

Universidade Federal de Juiz de Fora  
Faculdade de Fisioterapia

Raiane Marques Furtado Barbosa

**FATORES RELACIONADOS AO DESEMPENHO FUNCIONAL DE  
CRIANÇAS COM IDADE ENTRE CINCO E SETE ANOS**

Juiz de Fora  
2016

Raiane Marques Furtado Barbosa

## **FATORES RELACIONADOS AO DESEMPENHO FUNCIONAL DE CRIANÇAS COM IDADE ENTRE CINCO E SETE ANOS**

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: Prof<sup>a</sup>. Dra. Paula Silva de Carvalho Chagas – UFJF

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. MsC. Érica Cesário Defilipo – UFJF/ Campus GV

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. MsC. Natalia Trindade de Souza - UNIPAC

Juiz de Fora

2016

Barbosa, Raiane Marques Furtado .

FATORES RELACIONADOS AO DESEMPENHO FUNCIONAL  
DE CRIANÇAS COM IDADE ENTRE CINCO E SETE ANOS /

Raiane Marques Furtado Barbosa. -- 2016.

61 p.

Orientadora: Paula Silva de Carvalho Chagas

Coorientadoras: Érica Cesário Defilipo, Natalia Trindade de  
Souza

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade  
Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Fisioterapia, 2016.

1. Desenvolvimento Infantil.. 2. Criança.. 3. Família.. 4. Fatores  
Biológicos.. 5. Associação.. I. Chagas, Paula Silva de Carvalho,  
orient. II. Defilipo, Érica Cesário, coorient. III. Souza, Natalia  
Trindade de , coorient. IV. Título.

Raiane Marques Furtado Barbosa

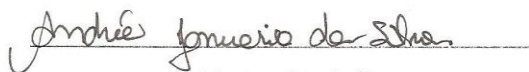
**“FATORES RELACIONADOS AO DESEMPENHO  
FUNCIONAL DE CRIANÇAS COM IDADE ENTRE CINCO  
E SETE ANOS”**

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 21 de julho de 2016.

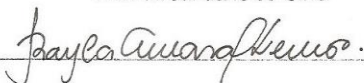
BANCA EXAMINADORA:



Prof<sup>a</sup>. Érica Cesário Defilipo



Andréa Januário de Silva



Prof<sup>a</sup>. Rayla Amaral Lemos

## RESUMO

**Introdução:** As habilidades funcionais estão relacionadas ao desempenho de atividades e à realização de tarefas do cotidiano pela criança e sua família.

**Objetivo:** Verificar os fatores relacionados à funcionalidade de crianças com idade entre cinco e sete anos.

**Métodos:** Estudo descritivo, observacional e transversal com crianças de cinco a sete anos de idade e seus cuidadores.

Para avaliar a funcionalidade foi utilizado o Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI). Para verificar as associações das variáveis estudadas com a funcionalidade, foi utilizada a análise de regressão linear, sendo que os fatores associados que apresentaram valor de  $p \leq 0,05$  na análise univariada de variância foram considerados elegíveis para comporem os modelos de regressão.

**Resultados:** Participaram do estudo 150 crianças e seus cuidadores. Na classificação da independência funcional na área Assistência do Cuidador Função Social, 31,3% das crianças foram classificadas como adiantadas e nas dimensões Assistência Cuidador Mobilidade e Habilidades Funcionais Mobilidade, 26,7% e 23,3%, das crianças apresentaram classificação atrasada, respectivamente. De acordo com o resultado da regressão linear, observou-se associação significativa entre o número de filhos e sexo na área Habilidades Funcionais Autocuidado ( $p=0,001$ ).

A área Habilidades Funcionais Mobilidade apresentou associação significava com a idade gestacional ( $p=0,012$ ) e a área Habilidades Funcionais Função Social, com o número de filhos ( $p=0,034$ ).

Já a dimensão Assistência do Cuidador Autocuidado apresentou associação significativa com os fatores intercorrências no período perinatal, doença atual e número de filhos ( $p<0,0001$ ).

A idade gestacional e o peso ao nascimento apresentaram associação significativa com a área Assistência do Cuidador Mobilidade ( $p=0,014$ ).

Por fim, na área Assistência do Cuidador Função Social, os fatores que apresentaram associação significativa com o desempenho funcional foram doença atual e intercorrências no período perinatal ( $p=0,019$ ).

**Conclusão:** Os resultados deste estudo indicam que múltiplos fatores podem estar relacionados ao desempenho funcional de crianças com idade entre cinco e sete anos, com destaque para os fatores biológicos (como sexo, idade gestacional, peso ao nascimento e intercorrências no período perinatal), ambientais (como o número

de irmãos) e presença de doenças. Esses resultados ressaltam a importância de identificar crianças expostas a múltiplos fatores de risco, a fim de fundamentar estratégias de avaliação e intervenção adequadas e ampliar ações de saúde direcionadas a este grupo.

**Palavras-chave:** Desenvolvimento Infantil. Criança. Família. Fatores Biológicos. Associação.

## ABSTRACT

**Introduction:** Functional skills are related to the performance of activities and the performance of daily tasks for the child and his family. **Objective:** To assess factors related to the functionality of children aged between five and seven years. **Methods:** A descriptive, observational and cross-sectional study of children aged five to seven years of age and their caregivers. To evaluate the functionality was used Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI). To verify the association of variables with functionality, linear regression analysis was used, and the associated factors that showed  $p \leq 0.05$  in the univariate analysis of variance were eligible to compose the regression models. **Results:** The study included 150 children and their caregivers. The functional independence of the classification in the Assistance area of the Caregiver Social Function, 31.3% of children were classified as early and dimensions Caregiver Assistance Mobility and Functional Skills Mobility, 26.7% and 23.3% of children had delayed classification, respectively. According to the result of the linear regression, there was a significant association between the number of children and sex in the area Functional Skills Self-care ( $p = 0.001$ ). The Functional Skills Mobility area was associated with mean gestational age ( $p = 0.012$ ) and area Functional Skills Social Function, with the number of children ( $p = 0.034$ ). Already Assistance size of Caregiver Self-care was significantly associated with complications factors in the perinatal period, current illness and number of children ( $p < 0.0001$ ). Gestational age and birth weight were significantly associated with the Caregiver Care field mobility ( $p = 0.014$ ). Finally, the Support area of the Caregiver Social Function, factors significantly associated with functional performance were present illness and complications in the perinatal period ( $p = 0.019$ ). **Conclusion:** The results of this study indicate that multiple factors may be related to the functional performance of children aged five to seven years, with emphasis on biological factors (such as gender, gestational age, birth weight and complications in the perinatal period), environmental (as the number of siblings) and the presence of diseases. These results highlight the importance of identifying children exposed to multiple risk factors, in order to support appropriate assessment and intervention strategies and expand health actions directed to this group.

**Keywords:** Child Development. Child. Family. Biological factors. Association.



## LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características descritivas da amostra, com frequência e porcentagens.....	<b>25</b>
Tabela 2. Características descritivas da amostra, com média e desvio padrão.....	<b>26</b>
Tabela 3. Resultados do escore bruto e normativo do Inventário de Avaliação de Incapacidade Pediátrica (PEDI).....	<b>26</b>
Tabela 4. Classificação do desempenho funcional de acordo com o Inventário de Avaliação de Incapacidade Pediátrica (PEDI).....	<b>28</b>
Tabela 5. Resultado da regressão logística da dimensão HFAC do PEDI....	<b>29</b>
Tabela 6. Resultado da regressão logística da dimensão HFM do PEDI.....	<b>29</b>
Tabela 7. Resultado da regressão logística da dimensão HFFS do PEDI....	<b>30</b>
Tabela 8. Resultado da regressão logística da dimensão ACAC do PEDI....	<b>31</b>
Tabela 9. Resultado da regressão logística da dimensão ACM do PEDI.....	<b>32</b>
Tabela 10. Resultado da regressão logística da dimensão ACFS do PEDI..	<b>32</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa
ACAC	Assistência do cuidador auto-cuidado
ACFS	Assistência do cuidador função social
ACM	Assistência do cuidador mobilidade
AVD's	Atividades de vida diária
BP	Baixo peso
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
DP	Desvio padrão
HFAC	Habilidades funcionais de auto-cuidado
HFFS	Habilidades funcionais função social
HFM	Habilidades funcionais de mobilidade
ICC	Índice de confiabilidade intra e interavaliadores
IG	Idade gestacional
IPP	Intercorrências no período perinatal
NSE	Nível socioeconômico
PEDI	Inventário de Avaliação Pediátrica e Incapacidade
Peds QL	Pediatric Quality of Life Inventory TM versão 4.0
PN	Peso ao nascimento
SDQ	Questionário de Capacidades e Dificuldades
SPSS®	Statistical Package for Social Sciences
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>2.</b>	<b>OBJETIVO</b> .....	<b>16</b>
2.1	Objetivo Geral.....	16
2.2	Objetivos Específicos.....	16
<b>3.</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	<b>17</b>
3.1	DESENHO DE ESTUDO.....	17
3.2	PARTICIPANTES.....	17
3.2.1	Critérios de inclusão.....	17
3.2.2	Critérios de exclusão.....	17
3.2.3	Critérios de não inclusão.....	18
3.3	INSTRUMENTOS.....	18
3.3.1	Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI).....	18
3.3.2	Questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP - Critério de Classificação Econômica Brasil.....	20
3.3.3	Protocolo de Registro da Criança.....	21
3.4	PROCEDIMENTOS.....	22
3.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	23
<b>4.</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>24</b>
<b>5.</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>33</b>
<b>6.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>38</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>39</b>
	<b>APÊNDICES</b> .....	<b>44</b>
	<b>ANEXOS</b> .....	<b>49</b>

## 1. INTRODUÇÃO

As habilidades funcionais estão relacionadas ao desempenho de atividades e à realização de tarefas do cotidiano pela criança e sua família (MANCINI et al., 2002a). Estas tarefas incluem atividades relacionadas ao autocuidado, como alimentar-se sozinho, tomar banho ou vestir-se, à mobilidade, como levantar-se da cama, ir ao banheiro ou andar de bicicleta, e à função social, como brincar com outras crianças ou ir à escola (MANCINI et al., 2002a).

Estas habilidades funcionais se relacionam com os meios pelos quais a criança se expressa e interage, permitindo sua inserção na comunidade, constituindo, assim, um fator essencial à vida saudável e de qualidade (HOGAN; ROGERS; MSALL, 2000). A independência na realização das atividades de vida diária (AVD's) e na vida social depende de integridade funcional física, cognitiva e psicossocial, que podem estar comprometidas em crianças que apresentam fatores de risco biológicos para o desenvolvimento, como intercorrências no período perinatal (IPP), prematuridade e baixo peso ao nascer (BP) (LE MOS et al., 2012; MANCINI et al., 2004a), além de fatores de riscos ambientais, como o baixo nível socioeconômico (NSE) da família (MANCINI et al., 2004a).

Sabe-se que os fatores de risco biológicos, como idade gestacional (IG) e peso ao nascer (PN), podem afetar o desenvolvimento das crianças (MANCINI et al., 2004a). No entanto, além da vulnerabilidade biológica, elas estão predispostas a uma série de riscos de origem no ambiente em que vivem, ou seja, nos fatores do ambiente familiar, como renda, poder aquisitivo, escolaridade dos pais e estrutura e composição familiar, que podem interagir com fatores biológicos e afetar de forma mais agravante o desenvolvimento (MANCINI et al., 2004a). No Brasil, esta situação é ainda mais preocupante, uma vez que, estudos revelam uma maior prevalência de nascimentos pré-termo em famílias de NSE baixo, o que pode repercutir em maiores consequências para a saúde (MANCINI et al., 2004a; MOREIRA et al., 2014).

De acordo com o estudo longitudinal de Maggi e colaboradores (2014), aproximadamente 15% das crianças prematuras e com muito baixo peso ao

nascer estão em risco para disfunções graves do desenvolvimento, e na ausência de alterações severas, cerca de 30 a 50% apresentam dificuldades motoras, cognitivas e comportamentais sutis, que podem ser detectadas apenas em idade pré-escolar (MAGGI et al., 2014). Apesar da existência de poucos estudos nacionais que investigam o desenvolvimento dessas crianças em idade escolar (LINHARES et al., 2005), sabe-se que a maioria destas apresenta frequência regular nas escolas, porém, experimenta dificuldades nas AVD's, no comportamento e aprendizagem, resultando em baixo rendimento escolar (MAGGI et al., 2014).

O número de crianças nascidas prematuras que apresentam alterações no desenvolvimento auditivo, de linguagem, neuromotor e cognitivo teve aumento considerável nas últimas décadas, com o avanço das tecnologias dos cuidados em neonatologia (GUIMARÃES et al., 2011). Por isso, é fundamental que o diagnóstico dessas alterações seja o mais precoce possível, para que intervenções motoras possam ser iniciadas mais rapidamente (GUIMARÃES et al., 2011).

A avaliação em crianças com risco para pior desempenho no desenvolvimento neuromotor está enfatizada na funcionalidade (MANCINI et al., 2002b; STEPHENS e VOHR, 2009). Desta forma, é importante avaliar a capacidade funcional da criança, a fim de projetar o perfil funcional destas para realizar as AVD's e para cumprir os papéis sociais esperados (STEPHENS; VOHR, 2009).

Com a finalidade de avaliar e acompanhar mudanças no desempenho funcional de crianças com idade entre seis meses e sete anos e seis meses, o teste *Pediatric Evaluation of Disability Inventory* (PEDI) é o questionário mais utilizado em pesquisas nacionais e internacionais para avaliação de crianças com as mais diversas condições de saúde (DANIELSSON et al., 2008; EISENBERG et al., 2009; CHAGAS; MANCINI, 2008; MANCINI, 2005). Este instrumento foi elaborado com a intenção de descrever de forma detalhada o desempenho funcional da criança, registrar modificações ao longo do tempo e ter valor prognóstico, sendo o objetivo principal testar as habilidades funcionais da criança em seu ambiente (MANCINI, 2005).

Através do uso do instrumento PEDI, Maggi et al. (2014) observaram que crianças aos quatro anos de idade, nascidas prematuras e aparentemente sem alterações, apresentaram desempenho motor, cognitivo e funcional significativamente inferior aos pares nascidos a termo. Os resultados, de acordo com o nível de desempenho motor, mostraram que as crianças do grupo pré-termo tiveram menor repertório de habilidades funcionais e necessitaram de uma assistência maior do cuidador comparado com as crianças do grupo a termo. Outros estudos também demonstraram que crianças pré-termo apresentam pior desempenho nas atividades de vida diária quando comparadas às crianças a termo (HOWE et al., 2011; SULLIVAN; MSALL, 2007).

De acordo com os resultados de Lemos et al. (2012) crianças prematuras e/ou com BP ao nascimento, com idade média de 4,3 anos, apresentam importante atraso no desempenho funcional em habilidades para realização de AVD's e em independência nas áreas de autocuidado, mobilidade e função social. Neste estudo, essas crianças apresentaram desempenho inferior comparado com a população normativa brasileira no instrumento PEDI, mostrando que mesmo estando dentro destes padrões, elas apresentaram desempenho funcional inferior comparado ao das crianças sem essa condição. De acordo com os autores, quando são excluídos os casos de maiores alterações no desenvolvimento, as características IG e PN, parecem não explicar isoladamente os resultados encontrados quanto às AVD's e independência. Quando analisado o nível de assistência do cuidador estas crianças apresentaram maior atraso na área de mobilidade (LEMOS et al., 2012). Provavelmente estes resultados estão relacionados com a subestimação do cuidador nas capacidades destas crianças nesta área (LEMOS et al., 2012; MANCINI et al., 2004b).

Além dos fatores de risco biológicos, o NSE das famílias também pode comprometer o desenvolvimento funcional de crianças (MANCINI et al., 2004a). No estudo de Mancini *et al.* (2004a), foi avaliada a interação entre o risco biológico (nascimento pré-termo) e NSE sobre o desempenho de habilidades funcionais e na independência em realizar tarefas da rotina diária em crianças de três anos, sendo utilizado o instrumento PEDI para avaliar a funcionalidade.

A interação entre fatores de risco biológico e social foi observada em duas áreas de desempenho funcional: habilidades de mobilidade e independência em função social. Nessas duas áreas as crianças com baixo risco biológico e social mostraram desempenho significativamente superior quando comparado às crianças com alto risco biológico e social, sendo que essa diferença diminuiu consideravelmente quando os grupos eram provenientes de famílias com maior NSE. O alto NSE das famílias se relaciona a determinadas condições favoráveis como maior acesso à informação e maior escolaridade dos pais. Assim, os resultados deste estudo sugerem que tal contexto sociocultural poderia reduzir eventuais prejuízos, decorrentes da prematuridade, compensando os efeitos do risco biológico (MANCINI et al., 2004a).

No Brasil, há muitos estudos sobre os fatores que influenciam o desenvolvimento de crianças nascidas prematuras e com BP, porém, poucas pesquisas avaliaram os efeitos desses fatores sobre as capacidades funcionais, as AVD's, a independência e a participação dessas crianças em seu contexto ambiental, em longo prazo (LEMOS et al., 2012). Além disso, são escassas as evidências sobre os fatores que estão associados ao desempenho funcional de crianças que não apresentam risco biológico e de crianças nascidas a termo com risco biológico.

Informações sobre o desempenho de atividades funcionais são extremamente relevantes, uma vez que as dificuldades no desempenho das mesmas constituem, geralmente, a queixa principal de crianças, pais e familiares (MANCINI et al., 2004b). Assim, o conhecimento dos efeitos dos fatores de risco biológicos e ambientais sobre a funcionalidade das crianças em idade escolar pode subsidiar políticas públicas voltadas às ações de prevenção e promoção, possibilitando uma abordagem global da criança que promova a sua independência, participação e qualidade de vida.

Diante das evidências encontradas na literatura e das lacunas identificadas, o objetivo deste estudo foi verificar os fatores relacionados com a funcionalidade de crianças com idade entre cinco e sete anos.

## **2. OBJETIVO**

### 2.1 Objetivo Geral

Verificar os fatores relacionados à funcionalidade de crianças com idade entre cinco e sete anos.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Verificar os fatores que isoladamente encontram-se relacionados com o desempenho funcional de crianças com idade entre cinco e sete anos.
- Verificar os fatores que em conjunto encontram-se relacionados com o desempenho funcional de crianças com idade entre cinco e sete anos.



### **3. MATERIAIS E MÉTODOS**

#### **3.1 DESENHO DE ESTUDO**

Estudo descritivo, observacional e transversal, que fez parte de um projeto de pesquisa mais amplo, intitulado, “Qualidade de vida de crianças em idade escolar: associação com a prematuridade e fatores relacionados”, que foi realizado pela pesquisadora Natália Trindade de Souza, no programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Juiz de Fora (SOUZA, 2015). O projeto foi aprovado pelo CEP da UFJF, com o parecer de número 875.927 em 18 de novembro de 2014 (ANEXO 1).

#### **3.2 PARTICIPANTES**

Os participantes deste estudo foram provenientes do banco de dados da pesquisa “Qualidade de vida de crianças em idade escolar: associação com a prematuridade e fatores relacionados”, com autorização da coordenadora da pesquisa.

##### **3.2.1 Critérios de inclusão**

Foram incluídas no estudo crianças com idade entre cinco e sete anos, de ambos os sexos, residentes no município de Juiz de Fora, com o desenvolvimento normal e que estavam inseridas no ambiente escolar. Além das crianças que nasceram a termo e com peso adequado também foram incluídas crianças que nasceram prematuras (IG inferior a 37 semanas) e com BP (PN inferior a 2.500 gramas) (WHO, 2004).

##### **3.2.2 Critérios de exclusão**

Foram excluídas crianças com déficits cognitivos ou de comunicação, malformação congênita, alterações cromossômicas, paralisia cerebral, alterações do desenvolvimento neuromotor ou outra condição de saúde, com

diagnóstico médico que pudesse influenciar o desfecho estudado. Também foram excluídas crianças que apresentaram histórico de internação nos últimos seis meses e participantes que interrompessem a entrevista antes de seu término e se o cuidador principal participante apresentasse alguma incapacidade de compreensão, déficit cognitivo, ou doença mental.

### 3.2.3 Critérios de não inclusão

Durante o contato com as famílias, foi questionado sobre o município de residência e aquelas crianças que não eram mais residentes no município de Juiz de Fora, ou que nasceram em outro município não foram incluídas. Assim como, aquelas que nasceram pós-termo (IG superior a 42 semanas) (WHO, 2004).

## 3.3 INSTRUMENTOS

### 3.3.1 *Pediatric Evaluation of Disability Inventory* (PEDI)

O instrumento Inventário de Avaliação de incapacidade Pediátrica (PEDI) é um teste na forma de questionário, podendo ser preenchido de acordo com o julgamento de profissionais que estejam familiarizados com o desenvolvimento funcional da criança ou pelos pais ou cuidadores através de uma entrevista estruturada (MANCINI, 2005). O PEDI foi traduzido e adaptado culturalmente para a língua portuguesa em 2005 (MANCINI, 2005). De acordo com o seu formato, é dividido em três partes: habilidades funcionais (parte I), nível de independência e assistência do cuidador (parte II) e as modificações necessárias no ambiente (parte III), buscando avaliar o desenvolvimento funcional da criança em todas as partes. Cada parte do teste informa sobre o desempenho em três domínios funcionais: autocuidado, mobilidade e função social (CHAGAS; MANCINI, 2008) (ANEXO 2).

A primeira parte aborda a execução de habilidades funcionais que a criança realiza, avaliando o autocuidado, constituída por 73 itens, que são

divididos da seguinte forma: cinco itens sobre o uso do banheiro; 10 sobre o controle esfinteriano; 10 itens sobre o banho; 14 itens sobre a alimentação; 14 sobre a higiene pessoal; e 20 sobre o vestir. A escala de mobilidade é composta por 59 itens divididos em: 10 itens que avaliam a mobilidade em escadas; 12 itens em ambientes externos; 13 itens em ambientes internos; e 24 que avaliam as transferências. Por fim, a avaliação da função social é composta por 65 itens, sendo cinco itens relacionados com a função comunitária, cinco sobre a autoproteção, cinco de auto informação, cinco relacionados com tarefas domésticas, cinco sobre orientação temporal, cinco itens sobre resolução de problemas, 10 de compreensão funcional, 10 de expressão funcional e 15 itens envolvendo o brincar (CHAGAS; MANCINI, 2008; MANCINI, 2005).

A segunda parte aborda a quantidade de assistência que é ofertado à criança pelo cuidador. É composta de 20 itens, sendo cinco relacionados com a função social (compreensão funcional, resolução de problemas, brincar com outras crianças e segurança), sete com a mobilidade (transferências no banheiro/cadeira, mobilidade/transferências na cama, transferências no carro e locomoção) e oito itens sobre autocuidado (alimentação, higiene pessoal, banho, vestir, controles urinário e intestinal) (CHAGAS; MANCINI, 2008; Mancini, 2005).

Já a terceira parte, analisa as modificações necessárias para a criança realizar suas tarefas, sendo cinco itens relacionados à função social, sete itens de mobilidade e oito itens de autocuidado (MANCINI, 2005). Nesta terceira parte, cada área de função é constituída de listas de frequência (*checklist*) informando sobre as modificações ou adaptações utilizadas pela criança, em número e tipo (CHAGAS; MANCINI, 2008; MANCINI, 2005).

Cada parte do teste PEDI utiliza um tipo de pontuação específico. A parte I é pontuada com escore “um”, se a criança for capaz de realizar a atividade funcional, e escore “zero” se não for capaz, ou se atividade não for adequada para seu repertório de habilidades. Sendo assim, em cada escala, os escores recebidos são somados, totalizando três escores brutos (CHAGAS; MANCINI, 2008; MANCINI, 2005). Os itens da parte II são pontuados de zero a cinco, sendo o valor “cinco”, indicativo de que a criança é totalmente

independente para realizar suas atividades, “quatro” quando requer supervisão, “três” se precisa de ajuda mínima, “dois” caso necessite de ajuda moderada, “um” ajuda máxima e “zero” totalmente dependente. Desta forma, obtém-se também como resultado três escores totais brutos (CHAGAS; MANCINI, 2008; MANCINI, 2005). Na parte III, deve ser indicada a frequência de modificações que a criança utilizou para desenvolver a tarefa funcional, sendo cada categoria avaliada como: N – nenhuma modificação, R – equipamento de reabilitação, E – modificações extensivas e C - modificação centrada na criança (CHAGAS; MANCINI, 2008; MANCINI, 2005).

Mesmo obtendo o escore bruto, o PEDI também fornece dois tipos de escores transformados: 1) Normativo: compara os escores da criança com um grupo de crianças com desenvolvimento normal, com mesma faixa etária. Um escore entre 30 e 70, é indicativo de que a criança apresenta desempenho adequado. Abaixo de 30 indica que o desempenho está nas faixas inferiores de acordo com os valores de referencia, e um escore acima de 70 é sugestivo que o desempenho está superior ao valor crítico. 2) Contínuo: é calculado utilizando a metodologia *Rasch*, através de transformação de dados. O escore obtido indica a sua localização entre uma faixa que varia de zero, baixa complexidade a 100 (cem), alta complexidade. (CHAGAS; MANCINI, 2008; MANCINI, 2005).

A realização da entrevista completa tem duração total de 45 a 60 minutos, podendo este tempo ser estendido ou reduzido de acordo com a fluência e precisão das informações disponibilizadas (CHAGAS; MANCINI, 2008; HALEY et al., 1992; MANCINI, 2005).

Neste estudo foram utilizadas somente as Partes I e II do PEDI e para a análise dos dados foram considerados os escores Bruto e normativo do instrumento.

### 3.3.2 *Questionário da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP - Critério de Classificação Econômica Brasil.*

O questionário de nível econômico da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa – ABEP (ANEXO 3), foi aplicado para classificar o perfil econômico das mães/pais participantes. O ABEP considera aspectos relativos

ao número de cômodos e utensílios domésticos, o nível de escolaridade do chefe de família, o poder de compra das pessoas, sendo sua divisão definida exclusivamente em classes econômicas. A partir deste questionário, é possível obter informações sobre o grau de instrução do chefe da família e a capacidade de aquisição de bens. Após o somatório de todos os itens, é possível caracterizar a população em uma escala que vai de A a E (com algumas subdivisões), sendo A, a classe mais alta e E, a mais baixa. Consideram-se pertencentes à classe A as famílias cuja pontuação varia de 43 a 100 pontos; a classe B1 encontra-se a pontuação de 37 a 42 pontos; a classe B2 varia entre valores de 26 a 36 pontos; na classe C1 inclui o intervalo de 19 a 25 pontos; a classe C2, de 15 a 18 pontos; a classe D, com pontuação variando de 11 a 14; e a classe E com intervalo de zero a 10 pontos (ABEP, 2014). No presente estudo a amostra foi dividida em classe A/B (A, B1 e B2) e Classe C/D (C1, C2, D).

### 3.3.3 Protocolo de Registro da Criança

As informações sobre a identificação e dados das crianças e de sua família foram preenchidas através de um formulário denominado Protocolo de Registro da Criança (APÊNDICE 1). Este formulário não é validado e foi criado pelos próprios pesquisadores com o objetivo de melhor organizar os dados das crianças participantes e familiares, para facilitar a análise posterior. As variáveis descritas foram escolhidas de acordo com a existência de antecedentes na literatura ou por hipóteses formuladas pelos autores. O protocolo de Registro da Criança continha dados como: nome, sexo, idade, IG, PN, endereço, série escolar, presença de problemas de saúde (como respiratórios, visuais, auditivos, comunicação, déficit de atenção e hiperatividade), IPP, escolaridade do pai e da mãe, estado civil, renda familiar e per capita.

### 3.4 PROCEDIMENTOS

No projeto que deu origem ao banco de dados “Qualidade de vida de crianças em idade escolar: associação com a prematuridade e fatores relacionados” (SOUZA, 2015), a coleta de dados foi realizada por sete acadêmicas do curso de fisioterapia e uma Fisioterapeuta. Inicialmente, foi realizado o treinamento teórico e prático dos pesquisadores em relação ao instrumento PEDI, a partir da aplicação em indivíduos que não fizeram parte da amostra do estudo. Os pesquisadores foram treinados até obterem o Índice de confiabilidade intra e inter-avaliadores superior a 80% ( $ICC > 0,80$ ).

Para compor a amostra do estudo de Souza (2015) foram convidados os participantes da pesquisa “Morbimortalidade dos neonatos egressos de UTI neonatal em Juiz de Fora” (SILVA, 2010). Foi realizado contato por telefone, sendo agendada uma visita domiciliar para a coleta dos dados. Após a coleta era solicitado aos responsáveis, indicação de outras crianças para participação no estudo, como vizinhos, amigos de escola, entre outros. A partir disso, novos contatos eram realizados. Em ambas as situações eram explicadas as intenções e os procedimentos do estudo e verificado se a criança atendia realmente aos critérios de inclusão estabelecidos. Em caso afirmativo, os cuidadores assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES 2).

Cada participante foi avaliado uma única vez e a coleta de dados, realizada com o cuidador principal da criança, seguiu a seguinte ordem: 1) Explicação dos procedimentos do estudo com leitura e assinatura do TCLE; 2) Preenchimento do protocolo de registro da criança; 3) Preenchimento do questionário ABEP; 4) Entrevista estruturada com o PEDI. Além disso, foram aplicados os demais instrumentos utilizados no estudo de Souza (2015), como Peds QL versão do cuidador e da criança e SDQ. A ordem da aplicação dos instrumentos foi previamente elaborada e realizada da mesma forma em todas as entrevistas.

### 3.5. ANÁLISE DOS DADOS

O perfil dos participantes de acordo com as variáveis descritivas estudadas, assim como, os resultados obtidos pelo teste PEDI foram apresentados em tabelas descritivas, na forma de média e desvio-padrão, valores mínimos e máximos para as variáveis contínuas e frequência absoluta e porcentagem para as variáveis categóricas.

O escore bruto obtido no teste PEDI foi convertido em escore normativo, de acordo com as instruções do manual do instrumento (MANCINI, 2005). No presente estudo foram considerados os seguintes valores para a caracterização da amostra: abaixo do percentil 30 (desempenho atrasado), entre 30 e 70 (desempenho adequado) e acima de 70 (desempenho adiantado).

Para verificar as associações das variáveis estudadas com a funcionalidade, foi utilizada a análise de regressão linear. Foram estudadas as seguintes variáveis: sexo, IG, PN, IPP, doenças no período atual, escolaridade dos pais, número de filhos, estado civil dos pais, renda familiar, renda per capita e NSE. Os fatores associados que apresentaram valor de  $p \leq 0,05$  na análise univariada de variância foram considerados elegíveis para comporem os modelos de regressão. O modelo escolhido foi o que apresentou o menor p-valor, maior efeito e maior poder.

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

#### 4. RESULTADOS

A amostra deste estudo foi composta por um total de 150 participantes.

As crianças apresentaram média de idade de 5,67 anos e 56% eram do sexo masculino. Os participantes eram em sua maioria a termo (63,3%), sendo que das crianças que nasceram com IG inferior a 37 semanas, 18,7% eram classificadas como “premature”, 14% “muito premature” (29 a 32 semanas de IG) e 4% “premature tardio” (33 a 36 semanas de IG). Com relação ao PN, a maioria dos participantes apresentou peso adequado ao nascer (66%), sendo que dos que apresentaram PN inferior a 2.500 gramas, 18% foram classificados como “baixo peso” (menor que 2500 gramas), 12,7% “muito baixo peso” (menor que 1500 gramas) e 3,3% como “extremo baixo peso” (menor que 1000 gramas). A média da IG e PN foram respectivamente, 36,49 dias (DP=3,78) e 2.664,37 gramas (DP=881,88). Além disso, 44,7% das crianças apresentaram IPP.

As doenças no período do estudo, relatada pela família, foi de 29,3% dos participantes, incluindo alterações respiratórias, como bronquite, asma ou rinite (44 crianças), déficit visual (11 crianças), hiperatividade (oito crianças), atraso da fala (oito crianças), déficit de atenção (cinco crianças) e déficit auditivo (uma criança).

Todas as crianças participantes frequentavam a escola, sendo que 62,7% cursavam a Educação Infantil e 37,3%, o Ensino Fundamental.

Com relação às características dos pais, 74% destes viviam juntos, 40% das mães e 45,3% dos pais declararam ter concluído o Ensino Médio. Além disso, 75,3% das mães e 94% dos pais possuíam emprego ativo. A mãe era a principal cuidadora do filho em 94,7% das famílias participantes. No que diz respeito ao número de filhos, 40% das famílias tinham dois filhos. Vale ressaltar que não foi possível obter os dados, referentes à escolaridade e emprego ativo, de três pais.

De acordo com a classificação econômica da ABEP as famílias foram classificadas em: classe A (14%), classe B (43,3%); classe C (37,3%); e classe D (5,3%). Nenhuma família participante pertencia à classe E. A renda familiar e



*per capita* média das famílias, agrupadas em AB e CD, foram, respectivamente, R\$4064,18 e R\$1118,04.

Os dados descritivos da população deste estudo com as variáveis categóricas e contínuas encontram-se nas tabelas 1 e 2, respectivamente.

Acrescenta-se a estes dados, o fato de que 111 participantes (74%) declararam ter casa própria, 100% tinham energia elétrica em casa, 148 participantes (98,7%) tinham acesso a água encanada e 98 (65,3%) tinham internet no domicílio.

Tabela 1. Características descritivas da amostra, com frequência e porcentagens.

Variáveis categóricas		Frequência	%
Sexo	Feminino	66	44,0
	Masculino	84	56,0
IG	A termo	95	63,3
	Prematuro	55	36,7
PN	Adequado	99	66,0
	Baixo peso	55	36,7
IPP	Sim	67	44,7
	Não	83	55,3
Doenças (atual)	Sim	44	29,3
	Não	106	70,7
Escolaridade da criança	1º período	34	22,7
	2º período	60	40,0
	1º fundamental	42	28,0
	2º fundamental	14	9,3
Classe econômica- ABEP	A	21	14,0
	B	65	43,3
	C	56	37,3
	D	8	5,3
	E	0	0
Escolaridade da mãe	Fundamental	44	29,3
	Médio	60	40,0
	Superior	46	30,7

Escolaridade do Pai	Fundamental	44	29,3
	Médio	68	45,3
	Superior	35	23,3
Pais vivem juntos	Sim	111	74,0
	Não	39	26,0
Número de filhos	1	54	36,0
	2	60	40,0
	Mais de 2	36	24,0

**Legenda:** IG: Idade gestacional; PN: Peso ao nascimento; IPP: Intercorrências no período perinatal; ABEP= Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Valores apresentados em frequência absoluta e porcentagens.

Tabela 2. Características descritivas da amostra, com média e desvio padrão.

<b>Variáveis contínuas</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
IG (semanas)	36,49 (3,78)	27	41
PN (gramas)	2664,37 (881,88)	750	4725
Idade da criança (anos)	5,67 (0,774)	5	7
Número de filhos	2,04 (1,09)	1	6
Renda Familiar (reais)	4064,18 (3925,68)	500,00	20000,00
Renda per capita (reais)	1118,04 (1150,49)	57,00	7500,00

**Legenda:** IG: Idade gestacional; PN: Peso ao nascimento. Valores apresentados em média e Desvio-padrão (DP) entre parênteses.

A tabela 3 apresenta os valores de média, desvio-padrão, mínimo e máximo dos escores bruto e normativo em cada dimensão das habilidades funcionais e assistência recebida do cuidador.

Tabela 3. Resultados dos escores bruto e normativo do Inventário de Avaliação de Incapacidade Pediátrica (PEDI).

<b>PEDI</b>	<b>Escore</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
HFAC	Bruto	68,93 (3,59)	53	73
	Normativo	44,65 (10,30)	10	66

HFM	Bruto	57,34 (2,14)	51	59
	Normativo	42,57 (16,56)	10	59
HFFS	Bruto	57,19 (3,65)	47	64
	Normativo	44,76 (8,68)	10	75
ACAC	Bruto	34,23 (4,96)	18	40
	Normativo	43,55 (10,04)	10	66
ACM	Bruto	33,70 (1,77)	27	35
	Normativo	43,26 (15,82)	10	58
ACFS	Bruto	22,05 (2,04)	16	25
	Normativo	54,99 (26,16)	10	90

**Legenda:** PEDI = Inventário de avaliação de incapacidade pediátrica; HFAC = habilidades funcionais de autocuidado, HFM = habilidades funcionais de mobilidade, HFFS = habilidades funcionais função social, ACAC = assistência cuidador autocuidado, ACM = assistência cuidador mobilidade, ACFS = assistência cuidador função social. Valores apresentados em média e Desvio-padrão (DP) entre parênteses.

A tabela 4 representa a classificação da independência funcional obtido pelas crianças, considerando desempenho “atrasado” quando o escore normativo era menor que 30, “adequado”, escore entre 30 e 70 e “adiantado” quando apresentava escore superior a 70. Desta forma, apresentaram desempenho atrasado na dimensão habilidades funcionais em auto-cuidado, mobilidade e função social 6%, 23,2% e 2% da amostra, respectivamente sendo que apenas um participante apresentou desempenho superior ao esperado, comparado com a amostra normativa brasileira. Para a dimensão Assistência recebida pelo cuidador em autocuidado, mobilidade e função social, 7,3%, 26,7% e 15,3% das crianças, respectivamente, apresentaram desempenho atrasado nesta dimensão. Vale ressaltar que 31,3% apresentou desempenho considerado adiantado na área de função social.

Tabela 4. Classificação da independência funcional de acordo com o Inventário de Avaliação de Incapacidade Pediátrica (PEDI).

PEDI	ATRASADO		ADEQUADO		ADIANTADO	
	N	%	N	%	N	%
HFAC	9	(6)	141	(94)	0	(0)
HFM	35	(23,3)	115	(76,7)	0	(0)
HFFS	3	(2)	146	(97,3)	1	(0,7)
ACAC	11	(7,3)	139	(92,7)	0	(0)
ACM	40	(26,7)	110	(73,3)	0	(0)
ACFS	23	(15,3)	80	(53,3)	47	(31,3)

**Legenda:** PEDI = Inventário de avaliação de incapacidade pediátrica; HFAC = habilidades funcionais de autocuidado, HFM = habilidades funcionais de mobilidade, HFFS = habilidades funcionais função social, ACAC = assistência cuidador autocuidado, ACM = assistência cuidador mobilidade, ACFS = assistência cuidador função social; N= número de participantes. Valores apresentados em número e porcentagem (%) entre parênteses.

A estratégia para regressão linear, conforme mencionado anteriormente, foi de inclusão das variáveis que apresentaram p-valor  $\leq 0,05$  na análise univariada de variância, ou seja, fatores que apresentaram de forma isolada associação significativa com o desempenho funcional. Na apresentação dos resultados serão mostrados alguns passos desta análise, mas serão mais bem detalhados os resultados referentes ao modelo final da regressão linear, que incluem os fatores que em conjunto apresentaram associação significativa com a funcionalidade das crianças avaliadas.

Na área de HFAC foi encontrada associação significativa, na análise univariada de variância, entre o escore do PEDI e as variáveis sexo ( $p=0,005$ ) e número de filhos ( $p=0,002$ ), demonstrando que crianças do sexo feminino apresentam maior funcionalidade (média 69,85) comparada com crianças do sexo masculino (média 68,21), e que de acordo com o aumento do número de filhos melhor o desempenho funcional (média igual a 67,89 para um filho e 70,58 para mais de dois filhos). No modelo de regressão linear, foi encontrada

associação significativa ( $p= 0,001$ ) na média obtida pelo PEDI entre a criança ser do sexo feminino e a mãe ter mais de dois filhos (média 71,44) comparada com a criança ser do sexo masculino e a mãe ter mais de dois filhos (média 69,72), conforme descrito na tabela 5.

Tabela 5. Resultado da regressão linear da dimensão HFAC do PEDI.

Sexo	N Filhos	N	Média (DP)	p valor	Efeito	Poder
F	1	23	69,22 (3,68)	0,001*	0,136	0,968
	2	25	69,28 (2,71)			
	>2	18	71,44 (1,72)			
M	1	31	66,90 (4,46)			
	2	35	68,60 (3,04)			
	>2	18	69,72 (3,59)			

**Legenda:** F: Feminino; M: Masculino; N: número de participantes; Valores apresentados em média e Desvio-padrão (DP) entre parênteses. \*  $p<0.05$ .

Na área HFM foi encontrada associação significativa entre o escore do PEDI e a variável idade gestacional ( $p=0,012$ ), indicando que as crianças prematuras apresentaram menor funcionalidade (média 56,76) comparada com crianças a termo (média 57,67), conforme descrito na tabela 6.

Tabela 6. Resultado da regressão linear da dimensão HFM do PEDI.

Variável		N	Média (DP)	p valor	Efeito	Poder
IG	AT	95	57,67 (2,07)	0,012*	0,042	0,718
	PT	55	56,76 (2,15)			

**Legenda:** IG: idade gestacional; AT: a termo; PT: pré-termo; N: número de participantes. Valores apresentados em média e Desvio-padrão (DP) entre parênteses. \*  $p<0.05$ .

Na área HFFS foi encontrada associação significativa entre o escore do PEDI e a variável número de filhos ( $p=0,034$ ), sendo que a média do escore do PEDI para um filho foi de 56,72 enquanto para mais de dois filhos foi de 58,58, conforme descrito na tabela 7.

Tabela 7. Resultado da regressão linear da dimensão HFFS do PEDI.

Variável		N	Média (DP)	p valor	Efeito	Poder
N Filhos	1	54	56,72 (3,64)	0,034*	0,046	0,653
	2	60	56,78 (3,27)			
	>2	36	58,58 (3,27)			

**Legenda:** N: número de participantes. Valores apresentados em média e Desvio-padrão (DP) entre parênteses. \*  $p<0.05$ .

Na área ACAC foi encontrada associação significativa, na análise univariada de variância, entre o escore do PEDI e as variáveis sexo ( $p=0,002$ ), IPP ( $p=0,005$ ), doença atual ( $p=0,001$ ), número de filhos ( $p=0,001$ ) e escolaridade da mãe ( $p=0,034$ ). Os resultados demonstraram maior média no escore do PEDI em crianças do sexo feminino, que não apresentaram IPP, que não possuíam doenças atuais, que tinham mais de dois irmãos e cujas mães possuíam ensino fundamental ou menor grau de escolaridade. No modelo de regressão linear, permaneceram apresentando associação significativa com o escore do PEDI as variáveis IPP, doença atual e número de filhos ( $p<0,0001$ ), indicando maior média quando a criança não apresentou IPP, não possuía doença no período atual e quando tinha mais de dois irmãos (38,80), comparada com o fato de ter um irmão (média 35,03) ou ser filho único (média 35,15). Já as crianças que tiveram IPP e não apresentavam doença atual, percebeu-se uma menor média quando a criança era filho único (média 32,56), aumentando o valor da média conforme o número de filhos aumenta. Quando a criança teve IPP, apresentou doença atual e era filho unigênito foi observada a menor média (28,17). Esses dados foram descritos na tabela 8.

Tabela 8: Resultado da regressão linear da dimensão ACAC do PEDI.

IPP	Doenças	N filhos	N	Média (DP)	p valor	Efeito	Poder
Não	Não	1	27	35,15 (3,81)	<0,0001*	0,296	1,000
		2	31	35,03 (3,95)			
		>2	10	38,80 (2,53)			
	Sim	1	6	34,50 (7,23)			
		2	7	30,71 (4,49)			
		>2	2	40,00 (0,00)			
Sim	Não	1	9	32,56 (4,33)			
		2	13	33,92 (3,52)			
		>2	16	36,19 (3,63)			
	Sim	1	12	28,17 (5,99)			
		2	9	30,33 (5,67)			
		>2	8	35,63 (4,53)			

**Legenda:** IPP: intercorrência no período perinatal; N: número de participantes. Valores apresentados em média e Desvio-padrão (DP) entre parênteses. \*  $p < 0.05$ .

Na área ACM foi encontrada resultado significativo, na análise univariada de variância, entre o escore do PEDI e as variáveis IG ( $p=0,006$ ), PN ( $p=0,002$ ) e IPP ( $p=0,016$ ), com maior média do escore do PEDI para as crianças a termo, com peso adequado ao nascer e que não apresentaram IPP. No modelo de regressão linear, permaneceram apresentando associação significativa com o escore do PEDI as variáveis IG e PN ( $p=0,014$ ), indicando que as crianças a termo com peso adequado apresentaram média semelhante às com baixo peso (média 34,00). Já as crianças prematuras com peso adequado ao nascer apresentaram maior média (média 34,11) do que as que nasceram prematuras com baixo peso (média 33,00). Os dados desta regressão estão descritos na tabela 9.

Tabela 9. Resultado da regressão linear da dimensão ACM do PEDI.

IG	PN	N	Média (DP)	p valor	Efeito	Poder
AT	Adequado	90	34,00 (1,72)	0,014*	0,070	0,792
	BP	5	34,00 (1,73)			
PT	Adequado	9	34,11 (1,05)			
	BP	46	33,00 (1,80)			

**Legenda:** IG: idade gestacional; AT: a termo; PT: pré-termo; PN: peso ao nascimento; BP: baixo peso; N: número de participantes. Valores apresentados em média e Desvio-padrão (DP) entre parênteses. \*  $p < 0.05$ .

Por fim, na área ACFS foi encontrada associação significativa, na análise univariada de variância, entre o escore do PEDI e as variáveis IPP ( $p=0,004$ ) e doença no período atual ( $p=0,049$ ), com maior média do PEDI para as crianças que não apresentaram intercorrência perinatal (média 22,48) e não possuíam doença atual (média 22,26), comparada às crianças que apresentaram intercorrência perinatal (média 21,52) e possuíam doença atual (média 21,55). No modelo de regressão linear, permaneceram apresentando associação significativa com o escore do PEDI ambas variáveis ( $p=0,019$ ), indicando que as crianças que não apresentaram intercorrência perinatal e não possuíam doença atual apresentaram maior independência nesta área (média 22,59), conforme descrito na tabela 10.

Tabela 10. Resultado da regressão linear da dimensão ACFS do PEDI.

IPP	Doenças (atual)	N	Média (DP)	p valor	Efeito	Poder
Não	Não	68	22,59 (1,82)	0,019*	0,066	0,761
	Sim	15	22,00 (1,64)			
Sim	Não	38	21,68 (2,18)			
	Sim	29	21,31 (2,25)			

**Legenda:** IPP: intercorrência no período perinatal; N: número de participantes. Valores apresentados em média e Desvio-padrão (DP) entre parênteses. \*  $p < 0.05$ .



## 5. DISCUSSÃO

Este estudo propôs verificar os fatores relacionados à funcionalidade de crianças com idade entre cinco e sete anos, apresentando como principais resultados a associação significativa entre o desempenho de habilidades funcionais e independência com os seguintes fatores: sexo, número de filhos, idade gestacional, peso ao nascimento, intercorrências no período perinatal e doença atual.

De acordo com os resultados do valor médio do escore normativo do PEDI, o desempenho funcional apresentado pela amostra, em todas as áreas avaliadas pelo instrumento, estão dentro dos limites de normalidade para a população brasileira. Segundo Mancini (2005), o escore normativo reflete o desempenho esperado de crianças brasileiras com desenvolvimento normal, sendo que em cada faixa etária um escore normativo entre 30 e 70 é considerado dentro do intervalo de normalidade.

No entanto, ao classificar o desempenho funcional, de acordo com o escore adquirido por cada criança, observou-se que 47 participantes apresentaram desempenho adiantado na área ACFS. Esta área engloba questões mais complexas, como compreensão e expressão funcional, resolução de problemas, brincar com companheiro e segurança, sendo que muitos itens somente são realizados por crianças com idade acima de seis ou sete anos (MANCINI, 2005). Tendo em vista que a média de idade da população estudada foi mais baixa (5,67 anos) não era esperado um desempenho adiantado em tal área. Este resultado pode estar relacionado ao elevado índice de escolaridade da maioria dos pais participantes (70,7% das mães e 68,6% dos pais apresentam ensino médio ou superior completo) e também ao fato de todas as crianças estarem inseridas no ambiente escolar, o que facilita e amplia o aprendizado e o desenvolvimento das mesmas.

O maior índice de atraso (26,7%) foi na dimensão ACM, seguido pela dimensão HFM (23,3%). Tal fato pode ser explicado pela subestimação dos pais em relação às capacidades do filho e proteção extrema, na qual os pais fornecem mais ajuda aos filhos do que o necessário (Mancini et al.,2004a). Sendo assim, uma vez que há muita ajuda para realização destas atividades, a

criança deixa de desempenhá-las, o que pode explicar a porcentagem de atraso nas habilidades funcionais relacionadas à mobilidade. Lemos et al. (2012) também encontraram desempenho atrasado nesta mesma área em crianças que nasceram prematuras. Segundo esses autores, os itens avaliados nesta área apresentam maior variabilidade de exigências impostas pela tarefa de transferências e locomoção em ambientes interno e externo (LEMOS et al., 2012). Vale ressaltar que a amostra do presente estudo não foi homogênea, incluindo crianças com diferentes riscos biológicos e sociais, o que pode interferir diretamente nos resultados, diferente dos estudos existentes que avaliaram, de forma separada, as populações com e sem risco.

Também deve-se levar em consideração que o atraso na área de mobilidade pode estar relacionado à nova era tecnológica vivenciada por esta geração, em que devido ao uso de aparelhos eletrônicos, como tablets, vídeo games e celulares, as crianças estão se tornando cada vez mais sedentárias, interferindo no seu desenvolvimento motor, uma vez que estas estão substituindo as atividades físicas pelas novidades eletrônicas. Segundo Paiva e Costa (2015), os dispositivos eletrônicos influenciam de forma direta na maturação afetiva, cognitiva, e social das crianças e a automação causada pela tecnologia, diante da comodidade e facilidade, resulta no sedentarismo.

De acordo com o resultado da regressão linear, observou-se associação significativa entre número de filhos e sexo na área HFAC, sendo que as crianças do sexo feminino e que possuíam mais de dois irmãos apresentaram melhor desempenho funcional. A área de autocuidado avalia habilidades da alimentação, cuidado pessoal, vestir, banho e uso de toalete (MANCINI, 2005). Observa-se na literatura que homens e mulheres diferem em suas capacidades, sendo que o sexo feminino apresenta melhor desempenho em tarefas de rápido acesso e uso de informação semântica e fonológica, velocidade perceptual e memória verbal, comparado ao sexo masculino que apresenta maior desempenho em tarefas que exigem raciocínio matemático e científico, transformações viso-espaciais na memória de trabalho e orientação espacial (MENDOZA et al., 2007).

No estudo de Mendoza et al. (2007), foi realizada avaliação psicomotora e do desempenho escolar em crianças entre cinco e 11 anos de idade,

utilizando instrumentos que mediam a inteligência, como o teste Desenho da Figura Humana, usado para avaliação de sucesso terapêutico, medida de desenvolvimento intelectual e indicador de problemas emocionais (WECHSLER et al., 2011) e o teste Bender, que avalia a maturidade perceptiva, índices de possível deterioração neurológica e o ajustamento emocional (KOPPITZ, 1989). Os resultados mostraram que as meninas com idade entre cinco e sete anos apresentaram melhores resultados nos testes, com diferenças estatisticamente significativa comparada com os meninos da mesma idade. Já as demais idades avaliadas não apresentaram diferenças significativas. Segundo Cunha (2002), a maturação psicomotora ocorre primeiramente nas meninas até os nove ou 10 anos de idade, e posteriormente acontece nos meninos, o que pode explicar o fato da menina apresentar melhor desempenho funcional em autocuidado comparado aos meninos.

O fato de ter mais de dois irmãos pode está relacionado à ideia de que a criança recebe menos assistência dos pais, visto que estes precisam dividir a atenção e cuidados com os filhos, não podendo focar somente em um deles, o que pode aumentar de forma indireta, o repertório de habilidades funcionais destas crianças. Apesar deste estudo não ter pesquisado a idade dos irmãos, soma-se a essas hipóteses o fato da criança possuir um “modelo motor” no ambiente domiciliar, passando assim, a imitar o irmão quando este possui idade superior, permitindo o desenvolvimento precoce das habilidades (SINDER; FERREIRA, 2010).

A área de HFFS teve associação significativa com apenas um fator, o número de filhos. Tal habilidade engloba linguagem, resolução de problemas, jogo interativo, autoproteção, brincadeiras, entre outros, sendo essas mais desenvolvidas em crianças que apresentaram dois ou mais irmãos. Este resultado também pode ser compreendido pelo fato da criança ter menos assistência dos pais, uma vez que os cuidados são divididos, levando à maior necessidade da criança desenvolver suas habilidades referentes à função social. Além disso, esta associação também pode estar relacionada com a interação da criança com os irmãos, principalmente nas atividades que envolvem brincadeiras com os companheiros. Segundo Andrade et al. (2005) a

interação da criança com outras crianças é um dos principais elementos para uma adequada estimulação no espaço familiar.

Sabe-se que a criança pré-termo e com PN abaixo de 1500 gramas, constitui grupo de risco para o desenvolvimento (LINHARES et al., 2000). A IG foi o fator que apresentou associação significativa com a dimensão HFM, ou seja, quanto menor a IG menor o desempenho nessa habilidade. Já a dimensão ACM apresentou associação significativa com os fatores IG e PN, na qual a criança pré-termo e com menor PN necessitou de maior assistência do cuidador para realizar essa habilidade. De acordo com a literatura o cuidador da criança prematura tende a exercer papel mais dominante e por mais tempo comparado à criança nascida a termo (MAGGI et al., 2014). A maior participação dos pais ou cuidadores nas atividades funcionais decorre da menor participação das crianças. Outra justificativa pode estar relacionada à tendência a superproteção dessas crianças que são mais frágeis desde o nascimento, sendo manifestado no sentido de subestimar as habilidades dessas crianças (MAGGI et al., 2014). Lemos et al. (2012) em seu estudo que utilizou o PEDI com cuidadores de 98 crianças prematuras com idade acima de dois anos (média de 4,3 anos), encontraram crianças com desempenho atrasado nesta área, sendo justificado pelo instrumento apresentar vários itens de transferência e locomoção em ambiente interno e externo, e pelas crianças residirem e viverem em lugares diferentes.

Nas habilidades assistência do cuidador autocuidado (ACAC), os fatores associados foram: IPP, doença atual e possuir mais de dois irmãos. Quando a criança apresentou IPP, sua independência nessa habilidade foi menor, assim como, quando a criança apresentava alguma doença atual, fato que pode ser justificado novamente pela superproteção dessas crianças que sofreram alguma complicação ao nascer ou que apresentam alguma doença, sendo manifestado no sentido de subestimar as habilidades dessas crianças (MAGGI et al., 2014). De acordo com Mancini et al. (2004), há uma dificuldade de entendimento por parte dos pais e cuidadores de que a condição de vulnerabilidade biológica não implica na necessidade de oferecer maior assistência em longo prazo e estes acabam por oferecer mais ajuda que o necessário (MANCINI et al., 2004a). Quando a criança apresentava mais de

dois irmãos, a independência na área ACAC aumentava. Sendo assim, vale ressaltar que mais uma vez a presença de irmãos atua de forma direta no desenvolvimento das habilidades funcionais em atividades como alimentação, vestuário, higiene, entre outras, permitindo que a criança necessite de menos assistência do cuidador. Percebe-se que a criança começa a desenvolver suas habilidades mais precocemente por ter menos assistência dos pais e pelo fato dos irmãos servirem de estímulos e modelos motores para desenvolvimento, a partir da observação e reprodução de atividades que os irmãos de idade superior já realizam (SINDER; FERREIRA, 2010).

Por fim, foram observados relação entre doença atual e IPP na área de ACFS, indicando que as crianças que apresentaram estas condições tiveram menor independência. Condições observadas devido a superproteção à criança que possui ou possuiu alguma doença e à subestimação do cuidador em relação às habilidades dessa criança (MAGGI et al., 2014). O fato da criança ter sofrido complicações no momento do nascimento, muitas vezes, necessitando de cuidados especiais e com risco de morte pode levar os pais a sentirem-se culpados, fazendo com que os mesmos tenham necessidade de protegê-las ao longo da vida, impossibilitando que estas crianças adquiram independência nessas habilidades.

Este estudo apresentou como limitação o fato do mesmo ser de caráter transversal, não podendo inferir sobre desfechos futuros nem afirmar quando estes fatores começaram a interferir na funcionalidade destas crianças. Sugerem-se, assim, novos estudos longitudinais para reforçar os resultados encontrados, visto que, estes permitirão avaliar melhor as mudanças no desempenho funcional infantil.

## **6. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados deste estudo indicam que múltiplos fatores podem estar relacionados ao desempenho funcional de crianças com idade entre cinco e sete anos, com destaque para os fatores biológicos (como sexo, idade gestacional, peso ao nascimento e intercorrências no período perinatal), ambientais (como o número de irmãos) e presença de doenças. Esses resultados ressaltam a importância de identificar crianças expostas a múltiplos fatores de risco, a fim de fundamentar estratégias de avaliação e intervenção adequadas e ampliar ações de saúde direcionadas a este grupo.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, S. A.; SANTOS, D. N.; BASTOS, A. C.; PEDROMÔNICO, M. R. M.; FILHO, N. D. A.; BARRETO, M. L. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica. **Revista de saúde pública**, v.39(4), p.606-611, 2005.

CHAGAS, P. S. de 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.**

CUNHA, J. A. Bender na criança e no adolescente. **Psicodiagnóstico-V**, 5ª edição, 2002.

DANIELSSON, A.; BARTONEK, A.; LEVEY, E.; MCHALE, K.; SPONSELLER, P.; SARASTE, H. Associations between orthopaedic findings, ambulation and health-related quality of life in children with myelomeningocele. **Journal of Children's Orthopaedics**, v. 2(1), p. 45–54, 2008.

EISENBERG, S.; ZUK, L.; CARMELI, E.; KATZ-LEURER M. Contribution of stepping while standing to function and secondary conditions among children with cerebral palsy. **Pediatric Physical Therapy**, v. 21(1), p. 79–85, 2009.

GUIMARÃES, C. L. N.; REINAUX, C. M.; BOTELHO, A. C. G.; LIMA, G. M. S.; FILHO, J. E. C. Desenvolvimento motor avaliado pelo Test of Infant Motor Performance: comparação entre lactentes pré-termo e a termo. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 15 (5), p. 357-362, 2011.

HALEY, S. M.; COSTER, W. J.; LUDLOW, L. H.; HALTIWANGER, J. T.; ANDRELLOS, P. J. Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI): development, standardization and administration manual. **Boston, MA: New England Medical Center Inc.**, version 1.0, 1992.

HOGAN, D. P.; ROGERS, M. L.; MSALL, M. E. Funcional limitations and key indicators of well-being in children with disability. **Archives of pediatrics and adolescent medicine, Chicago**, v. 154(10), p. 1042-1048, 2000.

HOWE, T.-H.; SHEU, C.-F.; WANG, T.-N.; HSU, Y.-W.; WANG, L.-W. Neuromotor outcomes in children with very low birth weight at 5 years of age. **American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation**, v. 90, p. 667-680, 2011.

KOPPITZ, E. O Teste Guestáltico Bender para Crianças. **Artes Médicas**, 1989.

LEMOS, R. A. **Efeitos da prematuridade e do baixo peso ao nascimento sobre as habilidades funcionais e a independência de crianças entre 2 e 7 anos de idade acompanhadas em um serviço de follow-up**. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

LEMOS, R. A.; FRÔNIO, J. D. S.; RIBEIRO, L. C.; DEMARCHI, R. S.; SILVA, J. D.; NEVES, L. A. T. Desempenho funcional segundo a idade gestacional e o peso ao nascer de crianças em idade pré-escolar nascidas prematuras ou com baixo peso. **Journal of Human Growth and Development**, v. 22(1), p. 1-11, 2012.

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(18), p. 60-9, 2000.

LINHARES, M. B. M.; CHIMELLO, J. T.; BORDIN, M. B. M.; CARVALHO, E. V. C.; MARTINEZ, F. E. Desenvolvimento Psicológico na Fase Escolar de Crianças Nascidas Pré-termo em Comparação com Crianças Nascidas a



Termo. **Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto - Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18(1), p. 109-117, 2005.

MAGGI, E. F.; MAGALHÃES, L. C.; CAMPOS, A. F.; BOUZA, M. C. F. Preterm children have unfavorable motor, cognitive, and functional performance when compared to term children of preschool age. **Jornal de Pediatria**, v. 90(4), p. 377-383, 2014.

MANCINI, M. C.; FIÚZA, J. M.; REBELO, J. M.; MAGALHÃES, L. C.; COELHO, Z. A. C.; PAIXÃO, M. L.; GONTIJO, A. P. B.; FONSECA, S. T. Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 60(2-B), p. 446-452, 2002a.

MANCINI, M. C.; TEIXEIRA, S.; ARAÚJO, L. G. D.; PAIXÃO, M. L.; MAGALHÃES, L. D. C.; COELHO, Z. A. C.; GONTIJO, A. P. B.; FURTADO, S. R. C.; SAMPAIO, R. F.; FONSECA, S. T. D. Estudo do desenvolvimento da função motora aos 8 e 12 meses de idade em crianças nascidas pré-termo e a termo. **Arq Neuropsiquiatr**, v. 60(4), p. 974-980, 2002b.

MANCINI, M. C.; MEGALE, L.; BRANDÃO, M. B.; MELO, A. P. P.; SAMPAIO, R. F. Efeito moderador do risco social na relação entre risco biológico e desempenho funcional infantil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 4(1), 2004a.

MANCINI, M. C.; ALVES, A. C.; SCHAPER, C.; FIGUEIREDO, E. M.; COELHO, Z. A. C.; TIRADO, M. G. A. Gravidade da paralisia cerebral e desempenho funcional. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 8(3), p. 253-260, 2004b.

MANCINI, M. C. Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI) – Manual da versão brasileira adaptada. **Belo Horizonte, MG: Editora UFMG**, 2005.

MENDOZA, C. E. F.; ALVES, M. M.; LELÉ, A. J.; BANDEIRA, D. R. Inexistência de diferenças de sexo no fator g (Inteligência Geral) e nas habilidades específicas em crianças de duas capitais brasileiras. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 20(3), p. 499-506, 2007.

MOREIRA, R. S.; MAGALHÃES, L. C.; ALVES, C. R. L. Effect of preterm birth on motor development, behavior, and school performance of school-age children: a systematic review. **Jornal de Pediatria**, v. 90(2), p. 119–134, 2014.

PAIVA, N. M. N.; COSTA, J. D. S. A influência da tecnologia na infância: desenvolvimento ou ameaça? **O portal dos psicólogos**, 2015.

SILVA, A. J. **Morbimortalidade dos neonatos de UTI neonatal em Juiz de Fora**: fatores associados. 2010. 115f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)- Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.

SINDER, C. B.; FERREIRA, M. C. P. **Oportunidades do ambiente domiciliar e desenvolvimento motor de lactentes entre dez e 18 meses de idade**. 2010. 73f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) – Faculdade de Fisioterapia, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2010.

SOUZA, N. T. D. **Qualidade de vida de crianças em idade escolar**: associação com a prematuridade e fatores relacionados. 2015. Dissertação (Mestrado em Fisioterapia) - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2015.

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

SULLIVAN, M. C.; MSALL, M. E. Functional performance of preterm children at age 4. **J Pediatr Nurs**, v. 22(4), p: 297-309, 2007.

WECHSLER, S. M.; PRADO, C. D. M.; Oliveira, K. D. S.; MAZZARINO, B. G. Desenho da Figura Humana: Análise da Prevalência de Indicadores para Avaliação Emocional. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 24(3), p. 411-418, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **Low birthweight: contry, regional and global estimates**. New York: WHO, Unicef, 2004.

## APÊNDICE

### APÊNDICE 1: Protocolo de registro da criança.

#### 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 capita: \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_

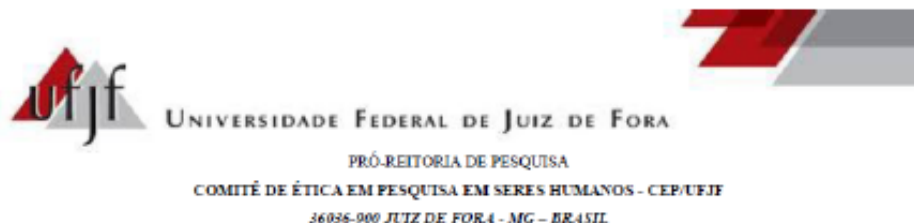
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) versão do 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 a 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

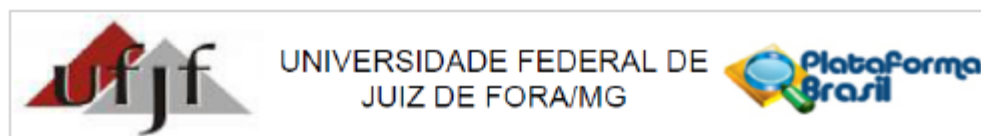
Fone: (32) 88396517

E-mail: nataliatrindadetr@yahoo.com.br



## ANEXOS

## ANEXO 1. Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora.



**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 ACESSORIA, 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.

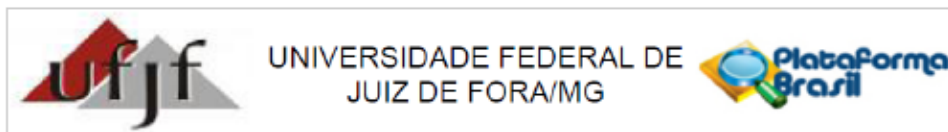
**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

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



Continuação do Parecer: 875.927

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 "Morbimortalidade 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	

Página 02 de 03

JUIZ DE FORA, 18 de Novembro de 2014

---

**Assinado por:**  
**Paulo Cortes Gago**  
**(Coordenador)**

ANEXO 2. Instrumento de avaliação Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI) traduzido no português brasileiro.

**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**

## Parte I: Habilidades funcionais

## Área de Autocuidado

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

## A: TEXTURA DOS ALIMENTOS

- |  | incapaz | capaz |
|--|---------|-------|
| 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 | capaz |
|---|---------|-------|
| 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:

## Área de Mobilidade

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

A: TRANSFERÊNCIAS NO BANHEIRO		incapaz	capaz
		0	1
1- Fica sentado se estiver apoiado em equipamento ou no adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Fica sentado sem apoio na privada ou troninho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Senta e levanta de privada baixa ou troninho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Senta e levanta de privada própria para adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Senta e levanta da privada sem usar seus próprios braços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B: TRANSFERÊNCIAS DE CADEIRAS/ CADEIRAS DE RODAS		incapaz	capaz
		0	1
6- Fica sentado se estiver apoiado em equipamento ou adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Fica sentado em cadeira ou banco sem apoio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Senta e levanta de cadeira, mobília baixa/infantis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Senta e levanta de cadeira/cadeira de rodas de tamanho adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10- Senta e levanta de cadeira sem usar seus próprios braços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C-1: TRANSFERÊNCIAS NO CARRO		incapaz	capaz
		0	1
11a- Movimenta-se no carro; mexe-se e sobe/desce da cadeirinha de carro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12a- Entra e sai do carro com pouco auxílio ou instrução	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13a- Entra e sai do carro sem assistência ou instrução	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14a- Maneja cinto de segurança ou cinto da cadeirinha de carro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15a- Entra e sai do carro e abre e fecha a porta do mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C-2: TRANSFERÊNCIAS NO ÔNIBUS		incapaz	capaz
		0	1
11b- Sobe e desce do banco do ônibus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12b- Move-se com ônibus em movimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13b- Desce a escada do ônibus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14b- Passa na roleta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15b- Sobe a escada do ônibus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D: MOBILIDADE NA CAMA / TRANSFERÊNCIAS		incapaz	capaz
		0	1
16- Passa de deitado para sentado na cama ou berço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17- Passa para sentado na beirada da cama, deita a partir de sentado na beirada da cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18- Sobe e desce de sua própria cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19- Sobe e desce de sua própria cama, sem usar seus braços	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E: TRANSFERÊNCIAS NO CHUVEIRO		incapaz	capaz
		0	1
20- Entra no chuveiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21- Sai do chuveiro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22- Agacha para pegar sabonete ou shampoo no chão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23- Abre e fecha box/cortinado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24- Abre e fecha torneira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F: MÉTODOS DE LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE INTERNO (escore 1 se já realiza)		incapaz	capaz
		0	1
25- Rola, pivoteia, arrasta ou engatinha no chão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26- Anda, porém segurando-se na mobília, parede, adulto ou utiliza aparelhos para apoio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27- Anda sem auxílio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE INTERNO: DISTÂNCIA/VELOCIDADE (escore 1 se já realiza)		incapaz	capaz
		0	1
28- Move-se pelo ambiente, mas com dificuldade (cai, velocidade lenta para a idade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29- Move-se pelo ambiente sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30- Move-se entre ambientes, mas com dificuldade (cai, velocidade lenta para a idade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31- Move-se entre ambientes sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32- Move-se em ambientes internos por 15 m, abre e fecha portas internas e externas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE INTERNO: ARRASTA / CARREGA OBJETOS		incapaz	capaz
		0	1
33- Muda de lugar intencionalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34- Move-se, concomitantemente, com objetos pelo chão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35- Carrega objetos pequenos que cabem em uma das mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36- Carrega objetos grandes que requerem a utilização das duas mãos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37- Carrega objetos frágeis ou que contenham líquidos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO: MÉTODOS		incapaz	capaz
		0	1
38- Anda, mas segura em objetos, adultos ou aparelhos de apoio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39- Anda sem apoio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO: DISTÂNCIA / VELOCIDADE (escore 1 se já for capaz)		incapaz	capaz
		0	1
40- Move-se por 3 - 15 m (comprimento de 1-5 carros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41- Move-se por 15 - 30 m (comprimento de 5-10 carros)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42- Move-se por 30 - 45 m	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43- Move-se por 45 m ou mais, mas com dificuldade (tropeça, velocidade lenta para a idade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44- Move-se por 45 m ou mais sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO SUPERFÍCIES		incapaz	capaz
		0	1
45- Superfícies niveladas (passeios e ruas planas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46- Superfícies pouco acidentadas (asfalto rachado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47- Superfícies irregulares e acidentadas (gramados e ruas de cascalho)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48- Sobe e desce rampas ou inclinações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49- Sobe e desce meio-fio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L: SUBIR ESCADAS (escore 1 se a criança conquistou previamente a habilidade)		incapaz	capaz
		0	1
50- Arrasta-se, engatinha para cima por partes ou lances parciais de escada (1-11 degraus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51- Arrasta, engatinha para cima por um lance de escada completo (12-15 degraus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52- Sobe partes de um lance de escada (ereto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53- Sobe um lance completo, mas com dificuldade (lento para a idade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54- Sobe um conjunto de lances de escada sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M: DESCER ESCADAS (escore 1 se a criança conquistou previamente a habilidade)		incapaz	capaz
		0	1
55- Arrasta-se, engatinha para baixo por partes ou lances parciais de escada (1-11 degraus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56- Arrasta-se, rasteja para baixo por um lance de escada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57- Desce, ereto, um lance de escada completo (12-15 degraus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
58- Desce um lance completo, mas com dificuldade (lento para a idade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59- Desce um conjunto de lances de escada sem dificuldade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Somatório da Área de Mobilidade: 

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

Comentários:

## Área de Função Social

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

A: COMPREENSÃO DO SIGNIFICADO DA PALAVRA		incapaz	capaz
		0	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 sequência 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 transformado por causa de um problema, a criança precisa ser ajudada imediatamente, ou o seu comportamento é prejudicado			
23- Se transformado 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

H: BRINCADEIRA COM OBJETOS		incapaz	capaz
		0	1
36- Manipula brinquedos, objetos ou o corpo com intenção			
37- Usa objetos reais ou substituídos em sequência 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

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

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

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

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

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	Crência	Reabilitação	Extensiva	
<b>Área de Autocuidado</b>	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						<input type="text"/>				Frequências
<b>Área de Mobilidade</b>											
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						<input type="text"/>				Frequências
<b>Área de Função Social</b>											
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 tomar 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						<input type="text"/>				Frequências

## ANEXO 3 - Associação Brasileira de Empresas e Pesquisa (ABEP) - 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 às 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 Pili (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>.



A edição nº 6 da Revista PMKT21 traz um artigo sobre as referidas alterações e pode ser encontrada no link <http://www.abep.org/pmkthlog/fliprevista/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 contínua, 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

**Rua Pavimentada**

Condição da rua do domicílio entrevistado.

Condição da rua do domicílio	Pontuação
Asfaltada/Pavimentada	2 pts
Terra/Cascalho	0 pts

**Escolaridade do chefe da família**

Grau de escolaridade	Pontuação
Analfabeto / Fundamental I incompleto	0 pt
Fundamental I completo / Fundamental II incompleto	1 pt
Fundamental II completo / Médio incompleto	2 pts
Médio completo / Superior incompleto	4pts
Superior completo	7pts

**OBSERVAÇÕES IMPORTANTES**

Este critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas. Não pode, entretanto, como qualquer outro critério, satisfazer todos os usuários em todas as circunstâncias. Certamente há muitos casos em que o universo a ser pesquisado é de pessoas, digamos, com renda pessoal mensal acima de US\$ 30.000. Em casos como esse, o pesquisador deve procurar outros critérios de seleção que não o CCEB.

A outra observação é que o CCEB, como os seus antecessores, foi construído com a utilização de técnicas estatísticas que, como se sabe, sempre se baseiam em coletivos. Em uma determinada amostra, de determinado tamanho, temos uma determinada probabilidade de classificação correta, (que, esperamos, seja alta) e uma probabilidade de erro de classificação (que, esperamos, seja baixa). O que esperamos é que os casos incorretamente classificados sejam pouco numerosos, de modo a não distorcer significativamente os resultados de nossa investigação.

Nenhum critério, entretanto, tem validade sob uma análise individual. Afirmações frequentes do tipo "... conheço um sujeito que é obviamente classe D, mas pelo critério é classe B..." não invalidam o critério que é feito para funcionar estatisticamente.

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.



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