Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Fisioterapia

Elisa de Jesus Valenzuela
Gabriela Gomes de Campos

FUNCIONALIDADE DE CRIANÇAS NASCIDAS PREMATURAS EM IDADE ESCOLAR

Juiz de Fora
2014

ELISA DE JESUS VALENZUELA
GABRIELA GOMES DE CAMPOS

FUNCIONALIDADE DE CRIANÇAS NASCIDAS PREMATURAS EM IDADE ESCOLAR

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

Orientadora: Profa. Dra. Paula Silva de Carvalho Chagas
Coorientadora: Mestranda Natalia Trindade de Souza

Juiz de Fora
2014

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de geração automática da Biblioteca Universitária da UFJF, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

de Jesus Valenzuela, Elisa . FUNCIONALIDADE DE CRIANÇAS NASCIDAS PREMATURAS EM IDADE ESCOLAR / Elisa de Jesus Valenzuela. -- 2014.
60 p.

Orientador: Paula Silva de Carvalho Chagas
Coorientador: Natalia Trindade de Souza
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Fisioterapia, 2014.

1. Funcionalidade. 2. Prematuridade. 3. Idade escolar. I. Silva de Carvalho Chagas , Paula, orient. II. Trindade de Souza, Natalia, coorient. III. Título.

Gabriela Gomes de Campos

Elisa de Jesus Valenzuela

"FUNCIONALIDADE DE CRIANÇAS QUE NASCERAM PREMATURAS EM IDADE ESCOLAR"

O presente trabalho, apresentado como pré-requisito para aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II, da Faculdade de Fisioterapia da UFJF, foi apresentado em audiência pública a banca examinadora e **aprovado** no dia 05 de dezembro de 2014.

Paula S. de C. Chagas

Profª Paula Silva de Carvalho Chagas

Natalia Trindade de Souza

Natalia Trindade de Souza

Érica Cesário Defilipo

Profª. Érica Cesário Defilipo

André Januário da Silva

Andréa Januário da Silva

Agradecimentos Elisa

Gostaria de prestar meus agradecimentos às pessoas que contribuíram para a conclusão deste trabalho e do curso de graduação,

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, que me iluminou, guiou e deu forças para enfrentar todas as dificuldades.

Agradeço em especial a minha mãe Maria Fernanda, a qual sempre foi meu exemplo de garra, dedicação e vitória. Obrigada pelo seu cuidado e dedicação imensuráveis que me fizeram acreditar em todos os momentos de minha vida que tudo é possível. A minha irmã Nayara que apesar de estar longe, esteve presente nos momentos bons e ruins de minha vida, me passando segurança com palavras e ações de amor e amizade dia após dia. Ao meu namorado Henrique, por todo seu amor, carinho, estando sempre ao meu lado me dando forças para continuar Eu amo vocês!

À minha família, em especial a minha avó Silvia, ao avô José, a tia Vania, a Tia Fátima, a Tia Silvinha, ao Tio Claudio e ao Tio Marcelo, por sua capacidade de acreditar e investir em mim. Sem vocês nada disso seria possível.

Aos meus amigos Molise, Júlia, Juliana, Mariana, Barbara, Amanda Patricia e Isabella, pelo apoio, carinho, alegrias e tristezas compartilhadas Também aos colegas de curso, em especial a Kenya que me ajudou no momento mais difícil da minha vida, pela amizade e companheirismo nesses cinco anos

À professora orientadora Paula Chagas e coorientadora Natalia Trindade, pela amizade, paciência, apoio, orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desta monografia.

A minha dupla Gabriela Gomes, pelos conhecimentos compartilhados, pela parceria e dedicação. Valeu apena todos os momentos de angústia e alegria compartilhados!

A todos os professores do curso de Fisioterapia da UFJF, que através de seus conhecimentos e experiências compartilhadas, foram muito importantes na minha vida acadêmica, me fazendo apaixonar pela profissão. .

A todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena, o meu muito obrigado!

“Ler como a ação do vento, é ser
gostosamente levado, rasgado e
ensinado. Some a essa gostosura a
liberdade de todo o processo mesmo
porque interpretando, nada mais fazemos
que movimentar e relacionar recordações
que são sempre propriedades
exclusivamente nossas”.
Ezequiel Theodoro da Silva

Elisa de Jesus Valenzuela

Agradecimentos Gabriela

Agradeço primeiramente a Deus pelas bênçãos e por ser sempre minha fortaleza em todos os momentos.

Aos meus pais que são a personificação do meu amor, meu chão, meus melhores amigos, heróis, que sempre estiveram ao meu lado e são minha inspiração de querer cada vez mais vencer na vida, sou muito honrada em ser filha de vocês. Amo vocês.

Agradeço também aos meus irmãos Diogo e Juliana pela irmandade, por serem meu exemplo otimismo e de insistência em vencer e por me ensinarem a importância de saber administrar a convivência.

À minha avó Maria Aparecida que apesar de nos deixar tão cedo, sempre foi meu exemplo de tudo que há de melhor e está em meus pensamentos diários.

À minha tia Marilde e a minha madrinha Maria das Graças por todo amor e carinho.

Eu agradeço também a um dos maiores e mais importantes presentes da minha vida, minha afilhada Loren, que traz luz para os meus dias.

Ao meu namorado Bruno esteve ao meu lado todos esses anos me dando apoio, carinho e incentivo, sem deixar que eu perdesse o ânimo e coragem nos momentos mais difíceis.

Aos amigos que fiz na Faculdade e que foram tão importantes nessa caminhada.

À todos os meus amigos e parentes que sempre torceram para que eu conseguisse alcançar meus objetivos.

À nossa orientadora Paula e nossa co-orientadora Natalia, pela paciência, orientação e dedicação desde o início desse trabalho. Por serem pessoas que me deram inspiração profissional e de querer ser sempre melhor no que faço.

À Elisa, minha dupla, pela parceria e companheirismo neste trabalho. Só nós sabemos as dúvidas e ansiedades vividas nesse tempo.

Aos pais e seus filhos participantes desse estudo, que foram fundamentais para a realização do mesmo.

Aos professores e supervisores de estágio que passaram em minha vida durante essa caminhada de 5 anos.

Agradeço também aqueles que não acreditaram na minha vitória, vocês não

imaginam a força que me deram para levantar nos momentos difíceis.

Por fim, fica aqui o meu agradecimento a todos que fazem e fizeram a diferença na minha vida durante essa jornada!

Obrigada!

Gabriela Gomes de Campos

RESUMO

A prematuridade é um dos diversos fatores de risco que podem comprometer o crescimento e o desenvolvimento dos indivíduos. O objetivo desse estudo foi avaliar a funcionalidade das crianças que apresentaram a prematuridade como fator de risco biológico e que estavam em idade escolar, comparando-as com crianças nascidas a termo. Desta forma, este estudo transversal foi composto por 49 crianças e seus cuidadores que foram divididos em dois grupos. Foi utilizado como instrumento o Inventário de Avaliação Pediátrica (PEDI), juntamente com o preenchimento de Protocolo de Registro da Criança e o Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP). Na análise estatística foram utilizados os testes teste Qui-quadrado ou exato de Fisher para verificar se haviam diferenças entre as variáveis categóricas e teste-t para grupos independentes, afim de analisar a equivalência entre grupos nas variáveis ordinais. Foram encontradas diferenças significativas, em relação às variáveis idade gestacional, peso ao nascimento e intercorrências no período perinatal ($p=0,0001$, respectivamente), além disso, as variáveis escolaridade da criança, irmão com deficiência, emprego da mãe, pais vivem juntos e número de filhos, também foram diferentes entre os grupos ($p<0,05$). Não foram observadas diferenças significativas no desempenho funcional de crianças nascidas prematuras na idade escolar quando comparadas com crianças com nascidas a termo. Os resultados deste estudo apontam para uma similaridade no desempenho funcional entre crianças que nasceram prematuras e crianças que nasceram a termo na idade escolar. Possivelmente, os efeitos negativos da prematuridade não representam mais uma ameaça a funcionalidade quando as crianças atingem a idade escolar.

Palavras-chaves: Prematuridade, crianças, idade escolar, funcionalidade

ABSTRACT

Prematurity is one of several risk factors that can compromise the growth and development of individuals. The aim of this study was to evaluate the functionality of children that present prematurity as a biological risk factor and were in school age, in comparison with children born at term. Thus, this cross-sectional study consisted of 49 children and their caregivers who were divided into two groups. Pediatric Evaluation of Disability Inventory was used, together with the registration protocol of thechild and the Economic Criterion Classification Brazil (ABEP). Statistical analyzes were performed using Chi-square test or Fisher exact test to verify if there were differences between categorical variables and t-test for independent groups in order to analyze the equivalence between groups in ordinal variables. Significant differences were found in relation to the variables gestational age, birth weight and complications in the perinatal period ($p = 0.0001$, respectively), in addition, the variables education of the child, disabled brother, mother's employment, parents that were married and number of children, were also different between groups ($p<0.05$). No significant differences were observed in functional performance of children born preterm at school age compared with children born at term. The results of this study point to a similarity in functional performance among children born preterm and infants born at term at school age. Possibly, the negative effects of prematurity represent no longer a threat to functionality when children reach school age.

Keywords: Prematurity, children, school age, functionality

LISTA DE TABELAS

TABELA1 - Características descritivas da amostra, Grupo Prematuro (GP) e Grupo a termo (GAT) **Pág. 27**

TABELA 2 – Análise das variáveis dependentes no teste PEDI entre os grupos GP e GAT **Pág. 28**

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP Critério de Classificação Econômica Brasil

AIG Adequado Para a Idade Gestacional

AVD's Atividades de Vida Diária

DP Desvios Padrões

GAT Grupo de Crianças a termo

GIG Grande Para a Idade Gestacional

GP Grupo Prematuro

IG Idade Gestacional

IPP Intercorrências no Período Perinatal

MI Mortalidade Infantil

MP Muito Prematuros

NE Nível Sócio Econômico

PE Prematuros Extremos

PEDI Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (Pediatric Evaluation Disability Inventory)

PIG Pequeno Para a Idade Gestacional

QV Qualidade de Vida

RN's Recém Nascidos

TCLE Termos de Consentimento Livre e Esclarecido

UTI Unidade de Terapia Intensiva

UFJF Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 155
2. OBJETIVOS 20
2.1. Objetivo Geral. 20
2.2. Objetivos Específicos 20
3. METODOLOGIA 21
3.1 Participantes 21
3.2 Instrumentos 22
3.3 Procedimentos 24
3.4 Análise Estatística 25
4. RESULTADOS 26
5. DISCUSSÃO 29
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 34
REFERÊNCIAS 35
ANEXOS 40
ANEXO 1 40
ANEXO 2 45
ANEXO 3 50
APENDICES 54
APÊNDICE 1A 54
APÊNDICE 2 57

1. INTRODUÇÃO

A prematuridade é um dos diversos fatores de risco que podem comprometer o crescimento e o desenvolvimento dos indivíduos (BECK et al., 2010), sua etiologia é multifatorial e sua classificação varia de acordo com a idade gestacional (IG) (DEMARTINI et al., 2011). Com relação à idade gestacional, é adotada a seguinte classificação: nascimento pré-termo (até a 37ª semana de gestação), nascimento a termo (entre a 38ª e 42ª semanas de gestação) e nascimento pós-termo (após a 42ª semana de gestação) (OMS, 2009). Os RN's prematuros podem ainda ser classificados de acordo com a IG sendo classificados como prematuros extremos - PE (IG até 28 semanas), muito prematuros - MP (IG de 29 a 32 semanas) e prematuros - PR (33 a 36 semanas de IG) (LEMOS et al., 2012; STEPHENS e VOHR, 2009; MOUTQUIN, 2003). Pode-se classificar RN's como: RN's extremo baixo peso (<1.000 g) (DATASUS), RN's muito baixo peso (< 1.500 g), RN's baixo peso (< 2.500g) e RN's com peso acima de 2.500 g (CARVALHO et al. 2001). E por fim, ainda pode ser classificado de acordo com o peso ao nascimento (inferior a 2.500 g), e crescimento intrauterino (relação de peso e idade gestacional) que o qualificará para adequado para a idade gestacional (AIG - peso entre percentis 10 e 90), pequeno para a idade gestacional (PIG - peso abaixo dos percentis 10 e 90) e grande para a idade gestacional (GIG - peso acima dos percentis 10 e 90) (MIRANDA et al., 2010).

O peso ao nascimento é considerado um dos principais indicadores de qualidade de vida (QV) do neonato, pois contribui intensamente para a mortalidade infantil e neonatal. Considera-se que o peso ao nascer, representa mais de 50% dos óbitos de crianças menores de 1 ano (MIRANDA et al., 2010). Os dados epidemiológicos mostram que, atualmente, cerca de 70% das mortes infantis ocorrem nos primeiros 28 dias de vida (UNICEF, 2013), sendo este período denominado período neonatal, e segundo a literatura a morbidade neonatal aumenta à medida em que diminui a IG (FORMIGA e LINHARES, 2008).

A combinação de fatores biológicos, sociais, culturais e de falhas no sistema de saúde podem levar à mortalidade infantil (MI), e as intervenções direcionadas a sua redução dependem tanto de mudanças estruturais relacionadas às condições de vida da população, quanto de ações definidas por políticas públicas de saúde

(FRANÇA e LANSKY, 2009). Para avançar ainda mais, especialmente para reduzir a mortalidade neonatal, o Ministério da Saúde, em parceria com os estados e municípios, vem implantando algumas estratégias como a Rede Cegonha, reforçando a qualidade no pré-natal e na assistência ao parto, além da expansão das UTI's neonatais (SESA/Ce, 2014).

Alguns estudos citam a prematuridade como a principal causa de morbimortalidade neonatal, mas com os constantes avanços científicos e tecnológicos associados à saúde, em especial em cuidados obstétricos e neonatais, a sobrevida dos lactentes nascidos em situações adversas tem aumentado (FORMIGA e LINHARES, 2008; LOPES e DUARTE, 2011). Do mesmo modo, França e Lansky (2009) afirmam que a prematuridade vem sendo registrada entre os principais grupos de causas de mortes peri e neonatal no mundo, e é considerada a maior causa de morte neonatal em todo o Brasil, seguida pelas infecções, asfixia/hipóxia e malformações congênitas (FRANÇA e LANSKY, 2009). Apesar desse inegável progresso, os RN's que requerem maior assistência neonatal são considerados de risco para alterações no desenvolvimento principalmente quando o nascimento é prematuro e/ou há presença de baixo peso ao nascer (LEMOS et al., 2010).

Segundo a Unicef (2013), um estudo denominado "Prematuridade e suas possíveis causas", apresentado em agosto de 2013, revelou que a prevalência de partos prematuros é de 11,7% em relação a todos os partos realizados no Brasil. Esse resultado iguala nosso país a outros de baixa renda, onde a prevalência é de 11,8%, enquanto em países considerados de renda média o percentual é menor, em torno de 9,4% (UNICEF, 2013). Devido a essa alta taxa de prevalência de partos prematuros no Brasil é de suma importância que os profissionais da saúde tenham o domínio sobre os efeitos e morbidades advindas do nascimento pré-termo e de baixo peso (RIECHI et al., 2009).

Dentre os fatores biológicos mais importantes e associados a prematuridade e ao baixo peso, estão incluídos: a icterícia, doença da membrana hialina, displasia bronco pulmonar, infecções (sepse, pneumonia), doenças metabólicas, hemorragia peri-intraventricular e danos cerebrais (CARVALHO et al., 2001; LEMOS et al., 2012; LEMOS et al., 2010; KELLY, 2006). Por esta razão, o grupo de prematuros e de baixo peso é considerado um grupo de alto risco para problemas no

desenvolvimento, pelo fato dessas crianças serem consideradas biologicamente imaturas, portanto alvo de constante preocupação entre os profissionais envolvidos na área da saúde (CARVALHO et al., 2001; VIEIRA e LINHARES, 2011).

Os problemas de saúde e no desenvolvimento podem comprometer múltiplas áreas sendo elas: motora, que envolvem execução de atividades; cognitivas, de comportamento, aprendizagem, linguagem, audição ou visão e no desempenho de atividades funcionais e de vida diária (LEMOS et al., 2012). Com relação à funcionalidade, segundo Zwicker e Harris (2008) em revisão sistemática da literatura apontam que crianças nascidas prematuramente ou com baixo peso, apresentam pior performance funcional nos aspectos físico, emocional e social do que crianças nascidas a termo, e que o mesmo acontece na adolescência (ZWICKER e HARRIS, 2008).

Mancini et al. (2004), em estudo transversal com 40 participantes, tiveram como objetivo avaliar o impacto da interação nascimento pré-termo e nível socioeconômico da família no desenvolvimento funcional e na independência em tarefas da rotina diária, em crianças de três anos de idade. O Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI) foi utilizado como instrumento de avaliação e os resultados demonstraram fatores significativos de interação entre as habilidades funcionas de mobilidade e a independência em função social. Neste estudo ficou evidenciada significativa diferença entre crianças nascidas pré-termo e a termo em nível sócio econômico baixo, pois crianças nascidas pré-termo apresentaram escores inferiores nos dois aspectos de desempenho funcional. Além disso, não foram observadas diferenças significativas nos grupos de crianças de nível socioeconômico alto, nas mesmas áreas (MANCINI et al., 2004).

Vieira e Linhares (2011), em estudo com objetivo de revisar publicações sobre o efeito do nascimento prematuro no desenvolvimento e qualidade de vida de crianças em idade pré-escolar e escolar, encontraram evidencias que indicam que crianças prematuras tem maior chance de apresentarem problemas de saúde e no desenvolvimento, quando comparadas às crianças nascidas a termo. A vulnerabilidade biológica desses indivíduos pode estar relacionada aos riscos psicossociais do contexto no qual eles estão inseridos, por isso tais crianças ficam expostas a uma condição de múltiplo risco, que pode ter um efeito negativo no seu desenvolvimento (VIEIRA e LINHARES, 2011).

Estudo transversal realizado por Lemos et al. (2012), com intuito de avaliar o desempenho funcional de crianças na fase pré-escolar nascidas com graus de prematuridade e baixo peso diferentes, também utilizou como instrumento o PEDI. Neste estudo, os autores encontraram atraso nas habilidades de auto cuidado, mobilidade e função social, e também no nível de assistência recebida do cuidador nas mesmas áreas (LEMOS et al., 2012).

Maggi et al. (2013) realizou um estudo transversal com 124 crianças com quatro anos de idade com objetivo de comparar o desenvolvimento motor, cognitivo e funcional de crianças nascidas pré-termo e a termo. Estas foram distribuídas em dois grupos distintos, de acordo com a idade gestacional e peso ao nascimento, pareadas com relação ao sexo, idade e nível socioeconômico. O instrumento de avaliação utilizado também foi o PEDI. Os autores encontraram na pesquisa que as crianças nascidas pré-termo tiveram menor repertório de habilidades e necessitaram de maior assistência do cuidador. Com esse estudo reforçou-se a ideia de que crianças nascidas pré-termo, de diferentes níveis socioeconômicos, são mais propensas a apresentarem alterações no desenvolvimento motor, cognitivo e funcional, detectáveis antes da idade escolar. (MAGGI et al., 2013).

Apesar dos muitos estudos dedicados a pesquisar os fatores que influenciam o desenvolvimento de crianças com nascimento prematuro e com baixo peso (BP) ao nascimento, ainda são escassas as evidências sobre a repercussão desses fatores sobre as capacidades funcionais, AVD's, independência e participação dessas crianças em seu contexto ambiental, à longo prazo, principalmente no Brasil (LEMOS et al., 2012).

Segundo Maggi et al. (2013), é importante investigar o desenvolvimento das crianças em idade escolar, considerando que uma avaliação focada na coordenação motora, desenvolvimento cognitivo e desempenho funcional, poderiam identificar antecipadamente os prematuros com risco para desenvolver transtornos do desenvolvimento, permitindo assim uma intervenção precoce, além de alertaros pais sobre as dificuldades dos seus filhos, durante o período de ingresso na escola (MAGGI et al., 2013).

Nesse sentido, torna-se importante avaliar a capacidade funcional da criança nascida prematura, pois determinará o perfil funcional delas para a realização de AVD's e para cumprir os papéis sociais esperados de uma criança fisicamente e emocionalmente saudável da mesma idade e cultura, incluindo atividades como alimentar-se, vestir-se, tomar banho, comunicar-se, mobilidade e jogos (STEPHENS e VOHR, 2009). Segundo Lemos et al. (2012), é através das habilidades funcionais e do nível de independência em áreas como de autocuidado, mobilidade e função social que as crianças se expressam, interagem e exercem suas atividades de inclusão na sociedade, como ir à escola, brincar com companheiros, aprender, e outras habilidades sociais, constituindo-se, portanto, como fator essencial para uma vida saudável e de qualidade no presente e no futuro quando adulta (LEMOS et al., 2012).

Dessa forma, o aumento da sobrevida de crianças prematuras é uma realidade que pode ter reflexo no desenvolvimento, principalmente quando esses indivíduos chegam à idade escolar, frente a mudanças de ambiente e a interação com outras crianças o que pode acarretar uma maior percepção de suas limitações funcionais. De acordo com a literatura, a prematuridade pode ter um impacto negativo no desenvolvimento da funcionalidade ao longo da vida dos indivíduos expostos a este fator de risco biológico (MAGGI et al. 2013). Devido a escassez de estudos sobre este tema, o estudo atual teve como objetivo avaliar a funcionalidade de crianças nascidas pré-termo comparando-as com seus pares nascidos a termo quando estas se encontram em idade escolar.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral: Avaliar a funcionalidade das crianças que apresentaram a prematuridade como fator de risco biológico e que estavam em idade escolar, comparando-as com crianças nascidas a termo.

2.2. Objetivos Específicos

- Descrever e comparar entre grupos características dos participantes (crianças que estivessem com idade entre 5 e 7 anos e frequentando a escola), em relação ao sexo, peso ao nascimento, intercorrências no período perinatal, idade gestacional, grau de prematuridade de acordo com a IG, escolaridade das crianças, idade no momento da avaliação, emprego dos pais, nível econômico da família, pais que vivem juntos, idade atual dos pais, número de filhos e presença de irmãos com deficiência.
- Comparar funcionalidade de crianças nascidas pré-termo com crianças a termo.

3. METODOLOGIA

3.1 Participantes

O presente estudo teve caráter transversal e faz parte de um estudo maior intitulado “QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE DE CRIANÇAS QUE NASCERAM PREMATURAS”. Os participantes do grupo prematuro (GP) foram selecionados a partir de banco de dados de estudos anteriores (SILVA, 2011 e FERREIRA, 2014) que utilizaram os registros da Secretaria Municipal de Saúde de nascidos vivos nas maternidades da cidade de Juiz de Fora e também por conveniência. Já os integrantes do grupo a termo, (GAT) foram selecionados apenas por conveniência, e de acordo com as características que permitissem o pareamento com o GP, que serão descritos abaixo. Além disso, todos deveriam ter entre 5 a 7 anos de idade e estarem inseridos no ambiente escolar. Os participantes foram divididos em dois grupos, o grupo prematuro (GP) e o grupo de crianças a termo (GAT). O GP foi composto por crianças que apresentaram histórico de prematuridade, enquanto os participantes do GAT, eram crianças nascidas a termo com peso ao nascimento acima de 2500 gramas, pareadas com o GP por sexo, idade e nível socioeconômico, e que não apresentaram histórico de internação nos últimos seis meses. Além disso, em ambos os grupos, as crianças deveriam não apresentar malformação congênita, alterações cromossômicas, paralisia cerebral ou outra condição de saúde que não atendia o critério de inclusão.

A faixa etária utilizada, de 5 a 7 anos, está relacionada a presença desses indivíduos no ambiente escolar, em fase inicial de aprendizagem, e que podem apresentar problemas no desenvolvimento motor (LEMOS et al., 2012; MAGALHÃES et al., 2003), nas funções executivas (ALLEN et al., 2011; LINHARES et al., 2000; ZOMIGNANI et al., 2009), além de distúrbios como déficit de atenção, problemas de comportamento e dificuldades sócio-emocionais (ALLEN et al., 2011).

3.2 Instrumentos

Foi utilizado como instrumento o Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (Pediatric Evaluation Disability Inventory PEDI) (ANEXO 1). O PEDI é um questionário que avalia o desempenho funcional de crianças de 6 meses a 7 anos e meio de idade ou que tenham desempenho motor dentro dessa faixa etária (MANCINI, 2005). Este questionário foi aplicado através de uma entrevista estruturada com o cuidador. Os entrevistadores foram treinados para a aplicação do instrumento, afim de garantir uma qualidade dos dados alcançando confiabilidade de intra e inter avaliadores superior a 0,8.

A escolha dos itens do PEDI foi baseada no desenvolvimento funcional infantil, ou seja, aquilo que a criança é capaz de realizar, não sendo analisada a forma que é utilizada pela criança para efetivar a atividade (MANCINI, 2005). Assim, o teste foi elaborado com o intuito de descrever de forma detalhada o desempenho funcional da criança, ter valor prognóstico e documentar modificações ao longo do tempo (MANCINI, 2005), tendo como objetivo testar as habilidades funcionais da criança em seu ambiente habitual. O questionário é formado por três partes. A primeira parte (Parte I) avalia as habilidades funcionais cotidianas disponíveis no repertório da criança. A segunda parte (Parte II) vê o seu nível de independência e a quantidade de ajuda que o cuidador precisa fornecer. A terceira parte (Parte III) são as modificações no ambiente que são necessárias. Em cada uma destas partes, são avaliados três domínios: o autocuidado, a mobilidade e a função social. Na primeira parte, buscam-se dados sobre a execução de habilidades funcionais realizadas pela criança, podendo esta receber pontuação 1 (um) se obtiver êxito na tarefa ou 0 (zero) se não for capaz ou se esta atividade não fizer parte da sua rotina, ou seja, nunca ter sido efetuada anteriormente. A segunda parte irá testar o nível de independência da criança e quanto ela necessita da assistência do cuidador, sendo nível de independência e nível de assistência do cuidador fatores inversamente proporcionais. (CHAGAS e MANCINI, 2008; MANCINI, 2005). A pontuação será realizada em uma escala de zero a cinco (onde 5 representa que a criança é totalmente independente para realizar suas atividades, 4 que requer supervisão, 3 necessita de mínima ajuda, 2 de auxílio moderado, 1 de ajuda máxima e 0 quando for totalmente dependente), sendo composta de 20 itens (8 de auto cuidado, 7 de mobilidade e 5 de função social). A terceira parte do PEDI relata as

modificações necessárias para realizar suas tarefas diárias. Nesta parte do teste, o avaliador deve pontuar de acordo com o tipo de modificação (N- nenhuma C - centrada na criança, R- modificação de reabilitação e E- extensiva) (MANCINI, 2005). Neste estudo, foram utilizadas somente as Partes I e II do teste.

Os participantes também foram caracterizados em relação ao nível econômico de acordo com a Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa (ABEP) - Critério de Classificação Econômica Brasil (ANEXO 2). Por meio deste questionário, foi avaliado o grau de escolaridade do chefe da família e será estimado o poder de compra, realizando uma divisão em classes econômicas. Os itens quantificados incluem: televisão em cores, rádio, automóvel, máquina de lavar, videocassete e/ou DVD, geladeira e freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex). Questiona-se também sobre a existência de empregada mensalista e sobre o número de banheiros na residência. Após o somatório de todos os itens, consideram-se pertencentes à classe A1 as famílias cuja pontuação varia de 42 a 46 pontos; a classe A2 compreende resultado entre 35 e 41 pontos; a classe B1 encontra-se a pontuação de 29 a 34 pontos; a classe B2 varia entre valores de 23 a 28 pontos; na classe C1 inclui o intervalo de 18 a 22 pontos; a classe C2, de 14 a 17 pontos; a classe D, com pontuação variando de 8 a 13; e a classe E com intervalo de 0 a 7 pontos (ABEP, 2014).

Outro instrumento utilizado no estudo foi o protocolo de registro da criança, o qual é um instrumento não validado, desenvolvido para este estudo. Através dele, foi realizada uma análise descritiva dos participantes, onde foi coletado nome do participante, sexo, idade, IG, peso ao nascimento, endereço, série escolar, presença de doenças, dados do pai e da mãe, presença de problemas de saúde (como respiratórios, de visão, auditivos e de fala, déficit de atenção e hiperatividade) por parte do participante, uso de medicação, intercorrências no período peri ou pós natal, renda familiar e per capita, auxilio de bolsa do governo, condição de moradia, presença de irmãos com deficiência e descrição do comportamento da criança pelo cuidador.

3.3 Procedimentos

Inicialmente, foi acessado o banco de dados de dois estudos anteriores (SILVA, 2011 e FERREIRA, 2014) afim de que se tivesse acesso ao número de telefone dos pais do GP. Os participantes dos dois grupos, GP e GAT, foram contactados através de seus pais por telefone. Neste contato, foram explicados os propósitos do estudo e seus devidos procedimentos. Após concordarem em pipar do estudo, foi realizada a marcação da entrevista, bem como o local de maior conveniência para os cuidadores e as crianças.

Dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram assinados pelo cuidador, um em seu nome e outro em nome da criança (APENDICE 1 A e B). Em seguida foram coletados os dados gerais da criança e da família com o cuidador para o preenchimento do Protocolo de Registro (APENDICE 2) e as informações necessárias para que a família fosse classificada quanto o Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2014) (ANEXO 2). Após estes passos, foi realizada uma entrevista estruturada com o cuidador principal da criança para a aplicação do teste PEDI.

Este estudo foi submetido para análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF em 31/03/2014, e aprovado sob o parecer, número 699.406 (ANEXO 3) no dia 24/06/2014 e a coleta de dados só teve início após a aprovação do referido comitê.

3.4 Análise Estatística

Foi utilizado o teste Qui-quadrado ou exato de Fisher, para verificar se haviam diferenças entre as variáveis categóricas e o test-t para grupos independentes afim de analisar a equivalência entre grupos nas variáveis ordinais.

Em todas as análises estatísticas foi considerado o nível de significância $\alpha = 0,05$, e o software Statistical Package for Social Sciences versão 15.0 (SPSS®, 2007) foi utilizado em todas as análises.

4. RESULTADOS

Foram selecionadas 53 crianças. Destas, 4 foram excluídas após a entrevista inicial por não atenderem os critérios de inclusão (1 criança tinha o diagnóstico de paralisia cerebral e 3 crianças a termo apresentavam baixo peso). Desta forma, o estudo foi composto por 49 crianças e seus cuidadores que, de acordo com a classificação da IG, foram divididas em 2 grupos: Grupo prematuros (GP) com 24 crianças e Grupo a termo (GAT) com 25 crianças.

Não foram encontradas diferenças significativas em relação à idade da criança (p= 0,821), sexo (p=0,396), problemas respiratórios (p=0,466), deficiência visual (p=0,110), atraso na fala (p=0,484), déficit de atenção (p= 0,255)) e hiperatividade (p=0,125), emprego do pai (p=0,368), água encanada (p=0,510), internet (p=0,238), NE (p=0,275), renda (bruta (p=0,867) e per capta (p=0,406), tipo de escola freqüentada (pública ou privada) (p=0,447), a escolaridade da mãe (p=0,208) e do pai (p=0,543), presença de doenças (p=0,548), uso de medicação continua (p=0,266), benefícios do governo (p=0,289), condição de moradia (p=0,599) e descrição do comportamento da criança pelo cuidador (p= 0,158), indicando similaridade entre os grupos nestas variáveis. As principais características descritivas dos dois grupos são apresentadas na Tabela 1.

Foram encontradas diferenças significativas, em relação às variáveis idade gestacional, peso ao nascimento e intercorrências no período perinatal (p=0,0001 respectivamente), além disso, as variáveis escolaridade da criança, irmão com deficiência, emprego da mãe, pais vivem juntos e número de filhos, também foram diferentes entre os grupos (p<0,05). Em relação à escolaridade da criança foi verificado que um maior número de crianças prematuras encontra-se no primeiro período escolar quando comparado às a termo (GP= 11 crianças e GAT=3 crianças) e, de forma inversa, um maior número de crianças a termo no primeiro fundamental (GAT= 8 crianças e GP=3 crianças). Houve diferença significativa entre os grupos na idade do pai atual (p=0,021), sendo essa maior entre os pais do GP, irmãos com deficiência, sendo observado mais irmãos com deficiência no grupo GP quando comparado ao grupo GAT (p=0,022). Foi verificado também que no grupo GP há mais mães sem emprego quando comparados ao grupo GAT (p=0,031) e que mais pais do grupo GP vivem juntos quando comparados ao grupo GAT (0,038). As famílias do grupo GP possuem mais filhos quando comparados ao grupo GAT

(p=0,002).

TABELA 1 - Características descritivas da amostra, Grupo Prematuro (GP) e Grupo a termo (GAT).

Variável descritiva		GP (n=24)	GAT(25)	P valor
Idade gestacional		31,46 (3,18)	38,80 (0,82)	0,0001*
Peso ao nascimento		1590,63 (706,44)	3207,76 (498,72)	0,0001*
Idade da criança		5,71(0,81)	5,76 (0,78)	0,821
Sexo	F	13	10	0,396
	M	11	15	
IPP	SIM	22 (78,6%)	6 (21,4%)	0,0001*
	NÃO	2 (9,5%)	19 (90,5%)	
NE-ABEP	A	2	6	0,275
	B1	8	3	
	B2	6	7	
	C1	6	6	
	C2	1	3	
	D	1	0	

Legenda: **GAT**: Grupo a termo; **GP**: grupo prematuro; **IPP**: Intercorrências no período perinatal; **NE-ABEP**: Nível Econômico; * p<0,005

Na tabela 2 estão descritas as áreas avaliadas do teste PEDI, de acordo com cada grupo. Após análise, observou-se que não houve diferenças significativas entre grupos em nenhuma das áreas do PEDI. Os valores estão descritos na tabela abaixo.

TABELA 2 – Análise das variáveis dependentes no teste PEDI entre os grupos GP e GAT.

PEDI	GRUPO	N	MÉDIA	DP	P VALOR
HFAC	GP	24	69,1	2,92	0,141
	GAT	25	67,6	3,75	
HFM	GP	24	58,1	1,25	0,250
	GAT	25	57,6	1,83	
HFFS	GP	24	57,4	3,44	0,225
	GAT	25	56,16	3,47	
ACAC	GP	24	34,4	4,52	0,333
	GAT	25	33,0	5,80	
ACM	GP	24	33,8	1,31	0,908
	GAT	25	33,8	1,57	
ACFS	GP	24	21,6	1,91	0,660
	GAT	25	21,8	2,13	

Legenda: GP: Grupo prematuro; GAT: Grupo a termo; PEDI=*Pediatric Evaluation of Disability Inventory*; N=número, HFAC=habilidades funcionais de autocuidado, HFM=habilidades funcionais de mobilidade, HFFS = habilidades funcionais função social, ACAC= assistência cuidador auto-cuidado, ACM =assistência cuidador mobilidade , ACFS= assistência cuidador função social, desvios padrões (DP) * $p<0.05$

5. DISCUSSÃO

Este estudo acrescenta conhecimento à literatura vigente sobre este tema, pela carência de estudos similares, comparando a funcionalidade das crianças que apresentaram a prematuridade como fator de risco biológico e que estejam em idade escolar, com crianças nascidas a termo. Os dois grupos apresentaram características descritivas semelhantes, apresentando diferenças significativas já esperadas em relação à IG e peso ao nascimento. Segundo Moreira et al., (2014), em seu estudo sobre os fatores que influenciam o desenvolvimento motor de crianças nascidas prematuras em idade escolar no Brasil, com idade entre 8 e 10 anos, verificou que quanto menor o peso ao nascer, maior era a probabilidade de a criança ter problemas motores (NOBRE et al., 2009; MOREIRA et at., 2014). Apesar da expectativa de diferenças na funcionalidade entre os grupos deste estudo, não foram observadas diferenças significativas no desempenho funcional de crianças nascidas prematuras na idade escolar quando comparadas com crianças com nascidas a termo.

A criança nascida com menos de 37 semanas de IG e com peso abaixo de 1500 gramas, constitui um grupo de risco, podendo ser identificados sinais de vulnerabilidade nas mesmas (LINHARES et al., 2000). Neste estudo foi encontrada diferença significativa entre os grupos na variável intercorrências no período perinatal (IPP) (p=0,0001), sendo essa, maior no grupo de crianças nascidas prematuramente quando comparadas ao grupo controle. Esse resultado corrobora com o que Lemos (2010) relata em seu estudo, onde a ocorrência de morbidades foi inversamente proporcional a IG e ao peso ao nascimento e uma mudança na faixa do peso ao nascimento e/ou IG para outra, já pode representar um prognóstico mais favorável.

Foi observado também que houve diferença significativa entre a idade atual do pai (p=0,021), sendo essa maior entre pais de crianças nascidas prematuramente quando comparado ao grupo a termo. Porém, não foram encontrados relatos na literatura sobre a relação da idade do pai com a prematuridade dos filhos. Alguns estudos relacionam a predição do parto prematuro a fatores como a idade materna menor que 21 ou maior que 36 anos (SALGE et al., 2009), porém na análise do estudo atual, a idade das mães não apresentou diferença significativa entre grupos.

Verificou-se também que não houve diferença significativa nas variáveis escolaridade do pai e da mãe, ocupação do pai e renda familiar. Segundo Ramos et al. (2009), a baixa escolaridade está associada ao baixo padrão socioeconômico, fator este que pode predispor a situação potencialmente de risco para a mãe e o recém-nascido, além de impedir o acesso a informações e orientações, restringir a capacidade de cuidado e assistência, dificultar o exercício de direitos e de cidadania. Logo, esta característica deve ser constantemente avaliada em estudos de famílias que tiveram filhos prematuros.

Outro ponto importante foi sobre a variável ocupação da mãe, Fraga et al (2008), encontraram relação entre a mãe estar no mercado de trabalho e o oferecimento por ela de um ambiente mais seguro e enriquecedor para a criança além das percepções maternas, mais positivas em relação aos seus filhos. Segundo Moreira et al. (2014) após análise da variável ocupação materna, verificou-se que as chances de as crianças que têm um desempenho motor normal foram maiores quando as mães trabalhavam fora de casa. É possível que isto esteja relacionado à maiores condições sócio-econômicas dessas famílias, que podem facilitar o acesso a brinquedos e outros recursos que promovem habilidades motoras (MARTINS et al., 2005; MOREIRA et. al, 2014). No estudo atual, esta variável nos mostrou que há mais mães desempregadas no GP quando comparadas ao GAT, o que poderá afetar estas percepções e o favorecimento de um ambiente estimulador para a criança.

Segundo Martins et al. (2005), em um estudo com o objetivo de comparar o desenvolvimento de crianças GP e GAT aos seis anos de idade, verificou uma tendência de haver diferença significativa entre os grupos apenas no que se refere à ocupação das mães (P=0,07). Já as variáveis escolaridade dos pais e ocupação dos pais mostraram que os grupos foram similares. Ainda neste estudo, descobriram que as mães de bebês prematuros eram mais propensas a ficar em casa do que as mães de recém-nascidos a termo. No entanto, eles sugeriram que, apesar desta presença física, aspectos relacionados com a interação entre o cuidador e a criança pré-termo, como os fatores emocionais e depressão materna, poderia levar a menor exploração do ambiente por parte da criança, o que pode resultar em atrasos no desenvolvimento (MARTINS et at., 2005; MOREIRA et al., 2014).

Nobre et al. (2009), avaliando os indicadores de desenvolvimento de crianças pré-termo no primeiro ano de vida, foi observado que no ambiente familiar, a maior parte dos os pais apresentam baixa escolaridade sendo que 57% das mães tinham primeiro grau completo e 29% segundo grau completo e 86% dos pais tinham primeiro grau completo. A maioria das mães eram do lar, sem trabalho remunerado (57%) e a maior parte dos pais encontravam-se empregados (85%). Um aspecto importante do estudo de Nobre et al. (2009), foi que os pais mantinham união estável na maior parte das famílias (85%) como o que foi observado também na análise dos resultados do presente estudo, indicando que a maioria dos pais do GP vivem juntos quando comprados ao GAT.

Apesar de não terem sido encontrados estudos que investigassem a relação entre o maior número de filhos e a prematuridade em famílias com filho prematuro, Ramos et al. (2009) comenta em seu estudo que a gemelaridade é um fator de risco para os nascimentos de baixo peso ao nascer, portanto pode ser considerada como um fator de risco para a mortalidade neonatal, pois a gravidez múltipla aumenta os riscos de complicações no período gestacional. Neto e colaboradores (2012), realizaram uma análise comparativa entre frequência de prematuridade e baixo peso ao nascer entre recém-nascidos de mães adolescentes (10 a 19 anos) e adultas (20 e 35 anos) e avaliaram alguns dados maternos e encontram resultados significativos entre o número de gestações (predominando maior número de primeiras gestações entre as adolescentes (70,3%) e maior número de segundas ou terceiras entre as adultas (26,9 e 53,3%). No presente estudo, a grande maioria das mães se enquadram no grupo de adultas além disso foi observada uma diferença significativa (p=0,002) entre as mães de filhos prematuros que tiveram mais filhos que mães de filhos a termo.

Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos no desempenho funcional segundo o teste PEDI, o que diferencia os resultados do presente estudo com os resultados de Lemos (2012) em seu estudo que também utilizou o PEDI com cuidadores de 114 crianças com idade acima de 2 anos (média de 4,3 anos). Tal estudo encontrou importantes índices de atraso no desenvolvimento funcional em habilidades para execução de atividades de vida diária e independência nas áreas de auto cuidado, mobilidade e função social entre crianças acompanhadas por um serviço de follow-up (25% dos participantes apresentou atraso em habilidades

funcionais e 32,7% em independência) (LEMOS et al., 2012). Essa diferença encontrada entre os resultados do estudo em questão e de Lemos (2012) pode ser explicada pela diferença de idade dos sujeitos. Segundo Carvalho (2001), a influência do ambiente social, tem seu efeito aumentado no desenvolvimento da criança prematura após o primeiro ano de vida. Aos dois anos de idade cronológica, a estimulação cultural e as boas condições socioeconômicas tendem a reduzir os efeitos do risco biológico, no caso a prematuridade e baixo peso (CARVALHO et al., 2001).

Moreira et al. descreve que um ambiente familiar positivo possui fatores que promovem o desenvolvimento e pode reduzir ou compensar os problemas decorrentes da prematuridade visualizadas, enquanto em um ambiente negativo esses fatores estão ausentes e podem aumentar os efeitos adversos (NOBRE et al., 2009; MOREIRA, et al., 2014). Assim, o contexto ambiental/social da família pode ser um mecanismo de proteção contra o comprometimento motor, dependendo da presença de recursos externos (ou seja, os aspectos do ambiente físicos/materiais, bem como os aspectos sociais e humanos, e as interações com o cuidador (MOREIRA et al., 2014). Além disso, esses recursos podem ter um impacto positivo no desenvolvimento da criança (MARTINS et al., 2005; MOREIRA et al., 2014). De fato, há estudos que indicam que o aumento da qualidade dos recursos presentes no ambiente doméstico pode levar os pais a cuidar melhor de seus filhos e ser mais provável seguir as recomendações dos profissionais de saúde e educação (MARTINS et al., 2005; NOBRE et al., 2009; MOREIRA et. al 2014)

Em relação a variável NE, Lemos et al. (2012) em seu estudo apesar de não utilizar um grupo controle para comparação com os prematuros, encontrou entre os sujeitos avaliados que a grande maioria das famílias avaliadas em seu estudo era considerada de NE baixo, com 76,6% pertencentes as classes C1, C2, ou D, enquanto no presente estudo não foram encontradas diferenças significativas na análise do NE. Em geral, a baixa escolaridade está associada ao baixo padrão socioeconômico, fator este que pode predispor a situações potencialmente de risco para a mãe e o recém-nascido, além de impedir o acesso a informações e orientações, restringir a capacidade de cuidado e assistência, dificultar o exercício de direitos e de cidadania (RAMOS et al., 2009).

Não foram encontradas informações na literatura sobre a diferença de

escolaridade entre as crianças do GP e GAT e maior número de irmãos com deficiência no GP. Os resultados apontaram que um maior número de crianças do GAT encontravam-se matriculadas no primeiro ano, enquanto as crianças do GP encontravam-se ainda no primeiro período. Além disso, um maior número de irmãos com deficiência foram encontradas no GP. Estes resultados foram incluídos no presente trabalho afim de poder despertar interesse para estudos futuros que investiguem melhor a possível interação dessas variáveis com o fator de risco biológico prematuridade.

Algumas possíveis limitações deste estudo consistem no mesmo ser de caráter transversal, ou seja, forneceu dados momentâneos sobre as capacidades funcionais e independência dos participantes, sendo assim, estes resultados não devem ser generalizado para populações que apresentem características distintas das encontradas no presente estudo, pois não pode-se afirmar que a ausência de problemas funcionais no grupo de crianças nascidas pré-termo quando comparadas com a termo será identificada em amostras diferentes. Vale destacar também o fato do presente estudo não ter número de sujeitos suficiente para dividir a amostra em grupos de acordo com o NE, uma vez que nessa fase a influência do ambiente é mais importante que o risco biológico. Portanto sugere-se a realização de estudos de caráter longitudinal, com um maior número de sujeitos para que se possa dividir os participantes de acordo com seu NE e risco biológico, e a partir disso confirmar ou não os resultados do presente estudo.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo não encontrou diferença significativa entre os grupos relacionada à funcionalidade analisados através do teste PEDI. Apesar disso, foram encontradas diferenças significativas em relação a algumas variáveis como, idade gestacional, peso ao nascimento e intercorrências no período perinatal, escolaridade da criança, irmão com deficiência, emprego da mãe, pais vivem juntos e número de filhos. Tais diferenças poderiam tornar o GP mais vulnerável a intercorrências ao longo da vida. Porém, possivelmente, o grupo de crianças que compuseram esse grupo, conseguiram ultrapassar os riscos que essas variáveis apresentavam para o desempenho funcional. Estudos futuros, de caráter longitudinal e com maior número de participantes, são necessários para confirmar os resultados encontrados no presente estudo.

REFERÊNCIAS

ALLEN, M. C.; CRISTOFALO, E. A.; KIM, C. Outcomes of preterm infants: morbidity replaces mortality. **Clinics in perinatology**, v. 38, n. 3, p. 441-454, 2011. ISSN 0095-5108.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP): Critério de classificação econômica Brasil 2010 [acesso em 24 Junho 2014]. Disponível em: http://www.abep.org

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

Brasil. Ministério da Saúde. DATASUS. Informações de Saúde- Estatísticas Vitais-Mortalidade e Nascidos Vivos: nascidos vivos desde 1994. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvbr.def [acesso em 20 janeiro 2014]

CARVALHO, A.E.V.; LINHARES, M.B.M.; MARTINEZ, F.E. História de Desenvolvimento e Comportamento de Crianças Nascidas Pré-Termo e Baixo Peso (< 1500 Kg). **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 14, n. 1, p.1-33, 2001.

CHAGAS, P.S.C.; MANCINI, M.C.. Instrumentos de classificação e de avaliação para uso em crianças com paralisia cerebral. **In: Fonseca LF, Lima CLA. Paralisia Cerebral - neurologia, ortopedia, reabilitação, Editora MedBook**, 2ª edição, 2008

DEMARTINI, A.A.C; BAGATIN, A.C; SILVA, R.P.G.V.C; BOGUSZEWSKI, M.C.F. Crescimento de crianças nascidas prematuras. **Arq Bras Endocrinol Metab,** v. 55, n. 8, p. 534-540, Curitiba/Paraná, 2011.

FERREIRA, M.C.P. Estímulos ambientais presentes no domicílio e desenvolvimento neuropsicomotor aos 42 meses de idade de egressos de unidades de terapia intensiva neonatal. Juiz de Fora, 2014. Dissertação (Mestrado em Saúde coletiva). Programa de pós-graduação em saúde coletiva – Universidade Federal de Juiz de Fora, 2014.

FORMIGA, C.K.M.R; LINHARES, M.B.M. Avaliação do desenvolvimento inicial de criança nascida pré termo. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 2, p. 472-480, 2008.

FRAGA, D.A; LINHARES, M.B.M; CARVALHO, A.M.V; MARTINEZ, F.E. Desenvolvimento de bebês prematuros relacionado a variáveis neonatais e maternas, **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 2, p. 335-344, abr./jun. 2008

FRANÇA, E.; LANSKY, S. Mortalidade infantil neonatal no Brasil: situação, tendências e perspectivas. Rede Interagencial para Saúde, organizador. Demografia e saúde: contribuição para análise de situação e tendências. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 85-112, 2009.

KELLY, M. M. The basics of prematurity. **Journal of Pediatric Health Care**, v. 20, n. 4, p. 238-244, 2006. ISSN 0891-5245.

LEMOS, R. A.; FRÔNIO, J. S; RIBEIRO, L.C; DEMARCHI, R.S; SILVA, J; NEVES, L.A.T. Desempenho funcional segundo a idade gestacional eo peso ao nascer de crianças em idade pré-escolar nascidas prematuras ou com baixo peso. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, v. 22, n. 1, p. 17-26, 2012. ISSN 0104-1282.

LEMOS, R. A.; FRÔNIO, J.S; NEVES, L.A.T; RIBEIRO, L.C. Estudo da prevalência de morbidades e complicações neonatais segundo o peso ao nascimento e a idade gestacional em lactentes de um serviço de follow-up. **Revista de Atenção Primária a Saúde**, v. 13, n. 3, 2010. ISSN 1516-7704.

LINHARES, M. B. M.; CARVALHO, A.E.T; BORDIN, M.B.M; CHIMELLO, J.T; MARTINEZ, F.E; JORGE, S.M. Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. **Cadernos de Psicologia e Educação-Paidéia**, v. 10, n. 18, p. 60-9, 2000.

LOPES, B.M; DUARTE, H.F. Análise do desempenho motor em crianças prematuras: comparativo com padrões de normalidade. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 4, n. 3, p. 329-334, 2011 - ISSN 1983-1870.

MAGALHÃES, L.C.; CATARINA, P.W.; BARBOSA, V.M.; MANCINI, M.C.; PAIXÃO, M.L. A comparative study of the perceptual and motor performance at school age of preterm and full term children**. Arq Neuropsiquiatr**, v. 61, p. 250-255, 2003.

MAGGI, E.F.; MAGALHÃES, L.C.; CAMPOS, A.F.; BOUZADAD, M.C.F. Preterm children have unfavorable motor, cognitive, and functional performance when compared to ter children of preschool age. **Jornal de Pediatria**, p. 1-7, 2013.

MANCINI, M.C. Inventário de Avaliação Pediátrica de Disfunção: Versão brasileira. Belo Horizonte: UFMG, 2005.

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

MARTINS, I.M.B; LINHARES, M.B.M; MARTINEZ, F.E. Indicadores de desenvolvimento na fase pré-escolar de crianças nascidas pré-termo, **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 2, p. 235-243, mai./ago. 2005.

MIRANDA, A.M; CUNHA, D.I.B; GOMES, S.M.F. A influência da tecnologia na sobrevivência do recém-nascido Prematuro extremo de muito baixo peso: revisão integrativa. **Rev. Min. Enferm,** v. 14, n. 3, p. 435-442, julho/setembro 2010.

MOREIRA, R.S; MAGALHÃES, L.C; DOURADO, J.S; LEMOS, S.M.A; ALVES,

C.R.L. Factors influencing the motor development of prematurely born school-aged children in Brazil **Research in Developmental Disabilities**, v.35; p.1941–1951, 2014

MOUTQUIN, J. Classification and heterogeneity of preterm birth. **BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology.**, v. 110, Suppl 20, p. 30-33. April 2003.

NETO, M.I.N.P; SEGRE, C.A.M. Análise comparativa das gestações e da frequência de prematuridade e baixo peso ao nascer entre filhos de mães adolescentes e adultas. **Einstein**, V. 10, N. 3, P. 271-278, 2012

NOBRE, F.D.A; CARVALHO, A.M.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

RAMOS, H.A.C; CUMAN, R.K.N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Esc Anna Nery Rev Enferm,** V.10, n. 2, p. 297-304, 2009

RIECHI, T. I. J. D. S.; RIBEIRO, M.V.L.M; CIASCA, S.M. A importância dos novos conceitos sobre o neurodesenvolvimento infantil na prática do psicólogo. **O portal do Psicólogo**, 2009.

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. SESA/Ce. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiológica . Informe Epidemiológico Mortalidade Infantil, 2014; Disponível em. https://www.google.com.br/url?

SALGE, A.K.M; VIEIRA, A.V.C; AGUIAR, A.K.A; LOBO, S.F; XAVIER, R.M; ZATTA, L.T; CORREA, R.R.M; SIQUEIRA, K.M; GUIMARÃES, J.V; ROCHA, K.M.N; CHINEM B.M; SILVA, R.C.R Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade **Rev. Eletr. Enf.** V. 11, N.3, P. 642-648, 2009. Disponível em http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a23.htm

SILVA, A.J. Morbimortalidade dos neonatos egressos de uti neonatal em juiz de fora: fatores associados. Juiz de Fora, 2011. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Programa de pós-graduação em saúde – Universidade Federal de Juiz de Fora, 2011.

STEPHENS, B.E.; VOHR, B. R. Neurodevelopmental outcome of the premature infant. **Pediatric Clinics of North America**, v. 56, n. 3, p. 631-646, 2009. ISSN 0031-3955.

UNICEF Brasil: Estudo faz alerta sobre a situação da prematuridade no Brasil [acesso em 11 abril 2014]. Disponível em: http://www.unicef.org/brazil/pt/media_25849.htm

VIEIRA, M. E. B.; LINHARES, M. B. M. Developmental outcomes and quality of life in children born preterm at preschool-and school-age. **Jornal de pediatria**, v. 87, n. 4, p. 281-291, 2011. ISSN 0021-7557.

World Health Organization (WHO). International Classification of Diseases (ICD) 10. 2009. Disponível em: http://apps.who.int/classifications/ apps/icd/icd10online/ [acesso em 17 de dezembro de 2014]

ZOMIGNANI, A. P.; ZAMBELLI, H. J. L.; ANTONIO, M. Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. **Rev Paul Pediatr**, v. 27, n. 2, p. 198-203, 2009.

ZWICKER, J. G.; HARRIS, S. R. Quality of life of formerly preterm and very low birth weight infants from preschool age to adulthood: a systematic review. **Pediatrics**, v. 121, n. 2, p. e366-e376, 2008. ISSN 0031

ANEXOS

ANEXO 1- **Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (Pediatric Evaluation Disability Inventory - PEDI).**

PEDIATRIC EVALUATION OF DISABILITY INVENTORY - PEDI

Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade

Tradução e adaptação cultural: Marisa C. Mancini, Sc.D., T.O.

Versão 1.0 Brasileira

Stephen M. Haley. Ph.D., P.T.; Wendy J. Coster, Ph.D., OTR/L; Larry H. Ludlow, Ph.D.; Jane T. Haltiwanger, M.A., Ed.M.; Peter J. Andrellos, Ph.D.

1992, New England Medical Center and PEDI Research Group.

FORMULÁRIO DE PONTUAÇÃO

Sobre a Criança

Nome: _____

Sexo: M☐ F☐

Idade:	Ano	Mês	Dia
Entrevista	_____	_____	_____
Nascimento	_____	_____	_____
Id. Cronológica	_____	_____	_____

Diagnóstico (se houver): _____

_____ primário _____ _____ adicional

Situação atual da criança

☐ hospitalizada ☐ mora em casa

☐ cuidado intensivo ☐ mora em instituição

☐ reabilitação

Outros (especificar): _____

Escola ou outras instalações: _____

Série escolar: _____

Sobre o entrevistado (pais ou responsável)

Nome: _____

Sexo: M☐ F☐

Parentesco com a criança: _____

Profissão (especificar): _____

Escolaridade: _____

Sobre o examinador

Nome: _____

Profissão: _____

Instituição: _____

Sobre a avaliação

Recomendada por: _____

Razões da avaliação: _____

Notas: _____

_____

Direções Gerais:

Abaixo estão as orientações gerais para a pontuação. Todos os itens têm descrições específicas. Consulte o manual para critérios de pontuação individual.

Parte I - Habilidades Funcionais: 197 itens

Áreas: autocuidado, mobilidade, função social

Pontuação:

0 = incapaz ou limitado na capacidade de executar o item na maioria das situações

1 = capaz de executar o item na maioria das situações, ou o item já foi previamente conquistado, e habilidades funcionais progrediram além deste nível

Parte II - Assistência do adulto de referência: 20 atividades funcionais complexas

Áreas: autocuidado, mobilidade, função social

Pontuação:

5 = Independente

4 = Supervisão

3 = Assistência mínima

2 = Assistência moderada

1 = Assistência máxima

0 = Assistência total

Parte III - Modificações: 20 atividades funcionais complexas

Áreas: autocuidado, mobilidade, função social

Pontuação:

N = Nenhuma modificação

C = Modificação centrada na criança (não especializada)

R = Equipamento de reabilitação

E = Modificações extensivas

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS

The Pediatric Evaluation Disability Inventory in its original forms is an English Language work, first published in 1992, the copyright to which is held by Trustees of Boston University

Parte I: Habilidades funcionais

Área de Autocuidado

(Marque cada item correspondente: escores dos itens: 0 = incapaz; 1 = capaz)

A: TEXTURA DOS ALIMENTOS	incapaz 0	capaz 1
1- Come alimento batido/amassado/coado		
2- Come alimento moído/granulado		
3- Come alimento picado/em pedaços		
4- Come comidas de texturas variadas		

B: UTILIZAÇÃO DE UTENSÍLIOS	0	1
5- Alimenta-se com os dedos		
6- Pega comida com colher e leva até a boca		
7- Usa bem a colher		
8- Usa bem o garfo		
9- Usa faca para passar manteiga no pão. corta alimentos macios		

C: UTILIZAÇÃO DE RECIPIENTES DE BEBER	0	1
10- Segura mamadeira ou copo com bico ou canudo		
11- Levanta copo para beber. mas pode derramar		
12- Levanta, c/ firmeza. copo sem tampa, usando as 2 mãos		
13- Levanta, c/ firmeza, copo sem tampa. usando 1 das mãos		
14- Serve-se de líquidos de uma jarra ou embalagem		

D: HIGIENE ORAL	0	1
15- Abre a boca para a limpeza dos dentes		
16- Segura escova de dente		
17- Escova os dentes. porém sem escovação completa		
18- Escova os dentes completamente		
19- Coloca creme dental na escova		

E: CUIDADOS COM OS CABELOS	0	1
20- Mantém a cabeça estável enquanto o cabelo é penteado		
21- Leva pente ou escova até o cabelo		
22- Escova ou penteia o cabelo		
23- É capaz de desembaraçar e partir o cabelo		

F: CUIDADOS COM O NARIZ	0	1
24- Permite que o nariz seja limpo		
25- Assoa o nariz com lenço		
26- Limpa nariz usando lenço ou papel quando solicitado		
27- Limpa nariz usando lenço ou papel sem ser solicitado		
28- Limpa e assoa o nariz sem ser solicitado		

G: LAVAR AS MÃOS	0	1
29- Mantém as mãos elevadas para que as mesmas sejam lavadas		
30- Esfrega as mãos uma na outra para limpá-las		
31- Abre e fecha torneira e utiliza sabão		
32- Lava as mãos completamente		
33- Seca as mãos completamente		

H: LAVAR O CORPO E A FACE	0	1
34- Tenta lavar partes do corpo		
35- Lava o corpo completamente. não incluindo a face		
36- Utiliza sabonete (e esponja, se for costume)		
37- Seca o corpo completamente		
38- Lava e seca a face completamente		

I: AGASALHO / VESTIMENTAS ABERTAS NA FRENTE	0	1
39- Auxilia empurrando os braços p/ vestir a manga da camisa		
40- Retira camisetas. vestido ou agasalho sem fecho		
41- Coloca camiseta. vestido ou agasalho sem fecho		
42- Coloca e retira camisas abertas na frente, porém s/ fechar		
43- Coloca e retira camisas abertas na frente, fechando-as		

J: FECHOS	incapaz 0	capaz 1
44- Tenta participar no fechamento de vestimentas		
45- Abre e fecha fecho de correr, sem separá-lo ou fechar o botão		
46- Abre e fecha colchete de pressão		
47- Abotoa e desabotoa		
48- Abre e fecha o fecho de correr (zíper), separando e fechando colchete/botão		

K: CALÇAS	0	1
49- Auxilia colocando as pernas dentro da calça para vestir		
50- Retira calças com elástico na cintura		
51- Veste calças com elástico na cintura		
52- Retira calças, incluindo abrir fechos		
53- Veste calças, incluindo fechar fechos		

L: SAPATOS / MEIAS	0	1
54- Retira meias e abre os sapatos		
55- Calça sapatos/sandálias		
56- Calça meias		
57- Coloca o sapato no pé correto; maneja fechos de velcro		
58- Amarra sapatos (prepara cadarço)		

M: TAREFAS DE TOALETE (roupas, uso do banheiro e limpeza)	0	1
59- Auxilia no manejo de roupas		
60- Tenta limpar-se depois de utilizar o banheiro		
61- Utiliza vaso sanitário. papel higiênico e dá descarga		
62- Lida com roupas antes e depois de utilizar o banheiro		
63- Limpa-se completamente depois de evacuar		

N: CONTROLE URINÁRIO (escore = 1 se a criança já é capaz)	0	1
64- Indica quando molhou fralda ou calça		
65- Ocasionalmente indica necessidade de urinar (durante o dia)		
66- Indica. consistentemente, necessidade de urinar e com tempo de utilizar o banheiro (durante o dia)		
67- Vai ao banheiro sozinho para urinar (durante o dia)		
68- Mantém-se constantemente seco durante o dia e à noite		

O: CONTROLE INTESTINAL (escore = 1 se a criança já é capaz)	0	1
69- Indica necessidade de ser trocado		
70- Ocasionalmente manifesta vontade de ir ao banheiro (durante o dia)		
71- Indica. constantemente. necessidade de evacuar e com tempo de utilizar o banheiro (durante o dia)		
72- Faz distinção entre urinar e evacuar		
73- Vai ao banheiro sozinho para evacuar, não tem acidentes intestinais		

Somatório da Área de Autocuidado:

Por favor, certifique-se de ter respondido a todos os itens

Comentários:

PEDI - 2

Área de Mobilidade (Marque o correspondente para cada item: escores dos itens: 0 = incapaz; 1 = capaz)

A: TRANSFERÊNCIAS NO BANHEIRO (0 incapaz, 1 capaz)

1- Fica sentado se estiver apoiado em equipamento ou no adulto
2- Fica sentado sem apoio na privada ou troninho
3- Senta e levanta de privada baixa ou troninho
4- Senta e levanta de privada própria para adulto
5- Senta e levanta da privada sem usar seus próprios braços

B: TRANSFERÊNCIAS DE CADEIRAS/ CADEIRAS DE RODAS (0 1)

6- Fica sentado se estiver apoiado em equipamento ou adulto
7- Fica sentado em cadeira ou banco sem apoio
8- Senta e levanta de cadeira, mobília baixa/infantis
9- Senta e levanta de cadeira/cadeira de rodas de tamanho adulto
10- Senta e levanta de cadeira sem usar seus próprios braços

C-1: TRANSFERÊNCIAS NO CARRO (0 1)

11a- Movimenta-se no carro; mexe-se e sobe/desce da cadeirinha de carro
12a- Entra e sai do carro com pouco auxílio ou instrução
13a- Entra e sai do carro sem assistência ou instrução
14a- Maneja cinto de segurança ou cinto da cadeirinha de carro
15a- Entra e sai do carro e abre e fecha a porta do mesmo

C-2: TRANSFERÊNCIAS NO ÔNIBUS (0 1)

11b- Sobe e desce do banco do ônibus
12b- Move-se com ônibus em movimento
13b- Desce a escada do ônibus
14b- Passa na roleta
15b- Sobe a escada do ônibus

D: MOBILIDADE NA CAMA / TRANSFERÊNCIAS (0 1)

16- Passa de deitado para sentado na cama ou berço
17- Passa para sentado na beirada da cama, deita a partir de sentado na beirada da cama
18- Sobe e desce de sua própria cama
19- Sobe e desce de sua própria cama, sem usar seus braços

E: TRANSFERÊNCIAS NO CHUVEIRO (0 1)

20- Entra no chuveiro
21- Sai do chuveiro
22- Agacha para pegar sabonete ou shampoo no chão
23- Abre e fecha box/cortinado
24- Abre e fecha torneira

F: MÉTODOS DE LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE INTERNO (escore 1 se já realiza) (0 1)

25- Rola, pivoteia, arrasta ou engatinha no chão
26- Anda, porém segurando-se na mobília, parede, adulto ou utiliza aparelhos para apoio
27- Anda sem auxílio

G: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE INTERNO: DISTÂNCIA/VELOCIDADE (escore 1 se já realiza) (0 1)

28- Move-se pelo ambiente, mas com dificuldade (cai; velocidade lenta para a idade)
29- Move-se pelo ambiente sem dificuldade
30- Move-se entre ambientes, mas com dificuldade (cai; velocidade lenta para a idade)
31- Move-se entre ambientes sem dificuldade
32- Move-se em ambientes internos por 15 m, abre e fecha portas internas e externas

H: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE INTERNO: ARRASTA / CARREGA OBJETOS (0 incapaz, 1 capaz)

33- Muda de lugar intencionalmente
34- Move-se, concomitantemente, com objetos pelo chão
35- Carrega objetos pequenos que cabem em uma das mãos
36- Carrega objetos grandes que requerem a utilização das duas mãos
37- Carrega objetos frágeis ou que contenham líquidos

I: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO: MÉTODOS (0 1)

38- Anda, mas segura em objetos, adultos ou aparelhos de apoio
39- Anda sem apoio

J: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO: DISTÂNCIA / VELOCIDADE (escore 1 se já for capaz) (0 1)

40- Move-se por 3 -15 m (comprimento de 1-5 carros)
41- Move-se por 15 - 30 m (comprimento de 5-10 carros)
42- Move-se por 30 - 45 m
43- Move-se por 45 m ou mais, mas com dificuldade (tropeça, velocidade lenta para a idade)
44- Move-se por 45 m ou mais sem dificuldade

K: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO SUPERFÍCIES (0 1)

45- Superfícies niveladas (passeios e ruas planas)
46- Superfícies pouco acidentadas (asfalto rachado)
47- Superfícies irregulares e acidentadas (gramados e ruas de cascalho)
48- Sobe e desce rampas ou inclinações
49- Sobe e desce meio-fio

L: SUBIR ESCADAS (escore 1 se a criança conquistou previamente a habilidade) (0 1)

50- Arrasta-se, engatinha para cima por partes ou lances parciais de escada (1-11 degraus)
51- Arrasta, engatinha para cima por um lance de escada completo (12-15 degraus)
52- Sobe partes de um lance de escada (ereto)
53- Sobe um lance completo, mas com dificuldade (lento para a idade)
54- Sobe um conjunto de lances de escada sem dificuldade

M: DESCER ESCADAS (escore 1 se a criança conquistou previamente a habilidade) (0 1)

55- Arrasta-se, engatinha para baixo por partes ou lances parciais de escada (1-11 degraus)
56- Arrasta-se, rasteja para baixo por um lance de escada
57- Desce, ereto, um lance de escada completo (12-15 degraus)
58- Desce um lance completo, mas com dificuldade (lento para a idade)
59- Desce um conjunto de lances de escada sem dificuldade

Somatório da Área de Mobilidade:

Por favor, certifique-se de ter respondido a todos os itens

Comentários:

PEDI - 3

Área de Função Social (Marque o correspondente para cada item: escores dos itens: 0 = incapaz; 1 = capaz)

A: COMPREENSÃO DO SIGNIFICADO DA PALAVRA (incapaz 0 / capaz 1)

1- Orienta-se pelo som
2- Reage ao "não"; reconhece próprio nome ou de alguma pessoa familiar
3- Reconhece 10 palavras
4- Entende quando você fala sobre relacionamentos entre pessoas e/ou coisas que são visíveis
5- Entende quando você fala sobre tempo e seqüência de eventos

B: COMPREENSÃO DE SENTENÇAS COMPLEXAS (0 1)

6- Compreende sentenças curtas sobre objetos e pessoas familiares
7- Compreende comandos simples com palavras que descrevem pessoas ou coisas
8- Compreende direções que descrevem onde alguma coisa está
9- Compreende comando de dois passos, utilizando se/então, antes/depois, primeiro/segundo etc.
10- Compreende duas sentenças que falam de um mesmo sujeito, mas de uma forma diferente

C: USO FUNCIONAL DA COMUNICAÇÃO (0 1)

11- Nomeia objetos
12- Usa palavras específicas ou gestos para direcionar ou requisitar ações de outras pessoas
13- Procura informação fazendo perguntas
14- Descreve ações ou objetos
15- Fala sobre sentimentos ou pensamentos próprios

D: COMPLEXIDADE DA COMUNICAÇÃO EXPRESSIVA (0 1)

16- Usa gestos que têm propósito adequado
17- Usa uma única palavra com significado adequado
18- Combina duas palavras com significado adequado
19- Usa sentenças de 4-5 palavras
20- Conecta duas ou mais idéias para contar uma história simples

E: RESOLUÇÃO DE PROBLEMA (0 1)

21- Tenta indicar o problema ou dizer o que é necessário para ajudar a resolvê-lo
22- Se transtornado por causa de um problema, a criança precisa ser ajudada imediatamente, ou o seu comportamento é prejudicado
23- Se transtornado por causa de um problema, a criança consegue pedir ajuda e esperar se houver uma demora de pouco tempo
24- Em situações comuns, a criança descreve o problema e seus sentimentos com algum detalhe (geralmente não faz birra)
25- Diante de algum problema comum, a criança pode procurar um adulto para trabalhar uma solução em conjunto

F: JOGO SOCIAL INTERATIVO (ADULTOS) (0 1)

26- Mostra interesse em relação a outros
27- Inicia uma brincadeira familiar
28- Aguarda sua vez em um jogo simples, quando é dada dica de que é sua vez
29- Tenta imitar uma ação prévia de um adulto durante uma brincadeira
30- Durante a brincadeira, a criança pode sugerir passos novos ou diferentes, ou responder a uma sugestão de um adulto com uma outra idéia

G: INTERAÇÃO COM OS COMPANHEIROS (CRIANÇAS DE IDADE SEMELHANTE) (0 1)

31- Percebe a presença de outras crianças e pode vocalizar ou gesticular para os companheiros
32- Interage com outras crianças em situações breves e simples
33- Tenta exercitar brincadeiras simples em uma atividade com outra criança
34- Planeja e executa atividade cooperativa com outras crianças, brincadeira é complexa e mantida
35- Brinca de jogos de regras

H: BRINCADEIRA COM OBJETOS (incapaz 0 / capaz 1)

36- Manipula brinquedos, objetos ou o corpo com intenção
37- Usa objetos reais ou substituídos em seqüência simples de faz-de-conta
38- Agrupa materiais para formar alguma coisa
39- Inventa longas rotinas de faz-de-conta, envolvendo coisas que a criança já entende ou conhece
40- Inventa seqüências elaboradas de faz-de-conta a partir da imaginação

I: AUTO-INFORMAÇÃO (0 1)

41- Diz o primeiro nome
42- Diz o primeiro e último nome
43- Dá o nome e informações descritivas sobre os membros da família
44- Dá o endereço completo de casa, se no hospital, dá o nome do hospital e o número do quarto
45- Dirige-se a um adulto para pedir auxílio sobre como voltar para casa ou voltar ao quarto do hospital

J: ORIENTAÇÃO TEMPORAL (0 1)

46- Tem uma noção geral do horário das refeições e das rotinas durante o dia
47- Tem alguma noção da seqüência dos eventos familiares na semana
48- Tem conceitos simples de tempo
49- Associa um horário específico com atividades/eventos
50- Olha o relógio regularmente ou pergunta as horas para cumprir o curso das obrigações

K: TAREFAS DOMÉSTICAS (0 1)

51- Começa a ajudar a cuidar dos seus pertences se for dada uma orientação e ordens constantes
52- Começa a ajudar nas tarefas domésticas simples se for dada uma orientação e ordens constantes
53- Ocasionalmente inicia rotinas simples para cuidar dos seus próprios pertences; pode requisitar ajuda física ou ser lembrado de completá-las
54- Ocasionalmente inicia tarefas domésticas simples, pode requisitar ajuda física ou ser lembrado de completá-las
55- Inicia e termina pelo menos uma tarefa doméstica que envolve vários passos e decisões; pode requisitar ajuda física

L: AUTOPROTEÇÃO (0 1)

56- Mostra cuidado apropriado quando está perto de escadas
57- Mostra cuidado apropriado perto de objetos quentes ou cortantes
58- Ao atravessar a rua na presença de um adulto, a criança não precisa ser advertida sobre as normas de segurança
59- Sabe que não deve aceitar passeio, comida ou dinheiro de estranhos
60- Atravessa rua movimentada, com segurança, na ausência de um adulto

M: FUNÇÃO COMUNITÁRIA (0 1)

61- A criança brinca em casa com segurança, sem precisar ser vigiada constantemente
62- Vai ao ambiente externo da casa com segurança e é vigiada apenas periodicamente
63- Segue regras/expectativas da escola e de estabelecimentos comunitários
64- Explora e atua em estabelecimentos comunitários sem supervisão
65- Faz transações em uma loja da vizinhança sem assistência

Somatório da Área de Função Social:

Por favor, certifique-se de ter respondido a todos os itens

Comentários:

PEDI - 4

Partes II e III: Assistência do Cuidador e Modificação do Ambiente

Circule o escore apropriado para avaliar cada item das escalas de Assistência do Cuidador e Modificação do Ambiente

	Assistência do Cuidador							Modificações			
	Independente	Supervisão	Mínima	Moderada	Máxima	Total	Nenhuma	Criança	Reabilitação	Extensiva	
Área de Autocuidado	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
A. Alimentação: Come e bebe nas refeições regulares; *não inclui cortar carne, abrir recipientes ou servir comida das travessas.*	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
B. Higiene Pessoal: Escova dentes, escova ou penteia o cabelo e limpa o nariz	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
C. Banho: Lava e seca o rosto e as mãos, toma banho; *não inclui entrar e sair do chuveiro ou banheira, preparar a água e lavar as costas ou cabelos.*	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
D. Vestir - parte superior do corpo: Roupas de uso diário, inclui ajudar a colocar e retirar splint ou prótese; *não inclui tirar roupas do armário ou gavetas, lidar com fechos nas costas.*	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
E. Vestir - parte inferior do corpo: Roupas de uso diário, incluindo colocar e tirar órtese ou prótese; *não inclui tirar as roupas do armário ou gavetas*	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
F. Banheiro: Lidar com roupas, manejo do vaso ou uso de instalações externas, e limpar-se; *não inclui transferência para o sanitário, controle dos horários ou limpar-se após acidentes*	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
G. Controle Urinário: Controle urinário dia e noite, limpar-se após acidente e controle dos horários	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
H. Controle Intestinal: Controle do intestino dia e noite, limpar-se após acidente e controle dos horários	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
	Soma da área de Autocuidado										Freqüências
Área de Mobilidade											
A. Transferências no banheiro/cadeiras: Cadeira de rodas infantil, cadeira de tamanho adulto, sanitário de tamanho adulto	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
B. Transferências no carro/ônibus: Mobilidade dentro do carro ou no ônibus, uso do cinto de segurança, transferências/ abrir e fechar as portas do carro ou entrar e sair do ônibus	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
C. Mobilidade na cama/transferências: Subir e descer da cama sozinho e mudar de posição na própria cama.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
D. Transferências no chuveiro: Entrar e sair do chuveiro, abrir chuveiro, pegar sabonete e shampoo. *Não inclui preparar para o banho*	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
E. Locomoção em ambiente interno: 15 metros; *não inclui abrir portas ou carregar objetos.*	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
F. Locomoção em ambiente externo: 45 metros em superfícies niveladas; focalizar na habilidade física para mover-se em ambiente externo *(não considerar comportamento ou questões de segurança como atravessar ruas).*	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
G. Escadas: Subir e descer um lance de escadas (12-15 degraus)	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
	Soma da área de Mobilidade										Freqüências
Área de Função Social											
A. Compreensão funcional: Entendimento das solicitações e instruções	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
B. Expressão funcional: Habilidade para fornecer informações sobre suas próprias atividades e tornar conhecidas as suas necessidades; inclui clareza na articulação.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
C. Resolução de problemas em parceria: Inclui comunicação do problema e o empenho com o adulto de referência ou um outro adulto em encontrar uma solução; inclui apenas problemas cotidianos que ocorrem durante as atividades diárias (por exemplo, perda de um brinquedo e conflitos na escolha das roupas)	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
D. Brincar com companheiro: Habilidade para planejar e executar atividades com um companheiro conhecido	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
E. Segurança: Cuidados quanto à segurança em situações da rotina diária, incluindo escadas, lâminas ou objetos quentes e deslocamentos.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E	
	Soma da área de Função Social										Freqüências

ANEXO 2 - Critério de Classificação Econômica Brasil 2014

ABEP
associação brasileira de empresas de pesquisa

CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2011 – IBOPE

Alterações na aplicação do Critério Brasil

Válidas a partir de 01/01 2014 - Versão preliminar

A metodologia de desenvolvimento do Critério Brasil que entra em vigor no início de 2014 está descrita no livro *Estratificação Socioeconômica e Consumo no Brasil*, dos professores Wagner Kamakura e José Afonso Mazzon.

A regra operacional para classificação de domicílios, descrita a seguir, resulta da adaptação da metodologia apresentada no livro as condições operacionais da pesquisa de mercado no Brasil.
A regra atual está sendo testada em alguns dos principais estudos contínuos realizado no país e pode sofrer pequenos ajustes em função dessas experiências.

As estimativas de tamanho dos estratos também serão atualizadas e desagregadas por região a partir dos estudos em andamento. A previsão para divulgação de informações definitivas é o final de novembro de 2013.

As organizações que iniciarem seus testes usando a regra de classificação a seguir podem relatar suas experiências ao Comitê do CCEB. Essas experiências serão valiosas para que o Critério Brasil seja permanentemente aprimorado.

A transformação operada atualmente no Critério Brasil foi possível graças a generosa contribuição e intensa participação dos seguintes profissionais nas atividades do comitê:

Luis Pilli (Coordenador) - LARC Pesquisa de Marketing
Ana Carolina Franceschi Simões - ABEP
Bruna Suzzara - IBOPE
Cesar Milani - Nielsen
Luiz Sá Lucas - IBOPE
Paula Yamakawa - IBOPE
Renata Nunes - Data Folha
Reni Berezin - Estatística Freelancer
Valéria Tassari - IPSOS
Vera Marchesi - IBOPE

A ABEP, em nome de seus associados, registra o reconhecimento e agradece o envolvimento desses profissionais.Uma apresentação com as principais alterações no Critério Brasil está disponível no link http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=882.

1

A edição nº 6 da Revista PMKT21 traz um artigo sobre as referidas alterações e pode ser encontrada no link http://www.abep.org/pmktblog/flipprevista/Main.asp?MagID=2&MagNo=27.

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens

	Quantidade				
	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros	0	3	7	10	14
Empregados domésticos	0	3	7	10	13
Automóveis	0	3	5	8	11
Microcomputador	0	3	6	8	11
Lava louca	0	3	6	6	6
Geladeira	0	2	3	5	5
Freezer	0	2	4	6	6
Lava roupa	0	2	4	6	6
DVD	0	1	3	4	6
Micro-ondas	0	2	4	4	4
Motocicleta	0	1	3	3	3
Secadora roupa	0	2	2	2	2

Grau de instrução do chefe de família e acesso a serviços públicos

Escolaridade da pessoa de referência	
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1
Fundamental II completo / Médio incompleto	2
Médio completo / Superior incompleto	4
Superior completo	7

Serviços públicos		
	Não	Sim
Água encanada	0	4
Rua pavimentada	0	2

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe	Pontos
A	43 - 100
B1	37 - 42
B2	26 - 36
C1	19 - 25
C2	15 - 18
D	11 - 14
E	0 - 10

PROCEDIMENTO NA COLETA DOS ITENS

É importante e necessário que o critério seja aplicado de forma uniforme e precisa. Para tanto, é fundamental atender integralmente as definições e procedimentos citados a seguir. Para aparelhos domésticos em geral devemos:

Considerar os seguintes casos

Bem alugado em caráter permanente
Bem emprestado de outro domicílio há mais de seis meses
Bem quebrado há menos de seis meses

Não considerar os seguintes casos

Bem emprestado para outro domicílio há mais de seis meses
Bem quebrado há mais de seis meses
Bem alugado em caráter eventual
Bem de propriedade de empregados ou pensionistas

Banheiro

O que define o banheiro é a existência de vaso sanitário. Considerar todos os banheiros e lavabos com vaso sanitário, incluindo os de empregada, os localizados fora de casa e os da(s) suíte(s). Para ser considerado, o banheiro tem que ser privativo do domicílio. Banheiros coletivos (que servem a mais de uma habitação) não devem ser considerados.

Empregados Domésticos

Considerar apenas os empregados mensalistas, isto é, aqueles que trabalham pelo menos cinco dias por semana, durmam ou não no emprego. Não esquecer de incluir babás, motoristas, cozinheiras, copeiras, arrumadeiras, considerando sempre os mensalistas. Note bem: o termo empregados mensalistas se refere aos empregados que trabalham no domicílio de forma permanente e/ou continua, pelo menos cinco dias por semana, e não ao regime de pagamento do salário.

Automóvel

Não considerar táxis, vans ou pick-ups usados para fretes, ou qualquer veículo usado para atividades profissionais. Veículos de uso misto (lazer e profissional) não devem ser considerados.

Microcomputador

Considerar os computadores de mesa, lap tops, notebooks e netbooks. Não considerar: calculadoras, agendas eletrônicas, tablet, palms, smartphones e outros aparelhos.

Lava-Louça

Considere a máquina com função de lavar as louças.

Geladeira e Freezer
No quadro de pontuação há duas linhas independentes para assinalar a posse de geladeira e freezer respectivamente. A pontuação será aplicada de forma independente:

- Havendo uma geladeira no domicílio, serão atribuídos os pontos (2) correspondentes a posse de geladeira;

- Se a geladeira tiver um freezer incorporado – 2ª porta – ou houver no domicílio um freezer independente serão atribuídos os pontos (2) correspondentes ao freezer. Dessa forma, esse domicílio totaliza 4 pontos na soma desses dois bens.

Lava-Roupa
Considerar máquina de lavar roupa, somente as máquinas automáticas e/ou semiautomática. O tanquinho NÃO deve ser considerado.

DVD
Considere como leitor de DVD (Disco Digital de Vídeo ou Disco Digital Versátil) o acessório doméstico capaz de reproduzir mídias no formato DVD ou outros formatos mais modernos. Inclua os aparelhos portáteis e os acoplados em microcomputadores.

Micro-ondas
Considerar forno micro-ondas.

Motocicleta
Ainda não foi definido se deverão ser consideradas apenas as motocicletas de uso pessoal ou se serão incluídas as de uso profissional. Até a tomada dessa decisão, a coleta desse item deverá ser feita separando essas duas categorias.

Secadora de roupas
Considerar a máquina de secar roupa. Existem máquinas que fazem duas funções, lavar e secar. Nesses casos, devemos considerar esse equipamento como uma máquina de lavar e como secadora.

Água Encanada
Verificar a origem da água que abastece o domicílio usando a seguinte pergunta: "A água utilizada nesse domicílio é proveniente de:

Origem da água	Pontuação
Rede geral de distribuição	4 pts
Poço ou nascente	0 pts
Outro meio	0 pts

Servem porém, para nos alertar, quando trabalhamos na análise individual, ou quase individual, de comportamentos e atitudes (entrevistas em profundidade e discussões em grupo respectivamente). Numa discussão em grupo um único caso de má classificação pode pôr a perder todo o grupo. No caso de entrevista em profundidade os prejuízos são ainda mais óbvios. Além disso, numa pesquisa qualitativa, raramente uma definição de classe exclusivamente econômica será satisfatória.

Portanto, é de fundamental importância que todo o mercado tenha ciência de que o CCEB, ou qualquer outro critério econômico, não é suficiente para uma boa classificação em pesquisas qualitativas. Nesses casos deve-se obter além do CCEB, o máximo de informações (possível, viável, razoável) sobre os respondentes, incluindo então seus comportamentos de compra, preferências e interesses, lazer e hobbies e até características de personalidade.

Uma comprovação adicional da conveniência do Critério de Classificação Econômica Brasil é sua discriminação efetiva do poder de compra entre as diversas regiões brasileiras, revelando importantes diferenças entre elas.

ABEP
associação brasileira de empresas de pesquisa
Av. Nove de Julho, 4865, cj. 31 A, Jd. Paulista,
São Paulo - SP - CEP: 01407-200
Fone: (11) 3078.7744 | Fax: (11)3168.2026

ANEXO 3 - **Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA/MG

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE DE CRIANÇAS NASCIDAS PREMATURAS EM IDADE ESCOLAR

Pesquisador: Natalia Trindade de Souza

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30551114.2.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 699.406

Data da Relatoria: 24/06/2014

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto esta clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Identificação dos riscos e as possibilidades de desconfortos e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e na Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será realizada a pesquisa. Apresentou de forma adequada o termo de Consentimento Livre e

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

Esclarecido. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: 28/08/2015

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e na Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

JUIZ DE FORA, 26 de Junho de 2014

Assinado por:
Paulo Cortes Gago
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA E FUNCIONALIDADE DE CRIANÇAS NASCIDAS PREMATURAS EM IDADE ESCOLAR

Pesquisador: Natalia Trindade de Souza

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 30551114.2.0000.5147

Instituição Proponente: NATES - NÚCLEO DE ASSESSORIA, TREINAMENTO E ESTUDOS EM SAÚDE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 875.927

Data da Relatoria: 12/11/2014

Apresentação do Projeto:

Apresentação do projeto está clara e detalhada de forma objetiva. Descreve as bases científicas que justificam o estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Apresenta clareza e compatibilidade com a proposta de estudo.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco que o projeto apresenta é caracterizado como risco mínimo, considerando que os indivíduos não sofrerão qualquer dano ou sofrerão prejuízo pela participação ou pela negação de participação na pesquisa e benefícios esperados, estão adequadamente descritos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, delineado e fundamentado, sustenta os objetivos do estudo em sua metodologia de forma clara e objetiva, e se apresenta em consonância com os princípios éticos norteadores da ética na pesquisa científica envolvendo seres humanos elencados na resolução 466/12 do CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto está em configuração adequada e há apresentação de declaração de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa, assinada pelo responsável da instituição onde será

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

realizada a pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, a emenda ao projeto está aprovada, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Outubro de 2015.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 466/12 e na Norma Operacional Nº001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO a emenda ao protocolo de pesquisa proposto, na qual o pesquisador solicita alteração na fonte de dados secundário, pois houve impossibilidade de acessar a idade gestacional dos recém-nascidos através do banco disponibilizado pela Secretaria de Saúde do município, inviabilizando a seleção dos sujeitos para o estudo em questão.Sendo assim, a nova fonte dos dados será cedida pela pesquisadora Andréa Januário da Silva,a qual teve previamente o seu projeto ""Morbi-mortalidade de Neonatais egressos de UTI
Neonatal em Juiz de Fora", aprovado por este comitê, sob o nº do parecer 041/2008 em 6 de agosto de 2008.Sua concordância em disponibilizar o acesso ao seu banco de dados, são comprovados em documentos que compõe o protocolo de pesquisa. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br

APENDICES

APÊNDICE 1A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)- Cuidador

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **"Qualidade de vida e funcionalidade de crianças nascidas prematuras em idade escolar"**. Nesta pesquisa, pretendemos **"avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) das crianças prematuras na idade escolar e de seus cuidadores, assim como os fatores associados a esta condição, dentre elas a funcionalidade, comparando-as com crianças nascidas a termo"**.

O motivo que nos leva a pesquisar esse assunto é conhecer melhor os sentimentos desta população, buscando entender melhor os sentimentos e desejos das crianças e de seus cuidadores e com isso poderemos conhecer melhor a realidade vivida pela família.

Para esta pesquisa adotaremos o(s) seguinte(s) procedimento(s): Um avaliador coletará informações gerais sobre a criança e a família com o cuidador principal e fornecerá informações ao cuidador para responder aos questionários para avaliar a qualidade de vida do cuidador e o impacto familiar da criança. Em seguida a criança responderá a um questionário para avaliar a qualidade de vida, na presença do cuidador. Por último, você irá responder a um questionário que tem como objetivo conhecer as capacidades funcionais da criança, ou seja, suas habilidades cotidianas.

Esta pesquisa apresenta **"RISCO MÍNIMO"** não sendo considerados maiores nem mais prováveis do que aqueles ligados atividades de vida diária (o mesmo risco existente em atividades rotineiras como conversar, tomar banho, ler, etc). Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, você tem assegurado o direito à indenização.

Para participar deste estudo o Sr (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso seja identificado e comprovado danos provenientes desta pesquisa, o Sr.(a) tem assegurado o direito a indenização. Terá o esclarecimento sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador, que tratará a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada com o pesquisador responsável pela pesquisa e a outra será fornecida ao senhor. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução

Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa **"Qualidade de vida e funcionalidade de crianças nascidas prematuras em idade escolar"**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20 .

Nome	Assinatura participante	Data

Nome	Assinatura pesquisador	Data

Nome	Assinatura testemunha	Data

Em caso de dúvidas, com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humano-UFJF
Campus Universitário da UFJF
Pró-Reitoria de Pesquisa
CEP: 36036-900
Fone: (32) 2102- 3788 / E-mail: cep.propesq@ufjf.edu.br

Pesquisador Responsável: Natalia Trindade de Souza
Endereço: Rua Monsenhor Gustavo Freire, 323, São Mateus,
CEP:36016-470 – Juiz de Fora – MG
Fone: (32) 88396517
E-mail: nataliatrindadetr@yahoo.com.br

APÊNDICE 2 - Protocolo de Registro

PROTOCOLO DE REGISTRO DA CRIANÇA

Nome Criança:_____

Data de nascimento: __/__/____ Idade:_____

Idade gestacional:_____ ( ) DNV ( ) relato mãe

Peso ao nascimento:_____

Local de nascimento:_____

Cor: _____ Sexo:_____

Escolaridade: _____

Endereço:
_____

Telefones:_____

Número de filhos e ordem de nascimento: _____

_____

Intercorrências no período perinatal: _____

_____

Doenças: _____

_____

_____

Uso de medicação: ( )sim ( )não

Quais?_____

Dieta (Tipo e via) :_____

Seu filho esteve doente, hospitalizado ou internado recentemente? ( )sim ( )não

Em caso afirmativo, especifique:_____

Dados do informante

Informante: ( )pai ( )mãe ( )responsável

( )grau de parentesco: _____

Sua data de nascimento:__/__/____ Idade:_____ Cor: _____ Sexo:_____

Escolaridade: ( )pré-escola ( ) ensino fundamental

( )ensino médio ( ) ensino superior

Estado civil: _____ Profissão: _____ Emprego: _____

Dados da mãe

Data de nascimento:__/__/____ Idade:_____ Cor: _____ Sexo:_____

Escolaridade: ( )pré-escola ( ) ensino fundamental

( )ensino médio ( ) ensino superior

Estado civil: _____ Profissão: _____ Emprego: _____

Dados do pai

Data de nascimento:__/__/____ Idade:_____ Cor: _____ Sexo:_____

Escolaridade: ( )pré-escola ( ) ensino fundamental ( )ensino médio ( ) ensino superior

Estado civil: _____ Profissão: _____ Emprego: _____

Dados da família

Pais: ( )vivem juntos ( )não vivem juntos

Renda familiar: _____

Renda per capta:_____

Composição Familiar (moradores da residência da criança)

Integrante	Parentesco	Data de nasc.	Ocupação	Renda

Cuidador: ( )pai ( )mãe ( )outro: _____

Benefício do Governo:_____

Condições de moradia:

( ) Alugada ( )Própria ( ) Cedida ( )Outros_____

Infraestrutura:

( ) Energia Elétrica ( ) Água encanada ( )Saneamento básico ( ) Internet

Dados complementares:

Alguma complicação no período pré, peri ou pós-natal? : ( )sim ( )não

Em caso afirmativo especifique?_____

_____

_____

_____

_____

Problemas respiratórios?_____

_____

Deficiência ou déficit visual?_____

_____

Deficiência auditiva?_____

_____

Atraso na fala?_____

_____

Dificuldade de comunicação?_____

_____

Déficit de Atenção?_____

_____

Hiperatividade?_____

_____

COMPORTAMENTO DA CRIANÇA: Como você classificaria o comportamento do seu filho(a)?

( ) Agressivo ( )Calmo

( )Agitado ( )Tímido

Outros?:_____

_____

Informações pertinentes:_____

_____

_____

_____

_____