aplicada e Estudos da Linguagem	2	0,2%
Medicina (Endocrinologia)	2	0,2%
Medicina e Saúde	2	0,2%
Microbiologia Médica	2	0,2%
Neurociências	2	0,2%
Odontologia (Odontopediatria)	2	0,2%
Patologia (Anatomia Patológica)	2	0,2%
Reabilitação	2	0,2%
Saúde	2	0,2%
Saúde e Ambiente	2	0,2%
Saúde na Comunidade	2	0,2%
Saúde Pública Baseada em Evidência	2	0,2%
Tecnologia em Saúde	2	0,2%
Vigilância sobre Saúde	2	0,2%
Análises Clínicas	1	0,1%
Assistência Materno Infantil	1	0,1%
Bioética	1	0,1%
Biologia Geral e Aplicada	1	0,1%
Biologia Parasitária	1	0,1%
Biotecnologia Aplicada a Saúde da Criança e do Adolescente	1	0,1%
Ciência da Nutrição	1	0,1%
Ciências	1	0,1%
Ciências Biológicas (Fisiologia)	1	0,1%
Ciências Biológicas (Microbiologia)	1	0,1%
Ciências da Linguagem	1	0,1%
Ciências e Saúde	1	0,1%
Ciências Fisiológicas	1	0,1%
Ciências Genômicas e Biotecnologia	1	0,1%
Ciências Sociais	1	0,1%
Clinica Odontológica	1	0,1%
Desenvolvimento Regional	1	0,1%
Diagnóstico Genético e Molecular	1	0,1%
Doenças Tropicais	1	0,1%
Economia da Saúde	1	0,1%
Enfermagem (Obstétrica)	1	0,1%
Enfermagem Fundamental	1	0,1%

Engenharia de Produção	1	0,1%
Farmácia (Análises Clínicas)	1	0,1%
Informática	1	0,1%
Medicina (Cirurgia do Aparelho Digestivo)	1	0,1%
Medicina (Dermatologia)	1	0,1%
Medicina (Doenças Infecciosas e Parasitárias)	1	0,1%
Medicina (Hematologia)	1	0,1%
Medicina (Radiologia)	1	0,1%
Medicina (Ciências Médicas)	1	0,1%
Meio Ambiente e Desenvolvimento	1	0,1%
Neurociências e Biologia Celular	1	0,1%
Neurociências e Comportamento	1	0,1%
Odontologia (Diagnóstico Bucal)	1	0,1%
Odontologia (Periodontia)	1	0,1%
Odontologia Preventiva e Social	1	0,1%
Patologia Experimental	1	0,1%
Patologia Molecular	1	0,1%
Patologia Tropical	1	0,1%
Pesquisa Clínica em Doenças Infecciosas	1	0,1%
Psicobiologia	1	0,1%
Psicologia do Desenvolvimento	1	0,1%
Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano	1	0,1%
Psicologia Social	1	0,1%
Química	1	0,1%
Radiologia	1	0,1%
Saúde da Criança	1	0,1%
Saúde e Meio Ambiente	1	0,1%
Sexologia	1	0,1%
Tecnologia Nuclear	1	0,1%
Sem Informação	3	0,3%
Total	1173	100,0%

APÊNDICE F

DISCRIMINAÇÃO DOS AUTORES DOS TRABALHOS COM PUBLICAÇÕES NO
FORMATO DE TRABALHO COMPLETO APRESENTADO EM EVENTO

RELAÇÃO DE AUTORES
TRABALHOS COMPLETOS APARESENTADOS EM EVNETOS

- | | | |
|------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1 ABRANCHES-BRITO, D. | 43 DALLAVALE, A. J. | 85 HINI, A. R. |
| 2 ALBUQUERQUE, E. | 44 DANELON, M. C. | 86 HIRATA, S. |
| 3 ALENCAR, G. R. | 45 DANELUZZI, J. C. | 87 INOUE, K. |
| 4 ALMEIDA, B. M. S. R. | 46 DAVILA, D. L. | 88 JESUS, V. M. B. |
| 5 ALMEIDA, F. | 47 DELGADO, S. M. M. | 89 JOAQUIM, R. H. V. T. |
| 6 ALMEIDA, F. P. | 48 DENARI, F. | 90 KAWASAKI, H. N. |
| 7 ALMEIDA, G. M. B. | 49 DEVALLE, A. J. | 91 KRAEMER, G. M. |
| 8 ALMEIDA, I. | 50 DIAS, T. R. S. | 92 KUBO, O. M. |
| 9 ALMEIDA, M. A. | 51 DOKI, R. | 93 LARRATE, J. |
| 10 ALMEIDA, S. F. | 52 DUARTE, J. S. | 94 LEUGI, G. B. |
| 11 ALVARES, T. L. | 53 DUGNANI, K. | 95 LIMA, D. C. |
| 12 AMARAL, E. | 54 EMMEL, M. L. G. | 96 LIRA, S. M. |
| 13 ANACLETO, J. C. | 55 EUHARA, M. S. | 97 LOGAREZZI, A. |
| 14 ANTUNES, K. C. V. | 56 FEM, C. | 98 LOPES, T. D. |
| 15 ARAUJO, C. A. G. | 57 FERNANDES, M. C. | 99 LORENZO, F. M. |
| 16 ARAÚJO, I. | 58 FERRAZ, F. J. | 100 LUSSI, I. |
| 17 ARAÚJO, M. I. G. | 59 FERREIRA, D. M. | 101 MACEDO, A. A. |
| 18 ASSUMPÇÃO, V. | 60 FERREIRA, J. R. | 102 MACEDO, E. |
| 19 ASSUNÇÃO, K. R. | 61 FERREIRA, M. C. | 103 MACHADO, K. |
| 20 BARHAM, E. J. | 62 FERRINI, C. | 104 MACHADO, M. L. T. |
| 21 BARROS FILHO, A. A. | 63 FILIZOLA, C. L. A. | 105 MADEIRA, S. |
| 22 BENZE, B. | 64 FONTES, D. A. | 106 MAGALHÃES, A. P. |
| 23 BERNAT, A. B. | 65 FONTES, N. | 107 MARQUES, J. P. |
| 24 BRANDO, A. P. | 66 FONTES, R. S. | 108 MARTINEZ, C. M. S. |
| 25 BRAUN, P. | 67 FRANCO, J. R. | 109 MARTINEZ, G. |
| 26 CAMAROTTI, A. T. | 68 FREITAS, E. | 110 MARTINS, M. S. |
| 27 CAMPOS, S. P. | 69 FRISANCO, M. L. | 111 MASCIO, C. C. |
| 28 CAPANO, M. L. | 70 FURLANETO, L. | 112 MATSUKURA, T. S. |
| 29 CAPOVILLA, F. | 71 GARCIA, M. C. L. C. | 113 MAZOLI, L. P. |
| 30 CAÑAS, T. C. | 72 GARCIA, S. H. | 114 MENDES, E. G. |
| 31 CHERFEM, C. O. | 73 GAVINO, E. R. | 115 MESSIAS, L. C. |
| 32 CORTEGOSO, A. L. | 74 GERK, E. | 116 MEZZACAPPA, G. G. |
| 33 COSER, D. S. | 75 GIL, M. S. C. A. | 117 MIZUNO, C. M. |
| 34 COSTA, A. A. V. | 76 GLAT, R. | 118 MOLON, K. S. |
| 35 COSTA, L. S. F. | 77 GOMES, H. | 119 MONTAGNOLI, T. A. S. |
| 36 CROCCI, S. | 78 GOMES, M. | 120 MOREIRA, P. S. |
| 37 CRUZ, J. I. G. | 79 GUEDES, T. R. | 121 MOYA, R. |
| 38 CRUZ, M. L. M. | 80 GUERCHON, N. | 122 MUNHÓZ, M. A. |
| 39 CRUZ, V. | 81 GUTIERREZ, R. F. | 123 MÔNACO, G. D. |
| 40 CUNHA, A. C. B. | 82 HACHIMINE, A. H. F. | 124 NAGLIATE, P. C. |
| 41 CUNHA, M. F. | 83 HAYASHI, C. R. M. | 125 NAME, D. M. L. |
| 42 CUNHA, R. S. M. T. | 84 HAYASHI, M. C. P. I. | 126 NARDINI, T. |

- 127 NASSIM, O. E.
128 NEDER, Y. H.
129 NERIS, V. P. A.
130 NETTO, M. M. F.
131 NEÓFITI, C. C.
132 NOGUEIRA, D.
133 NORDI, C.
134 NUNES SOBRINHO, F. P.
135 NUNES, D.
136 NUNES, D. R. P.
137 NUNES, F.
138 NUNES, L. R.
139 O, C. A. A. C.
140 OBELAR, F. M.
141 OLIVEIRA FILHO, M. A. M. B.
142 OLIVEIRA, A. A.
143 OLIVEIRA, C. A. M. D.
144 OLIVEIRA, D. A.
145 OLIVEIRA, F.
146 OLIVEIRA, L.
147 OLIVEIRA, M.
148 OLIVEIRA, M. C.
149 OLIVEIRA, S. F.
150 OLIVEIRA, É. B.
151 ORTIZ, L. C. M.
152 PAIXÃO, D.
153 PALHARES, M. S.
154 PALMA, D.
155 PAMPLIN, R. C. O.
156 PANICO, S. R. G.
157 PARIZZI, R.
158 PASCHOALOTII, P. H.
159 PASSOS, M.
160 PATRIAN, A. C. A.
161 PAULA, K.
162 PAULA, K. P.
163 PAVARINI, S. C. I.
164 PAZINI, M. R. C.
165 PEDRAZZANI, E. S.
166 PEDROSO, C. C. A.
167 PELOSI, M.
168 PEREIRA, K. A.
169 PEREIRA, T. L.
170 PEREIRA, V. C.
171 PLETSCH, M. D.
172 POLLETINI, J.
173 PORTUGAL, P.
174 QUITERIO, P. L.
175 RAMALHO, M. N.
176 RAMIREZ, É. S.
177 REDIG, A. G.
178 RENTE, A. C.
179 RIBEIRO, A. M.
180 ROCHA, J. C. M.
181 RODRIGUES, R.
182 ROSSI, G. D.
183 RUEDA, D.
184 SALLES, R. F.
185 SALVADOR, F. M.
186 SANTANNA, S. R. S.
187 SANTOS, A. C.
188 SANTOS, A. N.
189 SANTOS, I. C.
190 SANTOS, M. P.
191 SCHIRMER, C.
192 SERRA, D. C. G.
193 SHIMBO, I.
194 SILVA, A. N. R.
195 SILVA, C. A. S.
196 SILVA, D. N. H.
197 SILVA, J. L. C. P.
198 SILVA, L. L. M.
199 SILVA, M. A. R.
200 SILVA, R. S.
201 SILVEIRA, C.
202 SILVEIRA, J. O.
203 SIMIONI, S. M. R.
204 SIMÕES, S. S.
205 SOUZA, D. G.
206 SOUZA, L. F.
207 SOUZA, N. M.
208 SOUZA, V. L. V.
209 SPILKER, M. J.
210 STANISCIA, A. C. M.
211 SÁS, R. M.
212 TAFURI, D. M.
213 TARDELLI, R. T.
214 TARGA, L. G.
215 TEIXEIRA, A. O.
216 TINOS, R.
217 TOGASHI, C.
218 TOLEDO, W.
219 TOYODA, C. Y.
220 TUBAGI, S. N.
221 UEHARA, M. S.
222 VALÉRIO, T.
223 VANZO, L. C.
224 VIANNA, M. M.
225 VIDAL, A. C.
226 WALTER, C. C. F.
227 WATZLAWICK, J. A. A.
228 XAVIER, K. R.
229 ZANFELICI, T.
230 ZANIN, M.

APÊNDICE G

DISCRIMINAÇÃO DOS AUTORES DOS TRABALHOS COM PUBLICAÇÕES NO
FORMATO DE ARTIGO DE PERIÓDICO

RELAÇÃO DE AUTORES – ARTIGOS

- | | | | | | |
|----|------------------------------|----|------------------------|-----|----------------------|
| 1 | AIELLO, A. L. R. | 46 | CRUZ, J. I. G. | 91 | GONSALVES, T. C. |
| 2 | ALBERICI, S. M. | 47 | CUNHA, A. C. B. | 92 | GOULD, K. |
| 3 | ALMEIDA, D. M. F. | 48 | CUNHA, A. N. C. | 93 | GOUVEIA, H. G. |
| 4 | ALMEIDA, M. C. P. | 49 | DANELUZZI, J. C. | 94 | GRAEFF, F. G. |
| 5 | ALMEIDA, N. V. F. | 50 | DELLA BARBA, P. C. | 95 | GUEDES, T. R. |
| 6 | ALVES, Z. M. M. B. | 51 | DEL PRETTE, Z. A. P. | 96 | GUERCHON, N. |
| 7 | AMORIN, V. | 52 | DE ROSE, J. C. | 97 | GUSSO, H. L. |
| 8 | ARAÚJO, I. | 53 | DEVALLE, A. J. | 98 | HAYASHI, C. R. M. |
| 9 | ARAÚJO, M. I. G. | 54 | DIAS, R. C. | 99 | HAYASHI, M. C. P. I. |
| 10 | ASSIS, C. P. | 55 | DIAS, T. R. S. | 100 | HELENE, L. M. F. |
| 11 | BANHOS, E. | 56 | DOMINGUES, A. C. G. | 101 | HIRATA, S. |
| 12 | BARBOSA, C. C. | 57 | DRACHENBERG, H. B. | 102 | HIROTA, O. |
| 13 | BARHAM, E. J. | 58 | DUDUCHI, M. | 103 | INOUE, K. |
| 14 | BARROS FILHO, A. A. | 59 | DUPAS, A. M. F. V. | 104 | JOAQUIM, R. H. V. T. |
| 15 | BASSO, A. F. | 60 | DUQUE, M. A. F. T. | 105 | JÓ, G. |
| 16 | BASTOS, M. H. | 61 | EMERICK, R. | 106 | KANEKO, K. |
| 17 | BAÚ, J. | 62 | EMMEL, M. L. G. | 107 | KAWASAKI, H. N. |
| 18 | BERNAT, A. B. | 63 | FARHAT, M. | 108 | KIENEN, N. |
| 19 | BERTUSO, E. | 64 | FERNANDES, E. M. | 109 | KUBO, O. M. |
| 20 | BEVILACQUA, A. B. | 65 | FERNANDES, R. | 110 | LIMA, C. D. |
| 21 | BIASON, S. F. | 66 | FERRAUDO, A. S. | 111 | LIMA, D. C. |
| 22 | BLEY, J. Z. | 67 | FERRAUDO, G. | 112 | LIMA, M. C. |
| 23 | BORKOSVSKI, A. | 68 | FERREIRA FILHO, P. | 113 | LIMA, M. L. N. |
| 24 | BOTOMÉ, S. P. | 69 | FERREIRA, J. R. | 114 | LOLLO, M. C. |
| 25 | BRAUN, P. | 70 | FONSECA, N. V. | 115 | LOMBARDI, C. |
| 26 | BUGALHO, A. | 71 | FONTAINE, A. M. | 116 | LORENA, A. B. |
| 27 | CALÓGERAS, A. B. | 72 | FONTES, M. | 117 | LORENZO, F. M. |
| 28 | CAMARGO, M. L. L. P. | 73 | FONTES, R. S. | 118 | LUCA, G. G. |
| 29 | CAPOVILLA, A. | 74 | FORMIGA, C. K. M. R. | 119 | LUIZ, E. C. |
| 30 | CAPOVILLA, F. C. | 75 | FRANCO, J. R. | 120 | MACEDO, E. |
| 31 | CARRASCO, B. G. | 76 | FRANCOZO, M. F. C. | 121 | MACHADO, L. R. |
| 32 | CARRASCO, M. A. P. | 77 | FRARE, E. | 122 | MADEIRA, S. |
| 33 | CATANHO, D. M. | 78 | FREITAS, M. R. | 123 | MAGALHÃES, A. P. |
| 34 | CAVICCHIA, D. C. | 79 | FREITAS, R. C. | 124 | MAGALHÃES, R. C. |
| 35 | CIA, F. | 80 | FUCCI, M. | 125 | MALUF, S. A. |
| 36 | CLARO, M. M. F. | 81 | FURQUIM, E. C. | 126 | MANTELATO, S. A. C. |
| 37 | CLAUDIA MARIA SIMÕES MARTINS | 82 | GAGLIARDO, H. G. R. G. | 127 | MARCONDES, T. M. |
| 38 | CONSONNI, E. | 83 | GAIO, R. | 128 | MARQUES, C. R. |
| 39 | CORDEIRO, A. M. A. | 84 | GEBRAEL, T. | 129 | MARTINEZ, C. M. S. |
| 40 | CORREA, D. L. | 85 | GIL, M. S. C. A. | 130 | MARTINEZ, G. |
| 41 | CORTEGOSO, A. L. | 86 | GIMENEZ, M. G. | 131 | MARTINS, C. L. |
| 42 | CORTEZ, R. | 87 | GLAT, R. | 132 | MATSUKURA, T. S. |
| 43 | COSER, D. S. | 88 | GODOY, M. P. | 133 | MELLO, D. |
| 44 | COSTA, L. S. F. | 89 | GOMES, D. L. S. | 134 | MENDES, D. C. |
| 45 | COSTA, M. A. F. F. | 90 | GONÇALVES, M. J. | 135 | MENDES, E. G. |

- 136 MENDIONDO, M. S. Z.
137 MIRANDA, A. M. M.
138 MONTANO, M.
139 MOSKORZ, L.
140 MUNHÓZ, M. A.
141 NALE, N.
142 NEOFITI, C. C.
143 NICOLUCCI, D.
144 NISHI, R.
145 NOGUEIRA, D.
146 NOGUEIRA, M. L. L.
147 NUNES, D.
148 NUNES, D. R. P.
149 NUNES, L. R.
150 NUNES, L. R. O. P.
151 NUNES SOBRINHO, F. P.
152 OISHI, J.
153 OLIVEIRA, C.
154 OLIVEIRA, L. A.
155 OLIVI, M. L.
156 ORRICO, H. F.
157 OTUKA, E. S.
158 PALHARES, M. S.
159 PALOMBO, A.
160 PAMPLIN, R. C. O.
161 PANHAN, H.
162 PANICO, S. R. G.
163 PARDO, M. B. L.
164 PARREIRA, M. C.
165 PASSOSA, M.
166 PASSOS, M.
167 PAULA, J.
168 PAULA, K. P.
169 PAVARINI, S. C. I.
170 PEDRAZZANI, E. S.
171 PEDRAZZANI, J. C.
172 PEDROSO, C. C. A.
173 PELOSI, M.
174 PEREIRA, A. J.
175 PERISSINOTO, J.
176 PETOILHO, E. C.
177 PINHEIRO, R. C.
178 PIOTO, M. P.
179 PIRES, M. A.
180 PIZZIGATTI, C.
181 PLETSCHE, M. D.
182 PONTES, A.
183 PONTES, M. L.
184 PORTO, V. C. A. F. C.
185 POULSON, C.
186 PRETTI, A.
187 PRIPAS, S.
188 PROVENZANO, M. A. C.
189 QUEIROZ, F. P.
190 RAMOS, C. B. A.
191 RAPHAEL, W.
192 RAVANINI, S. G.
193 RAZZANI, J. C.
194 REDIG, A. G.
195 REIS, M. J. D.
196 RIBEIRO, A. M.
197 RIM, P. H. H.
198 ROCCA, J. Z.
199 ROCHA, J. C. M.
200 ROCHA, P.
201 RODRIGUES, M. A. C.
202 ROLFSEN, A. B.
203 ROMÃO, D.
204 RONCA, A. C. C.
205 ROSE, J. C. C.
206 ROSE, T. M. S.
207 RUAS, T. C. B.
208 SALLES, R. F.
209 SANCHES, M.
210 SANTORO, M. C.
211 SANTOS, A. C.
212 SANTOS, C. M.
213 SANTOS, E. B. E. I.
214 SANTOS, G. C. V.
215 SANTOS, R. S.
216 SCHELINI, P. W.
217 SCLOT, R. G.
218 SIDMAN, M.
219 SILVA, A. L. M.
220 SILVA, A. N. R.
221 SILVA, D. B. R.
222 SILVA, E.
223 SILVA, F. P. S.
224 SILVA, J. L. C. P.
225 SILVA, L. L. M.
226 SILVA, R. P.
227 SILVEIRA, L. C.
228 SISDELLI, R.
229 SOARES, V. N.
230 SOUZA, D.
231 SOUZA, D. G.
232 SOUZA, D. H.
233 SOUZA, E. J.
234 SOUZA, F. C.
235 SOUZA, F. F.
236 SOUZA, M. I.
237 SPONCIADO, M. A.
238 STODDARD, L. T.
239 TASSARA, E. T. O.
240 TEIXEIRA, F. C.
241 TEIXEIRA, M.
242 TODOROV, J. C.
243 TOYODA, C. Y.
244 TUDELLA, E.
245 UBEDA, E. M. L.
246 ULRICH, E.
247 VALADÃO, M. M.
248 VALÉRIO, T.
249 VETTORAZZI, A.
250 VIECILI, J.
251 VIEIRA, C. S.
252 VIEIRA, D. L.
253 VIETH, H.
254 VON TETZCHNER, S.
255 WALTER, C. C. F.
256 WARREN, S.
257 WILHELM, F. A.
258 WITT, R. R.
259 ZAMBOM, V. D.
260 ZICKER, F.
261 ZÓIA, E. N.

APÊNDICE H

DISCRIMINAÇÃO DOS AUTORES DOS TRABALHOS COM PUBLICAÇÕES NO
FORMATO DE CAPÍTULO DE LIVRO

RELAÇÃO DE AUTORES – CAPÍTULO DE LIVRO

- | | | |
|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1 ABRANCHES-BRITO, D. | 45 DANELON, M. C. | 88 MARTINEZ, C. M. S. |
| 2 AIELLO, A. L. R. | 46 DELGADO, S. M. M. | 89 MASCIO, C. C. |
| 3 ALENCAR, G. R. | 47 DIAS, T. R. S. | 90 MATIAS, M. |
| 4 ALMEIDA, F. | 48 EMMEL, M. L. G. | 91 MATSUKURA, T. S. |
| 5 ALMEIDA, F. P. | 49 ESCOBAR, T. P. | 92 MENDES, E. G. |
| 6 ALMEIDA, I. | 50 FALCÃO, F. D. C. | 93 MÔNACO, G. D. |
| 7 ALMEIDA, M. A. | 51 FERNANDES, E. M. | 94 MOURA, M. L. S. |
| 8 ALMEIDA, N. V. F. | 52 FERRAZ, F. J. | 95 MUNHÓZ, M. A. |
| 9 ALMEIDA, S. F. | 53 FERREIRA, J. R. | 96 NALE, N. |
| 10 ALMEIDA, V. L. P. | 54 FERREIRA, J. U. R. | 97 NARDINI, T. |
| 11 ALVES, Z. M. M. B. | 55 FERRINI, C. | 98 NASCIMENTO, R. C. S. |
| 12 AMORIM, D. F. | 56 FONTAINE, A. M. | 99 NOGUEIRA, D. |
| 13 AMORIM, D. F.. | 57 FONTES, D. A. | 100 NUNES, D. |
| 14 ANDRADE, C. | 58 FONTES, N. | 101 NUNES, D. R. P. |
| 15 ANTUNES, K. C. V. | 59 FONTES, R. S. | 102 NUNES, L. R. |
| 16 ARAÚJO FILHO, T. | 60 FRANCO, J. R. | 103 NUNES, L. R. O. P. |
| 17 ARAÚJO, I. | 61 FREITAS, E. | NUNES SOBRINHO, F. |
| 18 ARAÚJO, M. I. G. | 62 FRISANCO, M. L. | 104 P. |
| 19 ASSIS, C. P. | 63 GAIO, R. | 105 OLIVEIRA, A. A. E. |
| 20 BARBOSA, L. | 64 GERK, E. | 106 OLIVEIRA, F. |
| 21 BASTOS, M. H. | 65 GIGANTE, L. A. B. M. | 107 OLIVEIRA, M. |
| 22 BASTOS, O. | 66 GIL, M. S. A. | 108 OLIVEIRA, M. B. |
| 23 BAZÍLIO, L. C. | 67 GLAT, R. | 109 PALHARES, M. S. |
| 24 BERNAT, A. B. | 68 GOMES, H. | 110 PAMPLIN, R. C. O. |
| 25 BLANCO, L. M. V. | 69 GOMES, M. | 111 PANICO, S. R. G. |
| 26 BOTOMÉ, S. P. | 70 GUERCHON, N. | 112 PASSOS, M. |
| 27 BRANDO, A. P. | 71 HACHIMINE, A. H. F. | 113 PAULA, K. M. P. |
| 28 BRAUN, P. | 72 HALMANN, A. L. | 114 PEDRAZZANI, E. S. |
| 29 CAMARGO, M. L. L. P. | 73 HIROTA, O. | 115 PEDROSO, C. C. A. |
| 30 CAMELO, R. C. R. | 74 INOUE, K. | 116 PEREIRA, K. A. |
| 31 CANZIANI, M. L. | 75 JESUS, V. M. B. | 117 PEREIRA, V. C. |
| 32 CAPORALI, S. A. | 76 JOLY, I. Z. L. | 118 PIERSON, A. H. C. |
| 33 CAPOVILLA, F. | 77 KUBO, O. M. | 119 PLETSCHE, M. D. |
| 34 CAVICCHIA, D. C. | 78 LARRATE, J. | 120 POULSON, C. |
| 35 CHERFEM, C. O. | 79 LOGAREZZI, A. | 121 QUITERIO, P. L. |
| 36 CIA, F. | 80 LUCAS, M. G. | 122 RAMIREZ, E. S. |
| 37 CLAUDIO, M. C. M. | 81 MACEDO, E. | 123 REIS, M. J. D. |
| 38 CORTEGOSO, A. L. | 82 MADEIRA, S. | 124 ROCHA, J. C. M. |
| 39 COSER, D. S. | 83 MAGALHÃES, A. P. | 125 ROCHA, P. |
| 40 COSTA, A. A. V. | MAGALHÃES, E. F. C. | 126 ROCHA, P. C. |
| 41 COUTO JR., D. R. | 84 B. | 127 RODRIGUES, R. |
| 42 CRUZ, J. I. G. | 85 MALFITANO, A. P. | 128 ROSA, A. M. |
| 43 CUNHA, A. C. B. | 86 MANZINI, E. J. | 129 ROSE, J. C. C. |
| 44 CUNHA, M. | 87 MARINHO, A. | 130 ROSE, T. M. S. |

131 SANTANNA, S. R. S.
132 SANTOS, C. M.
133 SCHIRMER, C.
134 SENNA, L. A.
135 SHIMBO, I.
136 SILVA, A. L. M.
137 SILVA, A. N. R.

138 SILVA, L. L. M.
139 SOUZA, D. G.
140 SOUZA, V. L. V.
141 SPONCIADO, M. A.
142 SURIAN, C. E.
143 TOGASHI, C.
144 TOYODA, C. Y.

145 TUBAGI, S. N.
146 UEHARA, M. S.
147 VALÉRIO, T.
148 WALTER, C. C. F.
149 WARREN, S.
150 ZANIN, M.
151 ZANIOLO, L. O.

APÊNDICE I

DISCRIMINAÇÃO DOS AUTORES DOS TRABALHOS COM PUBLICAÇÕES
NO FORMATO DE LIVRO

RELAÇÃO DE AUTORES – CAPÍTULO DE LIVRO

- 1 ANDRADE, E. R.
- 2 BAÚ, J.
- 3 BONFIM, M. I. R. M.
- 4 BRAUN, P.
- 5 CAVICCHIA, D. C.
- 6 CORTEGOSO, A. L.
- 7 DELLA BARBA, P. C.
- 8 DENARI, F. E.
- 9 DIAS, T. R. S.
- 10 DUQUE, M. A. F. T.
- 11 FARAH NETO, M.
- 12 FERREIRA, J. R.
- 13 FORMIGA, C. K. M. R.
- 14 FREITAS, R. C.
- 15 GLAT, R.
- 16 GOMES, M.
- 17 GUIGUET, E. D.
- 18 KADIER, V. P. S.
- 19 KUBO, O. M.
- 20 LUCAS, M. G.
- 21 MARTINEZ, C. M. S.
- 22 MENDES, E. G.
- 23 MULLER, T. M. P.
- 24 NOBRE, D.
- 25 NUNES, L. R.
- 26 NUNES SOBRINHO, F. P.
- 27 OLIVEIRA, E. S. G.
- 28 PAIXAO, P. C.
- 29 PANICO, S. R. G.
- 30 PEDRAZZANI, E. S.
- 31 PELOSI, M.
- 32 PEREYRA, K.
- 33 PLETSCH, M. D.
- 34 QUITERIO, P. L.
- 35 RODRIGUES, D. S.
- 36 ROSA, S. P. S.
- 37 SANTOS, R. S.
- 38 SCHIRMER, C.
- 39 SCRIPTORI, C.
- 40 TUDELLA, E.
- 41 ULRICH, E.
- 42 VALLE, B. B. R.
- 43 WALTER, C. C. F.

APÊNDICE J

REGISTROS QUE REPRESENTAM OS ESTUDOS VOLTADOS À
PREMATURIDADE NO CAMPO DA EDUCAÇÃO ESPECIAL

RESUMOS

1)

RESUMO
<p>Alina Sanches Gonçalves. Investigação do desenvolvimento das habilidades de audição e comunicação de bebês nascidos em diferentes condições de peso e idade gestacional. 01/03/1998</p> <p>1v. 197p. Mestrado. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - EDUCAÇÃO ESPECIAL (EDUCAÇÃO DO INDIVÍDUO ESPECIAL)</p> <p>Orientador(es): Sylvia Rosalina Grasseschi Panico</p> <p>Biblioteca Depositária: Biblioteca Comunitária da UFSCar</p> <p>Email do autor:</p> <p>Palavras - chave: audição e linguagem, prematuridade, diagnóstico precoce</p> <p>Área(s) do conhecimento: DISTÚRBIOS DA LINGUAGEM EDUCAÇÃO ESPECIAL FONOAUDIOLOGIA</p> <p>Banca examinadora: Antonio Celso de Noronha Goyos Marisa Frasson de Azevedo Sylvia Rosalina Grasseschi Panico</p> <p>Linha(s) de pesquisa: Atenção primária e secundária em Educação Especial: prevenção de deficiências. Estuda fatores de risco em relação às necessidades educativas especiais e desenvolve procedimentos para diagnóstico e prevenção que possam ser aplicados em serviços públicos de educação e saúde, com objetivos de atenção primária e secundária.</p> <p>Agência(s) financiadora(s) do discente ou autor tese/dissertação: CNPq</p> <p>Idioma(s): Português</p> <p>Dependência administrativa Federal</p> <p>Resumo tese/dissertação: A prematuridade e o baixo peso são considerados na literatura como condições de nascimento que colocam em risco o desenvolvimento da audição e da linguagem de crianças nascidas nessas condições. O estabelecimento de padrões comportamentais característicos da população em risco poderá permitir identificação de alterações e promoção do desenvolvimento de tais bebês o mais cedo possível. O presente estudo tem como objetivo investigar a relação entre o desenvolvimento e habilidades de audição e comunicação e as condições de idade gestacional e peso ao nascimento, nos primeiros seis meses de vida. Os sujeitos foram 61 bebês distribuídos em quatro e seis meses, através de observações comportamentais durante manobras de posicionamento da criança e frente à apresentação de estímulos perceptivos-sensoriais. Para verificação da integridade do sistema auditivo foram realizadas medidas de imitância acústica e audiométrica de tronco cerebral. Nas idades de um, quatro e seis meses foram feitas entrevistas com as mães para investigação de dados referentes à saúde da criança, alimentação, estimulação, ambiental, desenvolvimento motor, auditivo e de comunicação. Houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos avaliados, principalmente no grupo de crianças nascidas pré-termo e pequenas para a idade gestacional quando comparado com um grupo de crianças nascidas a termo e com peso adequado. Tais diferenças sugerem o desenvolvimento durante a investigação de habilidades de audição e restrito de crianças avaliadas em cada grupo devido à abstenção das mães aos retornos, o que indica a necessidade de ampliação do estudo para conclusões sobre o desenvolvimento das populações estudadas.</p>

2)

RESUMO
<p>Ana Cláudia Pinto Bredariol. Programa de educação preventiva: uma proposta para serviços de estimulação/intervenção precoce. 01/03/1999</p> <p>1v. 149p. Mestrado. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS – EDUCAÇÃO ESPECIAL (EDUCAÇÃO DO INDIVÍDUO ESPECIAL)</p> <p>Orientador(es): Tércia Regina da Silveira Dias</p> <p>Biblioteca Depositária: Biblioteca Comunitária da UFSCar</p> <p>Email do autor:</p> <p>Palavras – chave: Prevenção de deficiências, Estimulação precoce</p> <p>Área(s) do conhecimento: EDUCAÇÃO ESPECIAL</p> <p>Banca examinadora: Maria Luísa Guillaumon Emmel Márcia Regina Bonagamba Rubiano Tércia Regina da Silveira Dias</p> <p>Linha(s) de pesquisa: Atenção primária e secundária em Educação Especial: prevenção de deficiências. Estuda fatores de risco em relação às necessidades educativas especiais e desenvolve procedimentos para diagnóstico e prevenção que possam ser aplicados em serviços públicos de educação e saúde, com objetivos de atenção primária e secundária.</p> <p>Agência(s) financiadora(s) do discente ou autor tese/dissertação: CAPES – DS</p> <p>Idioma(s): Português</p> <p>Dependência administrativa Federal</p> <p>Resumo tese/dissertação: Considerando a importância da prevenção de deficiências em bebês, este trabalho teve como objetivo propor procedimentos simples de intervenção na comunidade. Esses procedimentos incluíram medidas práticas de informação básica à comunidade, a fim de facilitar e maximizar o encaminhamento precoce do bebê de risco a serviços de estimulação precoce. O Programa de Educação Preventiva (PEP) foi desenvolvido no município de Ribeirão Preto visando encaminhar, o mais cedo possível, bebês de risco entre 0 e 3 anos aos serviços de Estimulação Precoce municipais. O programa se configurou como um processo contínuo que visou orientar a família do bebê de risco e os profissionais que atuavam junto ao mesmo. O PEP foi sendo implantado por meio de palestras, para sensibilizar e informar profissionais de postos de saúde e creches, sobre a importância da detecção, atuação e/ou encaminhamento precoce do bebê de risco aos serviços especializados (fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, neurologia, etc). Em um segundo momento, foi dirigido para a orientação de mães de bebês de risco no primeiro ano de vida, apresentado estratégias de atuação junto ao bebê. Utilizou-se como instrumento principal um manual ilustrado onde as mães acompanham e registravam o desenvolvimento de seu bebê mês a mês. Os resultados mostraram um aumento significativo de bebês encaminhados para programa, uma redução na idade dos encaminhamentos das crianças para a intervenção especializada, além de uma mudança na origem dos encaminhamentos e diagnósticos médicos. Observou-se ainda maior conhecimento das mães quanto ao desenvolvimento de habilidades em seus filhos, bem como o reconhecimento de possíveis dificuldades que pudessem vir acontecer.</p>

3)

RESUMO

Beatriz Girão Enes Carvalho. Triagem visual de bebês prematuros: verificação da aplicabilidade do "Método de Avaliação da Conduta Visual de Lactentes". 01/02/2005

1v. 126p. Mestrado. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - EDUCAÇÃO ESPECIAL (EDUCAÇÃO DO INDIVÍDUO ESPECIAL)

Orientador(es): Cláudia Maria Simões Martinez

Biblioteca Depositária: Biblioteca Comunitária da UFSCar

Email do autor:**Palavras - chave:**

Educação Especial; triagem visual; bebês prematuros

Área(s) do conhecimento:

EDUCAÇÃO ESPECIAL

Banca examinadora:

Cláudia Maria Simões Martinez

Heloisa Gagheggi Ravanini Gardon Gagliardo

Maria Amelia Almeida

Linha(s) de pesquisa:**Agência(s) financiadora(s) do discente ou autor tese/dissertação:**

CAPES - DS

Idioma(s):

Português

Dependência administrativa

Federal

Resumo tese/dissertação:

Existem fatores de risco intrinsecamente ligados à questão da deficiência visual em bebês, como por exemplo, a prematuridade. Estudos demonstraram a incidência de deficiência visual em bebês prematuros e de muito baixo peso ao nascer, acrescentando a importância do exame oftalmológico, principalmente no bebê de risco. A OMS preconiza a introdução de procedimentos de triagem visual para crianças de todas as faixas etárias, introduzindo outros profissionais nas práticas de saúde ocular. Existe uma necessidade de informações por parte das equipes de saúde, pediatras, enfermeiros e outros acerca dos exames oftalmológicos para diagnóstico precoce e dos sinais evidenciadores das doenças causadoras de deficiência visual, o que reforça a necessidade de instrumento de triagem rotineiro que permita avaliação visual precoce para todos os bebês, principalmente os de risco. Considerando esta realidade o presente estudo teve como objetivo verificar a aplicabilidade do "Método de Avaliação da Conduta Visual de Lactentes" em 32 bebês prematuros, de 1 a 3 meses (de idade corrigida), durante as rotinas de atendimento ambulatorial pediátrico em um Hospital Escola de Uberaba – MG. Esse método contempla um roteiro de avaliação da conduta visual de lactentes com nove itens de comportamento visuomotor e de coordenação motora apendicular correspondentes às aquisições do bebê de 1 a 3 meses de idade, com as categorias de respostas positivas (S), negativas (N), parciais (P) e omitidas (O). Foram realizadas no mínimo 1, e no máximo 2 avaliações com cada bebê. A análise dos dados foi realizada utilizando-se dados de frequência expressa em porcentagem, comparação pareada e não pareada, nível de significância e regressão logística. Foram encontrados valores significativos no número de respostas O, no 1º mês (31,4%) e na Prova 7 (94,0%). Ainda foi observado o número de respostas aos comportamentos não previstos para a faixa etária, ou seja realizadas a mais, sendo que predominaram-se as ocorrências no 2º mês (26%) e na Prova 8 (89%). Através da regressão logística, não foi observada correlação entre as respostas encontradas e as variáveis peso ou idade gestacional. Discute-se a aplicabilidade do referido método em situação ambulatorial apontando-o como um instrumento importante para situação de triagem de bebês de risco e a pertinência de determinados itens, do roteiro de avaliação em função da idade corrigida dos bebês. Sugere-se a continuidade de pesquisas para a validação do instrumento com a população de bebês de risco.

4)

RESUMO
Cibelle Kayenne M. Roberto Formiga (M). PROGRAMA DE INTERVENÇÃO COM BEBÊS PRÉ-TERMO E SUAS FAMÍLIAS: AVALIAÇÃO E SUBSÍDIOS PARA PREVENÇÃO DE DEFICIÊNCIAS. 01/11/2003
1v. 222p. Mestrado. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - EDUCAÇÃO ESPECIAL (EDUCAÇÃO DO INDIVÍDUO ESPECIAL)
Orientador(es): Elisete Silva Pedrazzani
Biblioteca Depositária: BIBLIOTECA COMUNITÁRIA DA ufscAR
Email do autor:
cibellekayenne@gmail.com
Palavras - chave:
bebê pré-termo, intervenção precoce
Área(s) do conhecimento:
EDUCAÇÃO ESPECIAL
ENFERMAGEM PEDIÁTRICA
FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
Banca examinadora:
Elisete Silva Pedrazzani
Eloisa Tudella
Maria Beatriz Martins Linhares
Linha(s) de pesquisa:
ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA EM EDUCAÇÃO ESPECIAL: PREVENÇÃO DE DEFICIÊNCIAS Estuda fatores de risco em relação às necessidades educativas especiais e desenvolve procedimentos para diagnóstico e prevenção que possam ser aplicados em serviços públicos de educação e saúde, com objetivos de atenção primária e secundária.
Agência(s) financiadora(s) do discente ou autor tese/dissertação:
CNPq
Idioma(s):
Português
Dependência administrativa
Federal
Resumo tese/dissertação:

A identificação precoce dos desvios do desenvolvimento em bebês pré-termo vem se destacando em vários estudos que enfatizam a prevenção de deficiências pela possibilidade de um melhor prognóstico por meio de serviços educacionais especializados ou outras medidas de reabilitação. Além disso, os programas de intervenção vêm enfatizando a participação dos pais a fim de torná-los parte integrante e co-responsáveis do desenvolvimento de seus filhos. O objetivo desta pesquisa foi avaliar a eficácia de um programa de intervenção precoce com bebês pré-termo com e sem o treinamento dos pais. Participaram do estudo 08 bebês pré-termo, de ambos os sexos, com idade gestacional média de 32 semanas, idade cronológica média de 3 meses e 6 dias e suas respectivas famílias. O estudo foi desenvolvido no setor de Fisioterapia em Neuropediatria da UFSCar e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade. O delineamento usado foi do tipo experimental e os participantes foram divididos aleatoriamente em dois grupos distintos: controle e experimental. O grupo controle era formado por quatro bebês que realizavam fisioterapia e os pais não receberam orientação e treinamento para trabalharem os filhos em domicílio. O grupo experimental era composto de quatro bebês que receberam o tratamento de fisioterapia e cujos pais foram orientados e treinados para a continuação do programa em casa. O estudo teve uma duração de 4 meses e foram utilizados como instrumentos de medida do desenvolvimento dos bebês o Inventário Portage Operacionalizado (IPO) e a Alberta Infant Motor Scale (AIMS). Todos os dados das fichas de avaliação e filmagens das avaliações mensais e sessões semanais foram registrados e analisados em dois aspectos: comportamento dos bebês e comportamento dos pais. As categorias de análise do desenvolvimento sensório-motor foram de acordo com os itens propostos na AIMS e nos itens de treino do IPO. O tratamento estatístico utilizado foi o método de regressão para comparar a evolução obtida entre os grupos controle e experimental. A análise da participação dos pais no programa de intervenção foi avaliada em três aspectos: comportamentos instalados nos mediadores; desempenho dos mediadores enquanto observadores; opinião dos mediadores sobre o programa de intervenção. Os resultados demonstraram que os dois grupos de bebês tiveram evoluções significativas em todas as áreas do desenvolvimento analisadas e quando comparados os grupos verificou-se que o grupo experimental apresentou uma evolução superior à apresentada pelo grupo controle. Em relação à participação das famílias no programa de intervenção, verificou-se que os pais do grupo experimental apresentam um bom nível de envolvimento, com instalação de comportamentos em relação aos treinos com a criança e os dois grupos demonstraram satisfação em participar da pesquisa com base na evolução obtida pelos filhos. Com base nestes resultados, pode-se afirmar que a participação dos pais associada ao programa de intervenção aplicado beneficiou significativamente o desenvolvimento motor dos bebês do presente estudo.

5)

RESUMO
Denise Ranieri Sacata de Souza. AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA PRECOCE PARA A IDENTIFICAÇÃO DE POSSÍVEIS PERDAS AUDITIVAS EM BEBÊS PREMATUROS. 01/08/1996
1v. 168p. Mestrado. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - EDUCAÇÃO ESPECIAL (EDUC.DO INDIVÍDUO ESPECIAL)
Orientador(es): Durlei de Carvalho Cavicchia
Biblioteca Depositária: Biblioteca Comunitária da UFSCar
Email do autor:
Palavras - chave: Avaliação audiológica precoce, desenvolvimento auditivo
Área(s) do conhecimento: EDUCAÇÃO ESPECIAL FONOAUDIOLOGIA PSICOLOGIA DO DESENVOLVIMENTO HUMANO SAÚDE PÚBLICA
Banca examinadora: Durlei de Carvalho Cavicchia Tárcia Regina da Silveira Dias Valter Curi Rodrigues
Linha(s) de pesquisa: Atenção primária e secundária em Educação Especial Estuda fatores de risco em relação a necessidades educativas especiais e desenvolve procedimentos para diagnóstico e prevenção que possam ser inseridos em serviços públicos de educação e saúde, com objetivos de atenção primária e secundária.
Agência(s) financiadora(s) do discente ou autor tese/dissertação: CAPES - Outros
Idioma(s): Português
Dependência administrativa Federal
Resumo tese/dissertação: A avaliação audiológica precoce para a identificação de possíveis perdas auditivas em bebês prematuros teve como objetivos comparar o desenvolvimento auditivo de bebês a termo e pré-termo no primeiro ano de vida; identificar possíveis perdas auditivas em bebês avaliados no primeiro ano de vida a partir de técnicas simples aplicáveis à população neonatal; verificar se existe correlação entre fenômeno de habituação e integridade do SNC e verificar como os pais, pediatras e neonatologistas auxiliam na detecção precoce da deficiência. Como instrumento de coleta de dados foram utilizadas entrevistas e observação do comportamento auditivo. Os resultados indicam que: 1) houve um atraso no desenvolvimento auditivo de bebês prematuros comparados aos bebês a termo; 2) é possível identificar perdas auditivas com técnicas simples; 3) deve ser incluída na avaliação audiológica a testagem do fenômeno de habituação; 4) é necessário fornecer informações à classe médica e à comunidade sobre a importância do acompanhamento audiológico de bebês, bem como o encaminhamento precoce aos centros especializados.

6)

RESUMO
<p>Marta Martins Canotilho. Efeitos do método mãe-canguru sobre o desenvolvimento motor de bebês pré-termo extremos. 01/02/2005</p> <p>1v. 166p. Doutorado. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - EDUCAÇÃO ESPECIAL (EDUCAÇÃO DO INDIVÍDUO ESPECIAL)</p> <p>Orientador(es): Nivaldo Nale</p> <p>Biblioteca Depositária: Biblioteca Comunitária da UFSCar</p> <p>Email do autor:</p> <p>Palavras - chave: Educação Especial, método mãe-canguru, intervenção neonatal</p> <p>Área(s) do conhecimento: EDUCAÇÃO ESPECIAL</p> <p>Banca examinadora: Ana Lúcia Rossito Aiello Cláudia Maria Simões Martinez Heloisa Gagheggi Ravanini Gardon Gagliardo Maria Beatriz Martins Linhares Nivaldo Nale</p> <p>Linha(s) de pesquisa: PRODUÇÃO CIENTÍFICA E FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS EM EDUCAÇÃO ESPECIAL Tendo em vista o objetivo de formar profissionais habilitados a avaliar, implantar, administrar e/ou orientar programas e serviços na área de Educação Especial, os estudos nesta linha visam gerar um conhecimento diferenciado da própria área, para fundamen</p> <p>Agência(s) financiadora(s) do discente ou autor tese/dissertação:</p> <p>Idioma(s): Português</p> <p>Dependência administrativa Federal</p> <p>Resumo tese/dissertação: O Método Mãe-Canguru (MMC) tem sido proposto como um novo modelo de intervenção neonatal. Este estudo buscou contribuir para a compreensão do MMC como uma intervenção neonatal favorecedora do desenvolvimento motor de bebês pré-termo extremos, tendo como objetivos (1) comparar os efeitos do MMC sobre o desenvolvimento motor de bebês pré-termo extremos egressos de UTI-N com os de bebês de maior idade gestacional, (2) caracterizar o desenvolvimento motor de bebês pré-termo extremos submetidos ao MMC, comparativamente ao de bebês pré-termo extremos submetidos à rotina tradicional, (3) analisar possíveis relações entre o desenvolvimento motor de bebês pré-termo extremos e elementos do MMC, como contato pele a pele, aleitamento materno e realização dos cuidados pelas mães. Participaram 12 bebês nascidos a termo e 66 bebês pré-termo, alocados em 3 grupos: o grupo controle 1 (GC1), de bebês pré-termo submetidos a rotina tradicional, subdividido em um grupo de 15 bebês com menos de 32 semanas de idade gestacional (GC1<32s) e um outro de 19 bebês com idade gestacional entre 32 e 36 semanas (GC1>32s), o grupo mãe-canguru (GMC) submetido ao MMC durante o período diurno, desde a estabilidade clínica até a alta hospitalar, subdividido em um grupo de 15 bebês com menos de 32 semanas de idade gestacional (GMC<32s) e um outro de 17 bebês com idade gestacional entre 32 e 36 semanas (GMC>32s), e o grupo controle 2 (GC2), com 12 bebês a termo. O desenvolvimento motor foi avaliado longitudinalmente com a Alberta Infant Motor Scale (AIMS), mensalmente até os 6 meses e depois aos 9, 12, 14 e 16 meses de idade (corrigida para os pré-termo). Os bebês do GC1<32s apresentaram atraso no desenvolvimento motor, sobretudo no primeiro semestre de vida. Os bebês dos grupos GC1>32s, GMC<32s, GMC>32s e GC2 não apresentaram diferenças entre si na trajetória do desenvolvimento motor indicando que o MMC favoreceu o desenvolvimento motor de bebês pré-termo extremos, sendo este similar ao dos bebês a termo. O aleitamento materno correlacionou-se positivamente com maiores pontuações na escala AIMS nos bebês pré-termo extremos aos 3 e 6 meses de idade, assim como a realização dos cuidados pelas mães aos 6 meses de idade. A variabilidade da exposição ao contato pele a pele (entre 74 e 255 horas) não foi associada com a variabilidade das pontuações na escala AIMS, no primeiro ano de vida. O MMC pode ser considerado um modelo de intervenção neonatal favorecedor do desenvolvimento motor em bebês pré-termo extremos durante os primeiros meses de vida, contribuindo também para a humanização do cuidado neonatal, para a capacitação das mães nos cuidados com seus bebês e para a promoção do aleitamento materno.</p>

7)

RESUMO
<p>Regina Helena V. Torkomian Joaquim. Capacitação de mães de bebês pré-termo como agentes de promoção do desenvolvimento, no ambiente hospitalar. 01/02/2008</p> <p>2v. 392p. Doutorado. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - EDUCAÇÃO ESPECIAL (EDUCAÇÃO DO INDIVÍDUO ESPECIAL)</p> <p>Orientador(es): Ana Lúcia Cortegoso</p> <p>Biblioteca Depositária: Biblioteca Comunitária da UFSCar</p> <p>Email do autor:</p> <p>Palavras - chave: desenvolvimento infantil; bebês prematuros; Educação Especial</p> <p>Área(s) do conhecimento: EDUCAÇÃO ESPECIAL</p> <p>Banca examinadora: Ana Lúcia Cortegoso Ana Lúcia Rossito Aiello Denize Rosana Rubano Ilza Zenker Leme Joly Maria Stella Coutinho de Alcantara Gil Olga Mitsue Kubo</p> <p>Linha(s) de pesquisa: PRÁTICAS EDUCATIVAS: PROCESSOS E PROBLEMAS Estuda processos envolvidos nas práticas educativas, e no aperfeiçoamento dessas práticas para a promoção do desenvolvimento e da aprendizagem de pessoas com necessidades educativas especiais, compreendendo as inter-relações entre desenvolvimento e apren</p> <p>Agência(s) financiadora(s) do discente ou autor tese/dissertação:</p> <p>Idioma(s): Português</p> <p>Dependência administrativa Federal</p> <p>Resumo tese/dissertação: Este projeto visou produzir conhecimento sobre necessidades e possibilidades de capacitação de mães de bebês pré-termo para atuar como agentes de promoção do desenvolvimento, durante a internação hospitalar destes bebês. Foi desenvolvido por meio de dois estudos articulados, implementados em uma instituição hospitalar, tendo como participantes mães ou cuidadores que tinham bebês internados na instituição, além dos profissionais que atuavam no serviço que abriga estes bebês após alta médica da UTI neonatal e aguardam alta da internação. O Estudo 1 corresponde ao exame do processo de elaboração de um programa de ensino destinado a capacitar estas mães ou cuidadores dos bebês durante a permanência destas crianças neste ambiente, que incluiu desenvolver recursos para capacitação de mães de bebês pré-termo para lidar com seus filhos durante a estadia destes bebês em internação pós-UTI neonatal, considerando as necessidades e peculiaridades deste tipo de situação; identificar os procedimentos utilizados pela equipe para prepará-las neste sentido, por meio de entrevistas e observações (diretas ou por meio de filmagem) de situações de interação mãe-bebê e mãeprofissionais; propor objetivos e condições de ensino compatíveis com tais necessidades e recursos disponíveis. Deste estudo resultou um programa de ensino modular, com unidades correspondentes a conjuntos de habilidades relevantes, em relação às quais foram previstas informações, demonstrações e treinamento em exercício. No Estudo 2, que corresponde à avaliação dos recursos de ensino propostos como condição para capacitação de mães de bebês pré-termo, a partir da implementação de unidades do programa junto a um conjunto de mães de bebês pré-termo, durante sua estadia no ambiente hospitalar, foram obtidas informações destinadas a indicar a eficiência do programa para promover tais habilidades, pelo menos no âmbito do relato verbal das mães participantes. Para tanto, foram realizadas observações diretas da ação destas mães (antes, durante e após a implementação das unidades de ensino a que cada uma foi submetida) e entrevistas (antes e após as atividades de ensino). Tais observações indicaram impacto das atividades implementadas ao revelar mudanças tanto no relato verbal quanto em propriedades de condutas das mães ao interagir com os bebês, bem como propiciaram melhor compreensão sobre condições favorecedoras e desfavorecedoras do preparo da mãe para lidar com seus bebês, em função da rotina e características da situação em que se dá a transição do bebê da UTI neonatal para sua casa.</p>

8)

RESUMO

Regina Vitale Torkomian Joaquim (M). EFEITOS DA ESTIMULAÇÃO TÁTIL DE AUDITIVA PARA BEBÊS DE ALTO RISCO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. 01/02/2000

1v. 89p. Mestrado. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - EDUCAÇÃO ESPECIAL (EDUCAÇÃO DO INDIVÍDUO ESPECIAL)

Orientador(es): Olga Mitsue Kubo

Biblioteca Depositária: Biblioteca Comunitária da UFSCar

Email do autor:**Palavras - chave:**

Bebês prematuros; Estimulação tátil; Neonato de alto risco

Área(s) do conhecimento:

EDUCAÇÃO ESPECIAL

Banca examinadora:

Ana Lúcia Cortegoso

José Rubens Rebelatto

Olga Mitsue Kubo

Silvio Paulo Botomé

Linha(s) de pesquisa:

CURRÍCULO FUNCIONAL: IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROGRAMAS ALTERNATIVOS DE ENSINO ESPECIAL. Desenvolve estudos para a identificação, descrição e superação de necessidades educacionais especiais, propondo, implementando e avaliando programas educacionais.

Agência(s) financiadora(s) do discente ou autor tese/dissertação:

CNPq

Idioma(s):

Português

Dependência administrativa

Federal

Resumo tese/dissertação:

Com o objetivo de verificar de que modo a estimulação tátil e auditiva, utilizando o toque e a música, interferem no processo clínico de prematuros em unidade de terapia intensiva, foi elaborado um procedimento para ser desenvolvido na unidade de terapia intensiva da Santa Casa de Misericórdia de uma cidade de médio porte no estado de São Paulo e contou com a participação de dois sujeitos do sexo feminino, prematuros, com peso ao nascimento por volta de 1.500g, sem anomalias congênitas e do sistema nervoso central e que necessitaram de internação em UTI. Foi utilizado um delineamento de linha de base múltipla. Os procedimentos das estimulações foram inseridos na rotina da UTI e consistiam de 12 minutos de estimulação tátil pelo toque sobre o abdômen do neonato e de 10 minutos de estimulação auditiva pela música (cantigas de ninar) cantadas "ao vivo" na portinhola da incubadora mais próxima à sua cabeça. Os indicadores fisiológicos dos efeitos das estimulações utilizados foram: frequência cardíaca, frequência respiratória; temperatura corporal; volume de O² suplementar; nutrientes orais ingeridos; ocorrência de episódios de apnéia; intercorrências clínicas e ganho de peso. Os resultados permitiram demonstrar que as estimulações alteram alguns indicadores fisiológicos, principalmente a frequência cardíaca, frequência respiratória e temperatura corporal, não havendo um padrão único para os dois sujeitos, o que indica a necessidade de mais estudos sobre a influência desses e outros tipos de estimulação sobre o progresso clínico de neonatos prematuros.

9)

RESUMO

Teresa Cristina Brito Ruas. Avaliação do comportamento visuomotor de lactentes nascidos pré-termo durante o primeiro trimestre de vida: medida para proteção da saúde ocular. 01/11/2006

2v. 148p. Mestrado. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS - EDUCAÇÃO ESPECIAL (EDUCAÇÃO DO INDIVÍDUO ESPECIAL)

Orientador(es): Cláudia Maria Simões Martinez

Biblioteca Depositária: Biblioteca Comunitária da UFScar

Email do autor:**Palavras - chave:**

visão; bebês prematuros; prevenção; Educação Especial

Área(s) do conhecimento:

EDUCAÇÃO ESPECIAL

Banca examinadora:

Cláudia Maria Simões Martinez

Heloisa Gagheggi Ravanini Gardon Gagliardo

Maria Amelia Almeida

Linha(s) de pesquisa:

ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA EM EDUCAÇÃO ESPECIAL: PREVENÇÃO DE DEFICIÊNCIAS Estuda fatores de risco em relação às necessidades educativas especiais e desenvolve procedimentos para diagnóstico e prevenção que possam ser aplicados em serviços públicos de educação e saúde, com objetivos de atenção primária e secundária.

Agência(s) financiadora(s) do discente ou autor tese/dissertação:

CAPES - DS

Idioma(s):

Português

Dependência administrativa

Federal

Resumo tese/dissertação:

A função primária da visão está ligada às conquistas do desenvolvimento infantil. Sabese que o desenvolvimento do comportamento visual ocorre diante da recepção e captação dos estímulos visuais pelas células retinianas e transmissão destes para o córtex cerebral pelas vias neurológicas da visão. Este processo de maturação neurológica ocorre à medida que chegam os estímulos visuais e mais sinapses vão sendo realizadas pelas células neurais, favorecendo o desenvolvimento visual normal. A prematuridade é reconhecida como importante indicador de risco para morbidades sobre o desenvolvimento infantil e desenvolvimento visuomotor. Desta forma, um acompanhamento especial deve ser destinado aos lactentes com chances de apresentar algum comprometimento visuomotor neste período. Diante do exposto, este estudo tem como objetivo avaliar o comportamento visuomotor de lactentes com indicador de risco para alterações no desenvolvimento, em seguimento longitudinal, durante o primeiro trimestre de vida. Os lactentes selecionados são aqueles que fazem parte do Programa de Detecção de Alterações Auditivas em Neonatos (DAANE), no Centro de Estudos e Pesquisas em Reabilitação "Prof. Dr. Gabriel Porto", da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (CEPRE/FCM/UNICAMP). A amostra do estudo é composta por dois grupos independentes de 21 lactentes cada um. O grupo experimental é composto por lactentes pré-termo com idade gestacional menor que 37 semanas completas de gestação e com idade corrigida entre 1 e 3 meses. O grupo controle tem população equivalente, porém são lactentes a termo com idade gestacional entre 37 semanas completas e 41 semanas e 6 dias, com idade cronológica entre 1 e 3 meses. Nesta proposta, cada lactente foi avaliado três vezes, com periodicidade definida, por meio do Método de Avaliação da Conduta Visual de Lactentes. Os dados foram armazenados nos moldes de arquivo para o banco de dados do programa Statistical Package for Social Sciences for Personal Computer (Versão 14) e receberam uma análise estatística, utilizando-se a prova "Q" de Cochran para comparar os três meses (avaliações) de cada grupo e o teste de Yates para comparar diretamente os dois grupos em cada mês. Os resultados das avaliações demonstraram que, apesar da linearidade da sequência das aquisições visuomotoras serem semelhantes entre lactentes a termo e lactentes pré-termo, o ritmo e o padrão de desenvolvimento visuomotor de lactentes pré-termo diferencia-se dos lactentes a termo. A aquisição da grande maioria das funções oculomotoras e apendiculares no primeiro e segundo meses de vida ocorre de forma mais rápida e freqüente nos lactentes a termo. Frente a estes resultados, discute-se a importância da correção da idade gestacional nos processos avaliativos do comportamento visuomotor de lactentes de risco. Além disso, o presente estudo apresentou um material de suporte informacional e instrumental destinado aos pais, acerca do desenvolvimento visual normal até o sexto mês de vida. Desta forma, este estudo contribuiu para um maior conhecimento sobre o comportamento visuomotor de lactentes pré-termo, bem como possibilitou a detecção oportuna de possíveis sinais indicativos de comprometimento visuomotor e encaminhamento a serviços médicos para diagnóstico.

10)

RESUMO
<p>DANIELA LOBO D'AVILA. A PREMATURIDADE E O EXTREMO BAIXO PESO COMO FATOR DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL. 01/03/2008</p> <p>1v. 154p. Mestrado. UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - EDUCAÇÃO Orientador(es): Maria Alcione Munhóz Biblioteca Depositária: CENTRAL E SETORIAL</p> <p>Email do autor:</p> <p>Palavras - chave: educação especial, desenv. infantil; prematuridade;</p> <p>Área(s) do conhecimento: EDUCAÇÃO</p> <p>Banca examinadora: CLARISSA SELIGMAN GOLBERT Maria Inês Naujorks</p> <p>Linha(s) de pesquisa: Educação Especial Desenvolve investigações a respeito da diferença e da inclusão. Explora temas como:avaliação, deficiência mental, altas habilidades,surdez e políticas públicas de Educação Especial.</p> <p>Agência(s) financiadora(s) do discente ou autor tese/dissertação: CAPES - DS</p> <p>Idioma(s): Português</p> <p>Dependência administrativa Federal</p> <p>Resumo tese/dissertação: RESUMO Dissertação de Mestrado Programa de Pós-Graduação em Educação Universidade Federal de Santa Maria A PREMATURIDADE E O EXTREMO BAIXO PESO COMO FATOR DE RISCO AO DESENVOLVIMENTO INFANTIL AUTORA: DANIELA LOBO D'AVILA ORIENTADORA: MARIA ALCIONE MUNHÓZ CO-ORIENTADOR: FLEMING SALVADOR PEDROSO Data e Local da Defesa: Santa Maria, 31 de março de 2008. Este estudo desenvolveu-se na linha de pesquisa em Educação Especial do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). O trabalho buscou pesquisar o desenvolvimento infantil de crianças nascidas prematuras e com extremo baixo peso (EBP), ou seja, com peso abaixo de 1000g, atendidas na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2005. Foram consideradas, como variáveis principais do desenvolvimento infantil, as aquisições das habilidades motoras e da linguagem, sendo avaliadas por meio da entrevista familiar e do Teste de Triagem de Denver II (TTDD II). Nos três anos estudados 33 RN obtiveram alta hospitalar. Dentre estes, 10 RN foram selecionados por serem moradores da cidade de Santa Maria/RS. Pode-se verificar que 70% das crianças indicaram uma maior suspeita e/ou atraso nas funções da linguagem, ressaltando que, desse índice, apenas 10% está relacionado ao motor. Indicou-se ainda que quanto maior o índice de intercorrências diagnosticadas no período neonatal, maior foi o índice de suspeita de atraso na linguagem descritas pelo TTDD II, no seu desenvolvimento posterior, corroborando com os critérios de prematuridade e EBP como fator de risco ao desenvolvimento infantil posterior. Nesse sentido, a responsabilidade de áreas educacionais como a Educação Especial continua na qualidade de sobrevivência e na estimulação destas crianças, como um empreendimento primordial da prevenção secundária, incentivando as áreas potenciais na prevenção de possíveis atrasos conseqüentes ao desenvolvimento infantil. Palavras-chave: educação especial, desenvolvimento infantil, prematuridade e extremo baixo peso.</p>

11)

RESUMO

Olga Oliveira Passos Ribeiro. "UM OUTRO OLHAR: HISTÓRIA DE VIDA DOS MÉDICOS DOS SERVIÇOS DE REFERÊNCIA NO ATENDIMENTO AOS BEBÊS DE ALTO RISCO E PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO".. 01/01/2001

1v. 150p. Mestrado. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - EDUCAÇÃO

Orientador(es): Rosana Glat

Biblioteca Depositária: Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Email do autor:

olga@sincout.com.br

Palavras - chave:

Médico de referência, bebê de alto risco,

Área(s) do conhecimento:

EDUCAÇÃO ESPECIAL

Banca examinadora:

Eloiza da Silva Gomes de Oliveira

Rosana Glat

Rosângela da Silva Santos

Linha(s) de pesquisa:

Educação Especial Propostas psico-educacionais para deficientes e idosos; integração de deficientes e idosos; prevenção de acidentes e deficiência; comunicação alternativa via computador; visão psicossocial da deficiência e da velhice; altas habilidades.

Agência(s) financiadora(s) do discente ou autor tese/dissertação: CNPq**Idioma(s): Português****Dependência administrativa**

Estadual

Resumo tese/dissertação:

O objetivo do presente estudo é realizar o perfil dos profissionais envolvidos no atendimento aos bebês de alto risco e portadores de necessidades especiais (deficiências), médicos e professores, através da análise de suas histórias pessoais. Os dados obtidos propiciarão a criação de programas de preparação de recursos humanos para o atendimento dessas crianças desde a maternidade às salas de estimulação da educação infantil. A compreensão da ação preventiva voltada à educação, facilitará a transformação da escola e comunidade num espaço inclusivo e democrático. Também serão discutidas a interdisciplinaridade, assim como as propostas da transdisciplinaridade, para que o trabalho com os bebês especiais, assumam desde cedo, ações e procedimentos verdadeiramente integrados.

12)

RESUMO

Mirna Miguel Passos. "ESTUDO DESCRITIVO DOS COMPORTAMENTOS COMUNICATIVO E SIMBÓLICO PARA UM GRUPO DE RISCO: CRIANÇAS NASCIDAS PREMATURAMENTE, DE BAIXO PESO, NA FAIXA ETÁRIA DE 08 MESES À 24 MESES".. 01/03/1999

1v. 79p. Mestrado. UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - EDUCAÇÃO

Orientador(es): Leila Regina d'Oliveira de Paula Nunes

Biblioteca Depositária: Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Email do autor:**Palavras - chave:**

Educação, Educação Especial, Comunicação

Área(s) do conhecimento:

CIÊNCIAS HUMANAS

EDUCAÇÃO

EDUCAÇÃO ESPECIAL

Banca examinadora:

Francisco de Paula Nunes Sobrinho

Jacy Perissinoto

Leila Regina d'Oliveira de Paula Nunes

Linha(s) de pesquisa:

Educação Especial Propostas psico-educacionais para deficientes e idosos; integração de deficientes e idosos; prevenção de acidentes e deficiência; comunicação alternativa via computador; visão psicossocial da deficiência e da velhice; altas habilidades.

Agência(s) financiadora(s) do discente ou autor tese/dissertação:

CAPES - DS

Idioma(s):

Português

Dependência administrativa

Estadual

Resumo tese/dissertação:

A prevenção da ocorrência de condições de excepcionalidade na primeira infância constitui-se em ação prioritária da Educação Especial e ciências afins. Ações preventivas implicam na identificação dos indivíduos susceptíveis de desenvolver a condição excepcional antes que a mesma se instale. O enfoque desta pesquisa é a comunicação em um grupo de risco, através de suas manifestações simbólicas e comportamentais. Neste estudo procuramos descrever os comportamentos comunicativos e simbólicos de bebês pré-termos e baixo peso ao nascimento. A amostra deste estudo constituiu-se de quatorze bebês, que tinham idades entre oito e vinte e quatro meses no início do estudo, e apresentavam como principal característica a prematuridade e o baixo peso ao nascimento. Foram eliminados do estudo os bebês que apresentavam qualquer suspeita de deficiência auditiva e/ou visual, assim como aqueles com qualquer malformação congênita e/ou síndrome. Comparando-se os resultados dos bebês pré-termos de baixo peso, do presente estudo, com a população utilizada para a padronização da Escala de comportamentos Comunicativos e Simbólicos (Wetherby & Prizart, 1992), foi possível observar que todos os bebês estudados apresentaram seu desempenho comunicativo e simbólico dentro da normalidade, no entanto os aspectos simbólicos apresentaram performance inferior aos aspectos comunicativos. Pode-se concluir que: 1) a estimulação diminuída ou exagerada frente ao bebê pré-termo de baixo peso leva à pouca exploração de atividade e brinquedos; 2) na amostra deste estudo foi encontrado um desempenho baixo no que se refere à vocalização e verbalização. Acreditamos que a informação adequada à nível de saúde e educação em relação as etapas do desenvolvimento global da criança, em especial no que se refere à comunicação, e a informação sobre o desenvolvimento de bebês que nascem prematuramente possam auxiliar na interação mãe-bebê e num desempenho melhor dos bebês prematuros.