

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

FACULDADE DE FISIOTERAPIA

Clarissa Delgado Fonseca

Welida Aparecida Cordeiro

**EFEITOS DE UM MATERIAL EDUCATIVO NA PROMOÇÃO DO
DESENVOLVIMENTO FUNCIONAL DE CRIANÇAS NASCIDAS PREMATURAS**

Juiz de Fora

2018

Clarissa Delgado Fonseca

Welida Aparecida Cordeiro

**EFEITOS DE UM MATERIAL EDUCATIVO NA PROMOÇÃO DO
DESENVOLVIMENTO FUNCIONAL DE CRIANÇAS NASCIDAS PREMATURAS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Faculdade de Fisioterapia da Universidade
Federal de Juiz de Fora como requisito parcial
para a obtenção do título de fisioterapeuta.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Rayla Amaral Lemos

Juiz de Fora

2018

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

Fonseca e Cordeiro, Clarissa Delgado e Welida Aparecida.
Efeitos de um Material Educativo na promoção do Desenvolvimento Funcional de crianças nascidas prematuras / Clarissa Delgado Fonseca e Welida Aparecida Cordeiro. -- 2018. 50 p.

Orientador: Rayla Amaral Lemos
Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Fisioterapia, 2018.

1. Prematuridade. 2. Educação em saúde. 3. Funcionalidade. 4. Atividades de vida diária. 5. Intervenção. I. Lemos, Rayla Amaral, orient. II. Título.

Clarissa Delgado Fonseca

Welida Aparecida Cordeiro

**"EFEITOS DE UM MATERIAL EDUCATIVO NA
PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO FUNCIONAL DE
CRIANÇAS NASCIDAS PREMATURAS"**

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 à banca examinadora e **aprovado** no dia 14 de setembro de 2018.

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Rayla Amaral Lemos



Prof. Paula Silva de Carvalho Chagas



Prof. Manuella Barbosa Feitosa

RESUMO

Este estudo teve por objetivo analisar os efeitos do material educativo “História de Sofia: Batalhas e Conquistas da família no cuidado e desenvolvimento da criança prematura” na promoção do desenvolvimento funcional de crianças nascidas prematuras. Trata-se de um ensaio clínico controlado e randomizado unicego, com amostra de conveniência. Os participantes foram randomizados em dois grupos: um Grupo Intervenção (GI) que recebeu e foi orientado com o material educativo na primeira fase de coleta, e um Grupo Controle (GC), que recebeu orientação através dos marcos motores esperados por faixa etária contidos na Caderneta de Saúde da Criança do Ministério da Saúde. Foram realizadas três fases de coleta, com espaçamento entre fases de dois meses. Em todas as fases uma pesquisadora previamente treinada e cega quanto à distribuição dos grupos aplicou com o cuidador o Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI), que avalia o desenvolvimento funcional e a independência da criança nas áreas de autocuidado, mobilidade e função social. Participaram 19 crianças atendidas em um serviço de *follow-up* da região, nascidas prematura. Os participantes em sua maior eram prematuros tardios (68,4%) com baixo peso ao nascer (63,2%), compondo uma amostra com risco leve a moderado para alterações no desenvolvimento. Não houve diferenças estatisticamente significativas entre grupos em relação ao peso ao nascer, grau de prematuridade, intercorrências no período neonatal e no último ano, nível socioeconômico e frequentar creche. Na 1ª avaliação, a média da maior parte dos domínios do PEDI classificou o desenvolvimento dos participantes como adequado, porém com valor inferior ou próximo da média da população brasileira (escore normativo de 50,0). Entre a primeira e terceira fases, houve um aumento estatisticamente significativo na pontuação de Habilidades Funcionais de Mobilidade (HFM) em ambos os grupos (GI com $p=0,048$ e GC com $p=0,015$); e uma tendência de melhora nas pontuações de Habilidades Funcionais de Autocuidado, Habilidades Funcionais de Função Social (HFFS) e Assistência do Cuidador no Autocuidado (ACAC) no GI ($0,05 < p < 0,10$). Estes resultados sugerem que os materiais educativos podem ser importantes aliados na promoção do desenvolvimento funcional de crianças nascidas prematuras.

Palavras-chave: Prematuridade. Educação em saúde. Funcionalidade. Atividades de vida diária. Intervenção.

ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the effects of the educational material “História de Sofia: Batalhas e Conquistas da família no cuidado e desenvolvimento da criança prematura” on the promotion of functional development on preterm born children. This is a randomized, controlled and single-blinded clinical trial with convenience sample. The participants were randomized on Two Groups: Intervention Group (IG), which received and was oriented by the educational material on the first phase of the study, and Control Group (CG), which received orientation with the motor milestones of the Caderneta de Saúde da Criança do Ministério da Saúde. There were three study phases, separated by two months each. In all phases, a previously trained researcher, who was blinded to the allocation group, applied on the caregiver the Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI), an instrument that evaluates the functional development and independence of children on the areas of selfcare, mobility and social function. The participants were 19 children who are followed in specialized follow-up service in the area and were born preterm. The sample was composed mostly of late preterm children (68,4%) with low birth weight (63,2%), characterizing the sample as light to moderate risk for development delays. There were no statistically significant differences between groups on the sample characterization variables (birth weight, prematurity rate, complications on neonatal period and in the last year, socioeconomic level and attend to daycare). On baseline, the mean on most part of the PEDI domains classified the participants’ development as adequate, but with inferior or next to the mean of Brazilian’s population score (normative score of 50,0). Between phases one and three, there was a statistically significant increase on the functional abilities on the area of mobility scores on both groups ($p=0,048$ on IG and $p=0,015$ on CG); and a tendency to increase of the functional abilities on the areas of selfcare, social function and caregiver’s assistance on selfcare on IG ($0,05 < p < 0,10$). These results suggest that the educational materials may be important allies on the promotion of preterm born children’s development.

Keywords: Prematurity. Health Education. Functionality. Daily Activities. Intervention.

AGRADECIMENTOS

Aos meus avós, tios, tias e primos, por sempre me incentivarem e me apoiarem. Pelo carinho de vocês, sempre se fazendo presentes nos momentos difíceis. Agradeço especialmente à minha avó Zuleima, por cada velinha acendida nos dias daquelas provas mais complicadas - deu certo! Aqui estou eu.

Aos meus pais, por terem dedicado seus dias e noites cuidando de mim com tanto amor. Por terem incentivado desde cedo o pensamento crítico e o interesse nos estudos. Por serem meu exemplo de vida, me ensinando a correr atrás do que quero, não me calar diante das injustiças e nunca desistir. Se eu me torno alguém hoje em dia, é graças a vocês.

À minha irmã, por ter me oferecido a inspiração e o dom para seguir a área da saúde. CAMILA (tomo a liberdade de escrever em caixa alta para que você consiga ler seu nome aqui), você é um exemplo de empatia, amor ao próximo e simpatia. Você deixa sua marquinha no coração de todo mundo que conhece. Obrigada por ouvir meus desabafos, por chorar junto comigo nos momentos difíceis e me dizer do seu jeito que vai ficar tudo bem. Por brigar comigo quando mereci e me ajudar a brigar nos momentos de indignação - se existe pessoa mais brava, desconheço. Minha pitchulinha, "tinhamo" muito!!! 

Aos meus amigos, que sempre estão por perto (mesmo à distância) me oferecendo um ombro amigo (pleonasma, talvez... Mas sempre bom enfatizar) e me aconselhando. Que aguentam minhas piadas sem graça e momentos de insanidade. Um agradecimento especial para Lilia, Yasmin, Jessyca, Larissa, Daniele e Lucas.

Ao meu "namorgato", pelo companheirismo sem fim de todos os dias. Por oferecer o aconchego de seus braços quando mais preciso. Por me aguentar na TPM e nas noites/madrugadas de estudo. Por ter a paciência de (tentar) me ensinar a dançar. Por acreditar em mim e compartilhar sonhos comigo. E aqui está - mais uma etapa realizada nos nossos sonhos!

Aos professores que fizeram parte do meu trajeto até aqui, muito obrigada por cada ensinamento, conselho e bronca. Vocês são uma parte importante dessa conquista.

Aos pacientes que fizeram parte da minha jornada na graduação, por terem contribuído para o meu crescimento pessoal e profissional.

Aos funcionários do Departamento de Saúde da Criança e do Adolescente e aos cuidadores participantes do estudo por acolherem tão atenciosamente nossa pesquisa.

À minha orientadora, por sempre acreditar no meu potencial e incentivar a perseguir meu crescimento profissional e interesse na docência. Por ser meu exemplo de profissional humanizado, atencioso e competente. Por me lembrar de cuidar da minha saúde mental em primeiro lugar. Por me oferecer apoio em um dos momentos mais difíceis da minha vida. Rayla, você foi uma mãe pra mim. Agradeço imensamente a oportunidade de trabalhar com você.

Por último, mas não menos importante, à minha amiga-dupla, que sempre esteve ao meu lado durante toda a graduação, por trazer calma e razão para meus momentos de estresse e agitação. Por ouvir meus desabafos tarde da noite - e por ter a paciência pra não me xingar por algumas decisões minhas. Por me ensinar a não diminuir o universo que existe em mim pra agradar pessoas que não sabem admirá-lo. Pelas noites e finais de semana de estudo intensivo em época de prova. Welida, você é uma pessoa responsável, humana, inteligente e competente, com um jeitinho que transmite tranquilidade e confiança. Tenho certeza que será uma profissional de sucesso, capaz de fazer a diferença para onde for. Espero que possamos trabalhar juntas mais vezes!

Clarissa Delgado Fonseca

AGRADECIMENTOS

Meus sinceros agradecimentos...

Primeiramente à Deus, que me abençoou e me iluminou em toda a minha jornada, sempre me dando a certeza de que estava ao meu lado e carregando-me no colo em meus piores momentos.

À minha amada família, principalmente meus pais Jose Carlos e Maria Aparecida, meus grandes apoiadores e incentivadores, meus ouvintes nos momentos de alegria e tristeza, minha rocha em dias de dúvidas, meu ponto de partida e meu trilho em toda a caminhada acadêmica. Aos meus irmãos Wesley, Wilana, Warley e Warlon (in memoriam), por todo apoio e carinho. A todos vocês, que mesmo de longe, sempre estiveram presentes.

À minha queridíssima orientadora, Rayla, pessoa e professora extremamente querida e admirada, com um carisma sem igual, na qual tive o prazer e orgulho de escolher trabalhar durante todo esse período de Trabalho de Conclusão de Curso.

À minha importantíssima amiga, Clarissa, melhor dupla e parceira de tudo, pessoa essencial em todos esses cinco anos de graduação. Sempre presente com planos, ideias e gosto por detalhes que sempre combinam com os meus. Incrível nossa sintonia e companheirismo. Obrigada por ser quem você é e por me escolher!

Ao Departamento de Saúde da Criança e do Adolescente e aos cuidadores participantes do estudo, que apoiaram e colaboraram durante a coleta do TCC.

Aos professores e supervisores por todo ensinamento e amizade.

Aos pacientes, que me ensinaram e acreditaram no meu trabalho e que juntos, criamos um carinho e amizade que perdura até hoje.

Às minhas amigas de turma, Jessyca, Larissa e Daniele, e também às amigas de escola, Marina, Larisse, Kamilla e Tatiana, lindas apoiadoras e incentivadoras de todos os planos.

À Sociedade de São Vicente de Paulo, minha fonte de inspiração em muitas escolhas, e também às amigas ali criadas, minhas alegrias e suporte em muitos momentos.

Por fim, agradeço a todos que de alguma forma me apoiaram e acreditaram em mim!

Obrigada!!

Welida Aparecida Cordeiro

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização dos participantes do estudo segundo o grupo de pertencimento, Juiz de Fora, 2018.....	23
Tabela 2 – Classificação do desenvolvimento funcional segundo o PEDI na linha de base, Juiz de Fora, 2018.....	24
Tabela 3 – Caracterização do desenvolvimento funcional na linha de base segundo o PEDI: Escores Normativos.....	25
Tabela 4 – Caracterização longitudinal do desenvolvimento funcional segundo o PEDI: Escores Normativos.....	26

LISTA DE FIGURA

Figura 1 – Fluxograma de Coleta..... 22

LISTA DE SIGLAS

WHO	<i>World Health Organization</i>
PEDI	<i>Pediatric Evaluation of Disability Inventory</i>
PT	Pré-Termo
AT	A Termo
WeeFIM	<i>Functional Independence Measure for Children</i>
PT NSEB	Pré-Termo Nível Socioeconômico Baixo
PT NSEA	Pré-Termo Nível Socioeconômico Alto
AT NSEB	A Termo Nível Socioeconômico Baixo
AT NSEA	A Termo Nível Socioeconômico Alto
HFM	Habilidades Funcionais de Mobilidade
ACFS	Assistência do Cuidador na Função Social
ACM	Assistência do Cuidador na Mobilidade
HFFS	Habilidades Funcionais de Função Social
HFAC	Habilidades Funcionais de Autocuidado
ACAC	Assistência do Cuidador no Autocuidado
DF	Desenvolvimento Funcional
MABC-2	<i>Movement Assessment Battery for Children</i>
EMMC	Escala de Maturidade Mental Columbia
NSE	Nível Socioeconômico
RNPT	Recém-Nascido Pré-Termo
DSCA	Departamento de Saúde da Criança e do Adolescente
CNS	Conselho Nacional de Saúde
MG	Minas Gerais
RN	Recém-Nascido
DNPSM	Desenvolvimento Neuropsicosensoriomotor
UTINs	Unidades de Terapia Intensiva Neonatal
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
GI	Grupo Intervenção
GC	Grupo Controle
ICC	<i>Intraclass Correlation Coefficient</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
ACS	Agente Comunitária de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	14
2.1	OBJETIVO GERAL	14
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
3	MATERIAIS E MÉTODOS	15
3.1	DELINEAMENTO DO ESTUDO E ASPECTOS ÉTICOS	15
3.2	LOCAL DO ESTUDO	15
3.3	AMOSTRA	16
3.4	INSTRUMENTOS	17
3.5	PROCEDIMENTOS	18
3.6	ANÁLISE ESTATÍSTICA	21
4	RESULTADOS	22
5	DISCUSSÃO	27
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
	REFERÊNCIAS	32
	ANEXO A – INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA DE INCAPACIDADE (PEDI)	39
	ANEXO B – CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL	45
	APÊNDICE A – PROTOCOLO DE COLETA DOS DADOS EM PRONTUÁRIO	46
	APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	47
	APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO	50

1 INTRODUÇÃO

A prematuridade é um importante problema de saúde mundial, liderando as causas de morte entre crianças até cinco anos, com quase 1 milhão de mortes anuais no mundo (WHO, 2016a). Estima-se que no Brasil, a prematuridade corresponda a 22% das causas de morte entre crianças de até cinco anos, no ano de 2013 (WHO, 2015). A cada ano, nascem 15 milhões de bebês prematuros (até 37 semanas de gestação) no mundo. Atualmente, o Brasil ocupa o 10º lugar no *ranking* mundial, com 279.300 nascimentos pré-termo ao ano (WHO, 2016a). Apesar dos números de nascimentos prematuros estarem diminuindo no país, as taxas ainda continuam altas (BRASIL, 2011a): em 2014 houveram 332.992 nascimentos prematuros, (DATASUS, 2014) o que correspondeu a aproximadamente 11,2% dos nascidos vivos no referido ano.

Além disso, a prematuridade é um fator de risco para diversas morbidades (BRASIL, 2011a), além de alterações motoras (MAGGI et al, 2014; LEMOS e VERÍSSIMO, 2016a; MOREIRA, MAGALHÃES e ALVES, 2014; OLIVEIRA, MAGALHÃES e SALMELA, 2011; NOBRE et al, 2009; RUGOLO, 2005 e CARNIEL et al, 2017), cognitivas (MAGGI, 2012; BASSO, 2014; OLIVEIRA, MAGALHÃES e SALMELA, 2011; RUGOLO, 2005 e CARNIEL et al, 2017), de linguagem (CALDAS et al, 2014; ZERBETO, CORTELO e FILHO, 2015; NOBRE et al, 2009; RUGOLO, 2005 e CARNIEL et al, 2017), no desempenho escolar (LINHARES et al, 2000; MOREIRA, MAGALHÃES E ALVES, 2014 e BASSO, 2014), sensoriais (RUGOLO, 2005) e funcionais (MAGGI et al, 2014; LEMOS et al, 2012; LEMOS e VERÍSSIMO, 2016a; MANCINI et al, 2004a; RUGOLO, 2005 e SULLIVAN e MSALL, 2007).

Muitos autores encontraram prejuízos na funcionalidade de crianças nascidas prematuras em relação à crianças nascidas à termo (LEMOS et al, 2012; LEMOS e VERÍSSIMOS, 2016a; SULLIVAN e MSALL, 2007; MANCINI et al, 2004a; SOUZA e MAGALHÃES, 2012; MAGGI, 2012), sendo esses prejuízos agravados pelo baixo peso ao nascer (SULLIVAN e MSALL, 2007) e nível socioeconômico baixo (MANCINI et al, 2004a; MAGGI, 2012).

Considerando-se os potenciais riscos para o desenvolvimento de crianças nascidas prematuras, é essencial a estimulação, especialmente das habilidades funcionais e independência que permitem a execução das atividades de vida diária e exercício do papel social (BRASIL, 2011a; MAGGI, 2012; SOUZA e MAGALHÃES, 2012). Para isso, é importante que essas crianças sejam acompanhadas em serviços de follow-up (BRASIL, 2011a; MAGGI, 2012; RUGOLO, 2005) e que suas famílias sejam orientadas e envolvidas no processo de

promoção do desenvolvimento (MAGGI, 2012; SOUZA e MAGALHÃES, 2012; CHIODI et al, 2012; FONSECA et al, 2011; MAGALHÃES, 2014; VILAR, 2014). Os serviços de follow-up têm abordagem multiprofissional e são importantes para acompanhamento do desenvolvimento da criança nascida prematura, permitindo a detecção precoce de sinais de alterações no desenvolvimento e potencializando o apoio e orientação da família na promoção do desenvolvimento da criança (MELLO e MEIO, 2003).

Pensando nesse contexto, diversos autores realçam a importância da educação em saúde como forma de promoção do desenvolvimento da criança (LEMOS e VERÍSSIMO, 2015; FERECINI et al, 2009; FONSECA et al, 2004; FONSECA et al, 2011; FRACOLLI e CHIESA, 2010; MAGALHÃES, 2014; VILAR, 2014), mostrando que intervenções educativas mais participativas, com troca de informações, são mais eficazes na aquisição de conhecimentos (FONSECA, SCOCHI e MELLO, 2002), sendo, inclusive uma demanda recorrente dos cuidadores de recém-nascidos pré termo (RNPT) (LEMOS e VERÍSSIMO, 2015; CHIODI et al, 2012).

Um possível método de intervenção nesse meio, são os materiais educativos que foram objetos de estudos qualitativos de diversos autores (FONSECA et al, 2004; FONSECA e SCOCHI, 2015; VILAR, 2014), sendo que alguns apontam a importância destes para tornar a educação em saúde mais acessível, confiável, menos monótona, de fácil consulta, propiciar a troca de informações (FERECINI et al, 2009), auxiliar nos cuidados da criança e reduzir os sentimentos negativos dos cuidadores (MAGALHÃES, 2014; LEMOS e VERÍSSIMOS, 2015), sendo interessantes e importantes para o processo de educação em saúde (FONSECA et al, 2011).

Nesse sentido, Lemos e Veríssimo (2016b) desenvolveram e validaram um material educativo para cuidadores de crianças nascidas prematuras focado na promoção do desenvolvimento funcional. Este material, construído de forma participativa com famílias e profissionais, conta a história fictícia de uma menina nascida prematura (Sofia) como meio de abordagem ao assunto da prematuridade e suas consequências, apresentando estratégias de cuidado e estimulação do desenvolvimento, alertando os responsáveis quanto a possíveis sinais de alterações no desenvolvimento funcional, através de recursos gráficos, ilustrações e um quadro de acompanhamento do desenvolvimento funcional por faixa etária, tudo com linguagem acessível ao público alvo.

Tendo em vista a importância da utilização de estratégias educativas para a promoção do desenvolvimento da criança nascida prematura, a escassez de estudos sobre o uso dos materiais educativos para promoção do desenvolvimento, sendo que os estudos encontrados

não faziam análise objetiva dos mesmos e considerando que não foram encontrados estudos sobre a influência desses materiais no desenvolvimento funcional deste público, observa-se a necessidade de realizar mais pesquisas nesse campo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

O objetivo deste estudo foi analisar os efeitos do material educativo “História de Sofia: Batalhas e Conquistas da família no cuidado e desenvolvimento da criança prematura” na promoção do desenvolvimento funcional de crianças nascidas prematuras.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Avaliar o desempenho funcional de crianças nascidas prematuras antes e após a orientação mediada pelo material educativo;

Verificar a existência de diferenças no desempenho funcional de crianças nascidas prematuras antes e após a orientação mediada pelo material educativo;

Comparar o desempenho funcional de crianças nascidas prematuras cujos cuidadores foram orientados por meio do material educativo com aquelas cujos cuidadores não receberam orientação mediada pelo mesmo material educativo.

3 MATERIAIS E MÉTODOS

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO E ASPECTOS ÉTICOS

Tratou-se de um estudo experimental, do tipo ensaio clínico controlado e randomizado, com avaliador cego. O presente estudo foi realizado após a autorização do Departamento de Saúde da Criança e do Adolescente (DSCA) da Prefeitura de Juiz de Fora e da aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora, através do parecer 2.376.013. Os participantes do estudo foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa, bem como sobre a manutenção do sigilo, do anonimato e do direito de participarem ou não da mesma, conforme estabelecido pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2012).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no DSCA, que foi escolhido por concentrar a população de interesse deste estudo e por ser um serviço de referência na atenção secundária à saúde de crianças e adolescentes da região de Juiz de Fora e zona da mata mineira/MG. O serviço oferece atendimentos com vários profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos e técnicos de enfermagem); possui farmácia; nebulização; realização de alguns exames de baixa complexidade no ciclo de vida infanto-juvenil; sedia o banco de leite humano da região; a assistência também engloba *follow-up* de recém-nascidos de risco; puericultura; vacinação e atividades educativas de saúde, como os projetos “Agentes mirins de combate à dengue” e o “Programa de prevenção a asma” (PREFEITURA DE JUIZ DE FORA, 2012). O ambulatório de *follow-up* de RN de risco, cujos prontuários foram fonte da seleção de participantes deste estudo, inclui o atendimento de nascidos prematuros, com baixo peso, alterações no desenvolvimento neuropsicosensoriomotor (DNPSM) e/ou outros fatores de risco para o desenvolvimento. Este ambulatório funciona semanalmente, de segunda à sexta-feira, com consultas médicas agendadas, atendimentos espontâneos, voltadas para o acompanhamento do DNPSM e cuidados em saúde infantil.

3.3 PARTICIPANTES

A amostra, caracterizada como de conveniência e consecutiva, foi constituída de usuários ativos do serviço descrito. Os potenciais participantes foram selecionados através de consulta aos prontuários do DSCA em atendimento no período da coleta de dados. Foram contatados também participantes por meio da lista de egressos de nascidos prematuros oriundos de UTINs da região, coletando-se o maior número possível de crianças que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: ter nascido com qualquer nível de prematuridade (menos de 37 semanas de idade gestacional) e peso inferior a 2.500g (WHO, 2016b); ter, no início da coleta de dados, 6 meses e, ao final da coleta, 3 anos e 5 meses de idade corrigida, uma vez que o principal instrumento utilizado, Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI) (MANCINI, 2005), destina-se ao público a partir de 6 meses e o material educativo analisado foi elaborado para a estimulação dessa faixa etária, na qual há um grande potencial de plasticidade neuronal (JÚNIOR, BURNZ e LOPEZ, 2014) e, portanto, é considerada um momento crítico para o desenvolvimento da criança. Além disto, outro critério de inclusão foi de cuidadores com idade superior a 18 anos de idade e alfabetizados. Os dados dos potenciais participantes foram digitados em uma planilha no programa Excel 2016® para facilitar a organização e, posteriormente, a randomização.

Os critérios de exclusão foram: diagnóstico de paralisia cerebral, alguma outra doença neurológica, ortopédica ou respiratória grave; malformações ou alterações genéticas, sífilis congênita ou classificação de desenvolvimento atípico. Isso porque o material educativo tem foco em crianças sem prejuízos ou alterações instaladas no desenvolvimento, e devido ao fato de populações com estas características necessitarem de orientações específicas de acordo com suas necessidades.

Além disto, dificuldade de compreensão do responsável durante entrevista e aplicação do instrumento utilizado também foi considerado um critério de exclusão.

3.4 INSTRUMENTOS

O Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (Pediatric Evaluation of Disability Inventory – PEDI) (ANEXO A) é um instrumento validado na população brasileira, confiável (MANCINI, 2005) e amplamente utilizado em pesquisas com várias populações diferentes (HALLAL, MARQUES e BRACCIALLI, 2008; MANCINI et al, 2004b; MANCINI et al, 2002b; CHAGAS et al, 2008; VASCONCELOS et al, 2009; COLLANGE et al, 2008; PACHECO et al, 2010; COPPEDE et al, 2012; TELES, RESEGUE e PUCCINI, 2016; MANCINI et al, 2010; MONTEIRO et al, 2009; SOUSA et al, 2007; BENDER e GUARANY, 2016; AZEVEDO et al, 2016), incluindo-se grupo de nascidos prematuros (LEMOS et al, 2012; LEMOS e VERÍSSIMO, 2016a; MAGGI, 2012; MANCINI et al, 2002a; MANCINI et al, 2004a; SOUZA e MAGALHÃES, 2012).

O PEDI consiste na análise da performance funcional de crianças na faixa etária de seis meses a sete anos e meio. Tal análise é feita abrangendo três grandes partes: habilidades funcionais (capacidade da criança de realizar determinadas atividades dentro dessa parte), assistência do cuidador (quantidade de auxílio oferecido pelo cuidador nas atividades funcionais exercidas) e modificações (frequência de adaptações necessárias no ambiente para que a criança desempenhe suas atividades funcionais). Dentro de cada parte, são abordadas as áreas de autocuidado (habilidades da criança na alimentação, cuidado pessoal, vestuário, banho e uso do vaso sanitário), mobilidade (locomoção e a capacidade de se transferir em ambientes internos e externos) e função social (capacidades da criança de se comunicar, interagir socialmente e realizar tarefas domésticas e da comunidade).

A pontuação do PEDI é dada inicialmente por um escore total bruto por parte, exceto a parte III (modificações), que não possui valor quantitativo. A pontuação na parte I (habilidades funcionais) é dada em cada item com uma nota de 0 ou 1, sendo 0 a incapacidade ou limitação em executar o item e 1 a capacidade de executá-lo na maioria das situações; o que gera um escore bruto máximo de 73 pontos na área do autocuidado, 59 pontos na área de mobilidade e 65 pontos na área de função social. Já na parte II (assistência do cuidador), a pontuação de cada item varia de 0 (assistência total) a 5 (independência), gerando um escore bruto máximo de 40 pontos na área de autocuidado, 35 pontos na área de mobilidade e 25 pontos na área de função social. A partir do escore bruto, é possível obter um escore normativo, que identifica o escore esperado por faixa etária e permite classificar o desempenho da criança como normal, inferior ou superior ao demonstrado nas crianças de sua idade. Um escore normativo

entre 30 e 70 é considerado normal, sendo que um escore de 50 representa um valor médio. Valores abaixo de 30 indicam um atraso ou desempenho significativamente menor e acima de 70 indica um desempenho maior, ambos em relação às crianças com desenvolvimento considerado normal e com mesma faixa etária (MANCINI, 2005). No presente estudo, não foi utilizada a parte III do PEDI, uma vez que esta é utilizada apenas como referência para modificações ambientais guiadas pela clínica.

Também foi utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB (ANEXO B), que usa de um sistema de pontos para quantificar o nível socioeconômico da família através de perguntas que abrangem as áreas de poder de compra, escolaridade, saneamento básico e pavimentação da rua (ABEP, 2015).

Por último, foi aplicado um pequeno questionário (APÊNDICE C) desenvolvido pelas pesquisadoras, que consiste em quatro frases graduadas através de uma escala de Likert, com o objetivo de avaliar o material educativo analisado, perguntando o quanto concordam com as afirmações feitas e, desta forma, fornecer dados que possam contribuir com seu aperfeiçoamento. As frases consistem em afirmar que entendeu as orientações fornecidas pelo material; conseguiu seguir as orientações; não sentiu dificuldades em usar o material e que o material ajudou no cuidado da criança. Após as afirmações, o questionário contém três perguntas, sobre quais orientações o cuidador conseguiu seguir, e caso não tenha conseguido, escrever o motivo; se sentiu dificuldades em usar o material, e caso a resposta seja sim, explicitar quais foram.

3.5 PROCEDIMENTOS

Inicialmente as pesquisadoras foram treinadas na aplicação do PEDI através da leitura e discussão do manual do instrumento com a orientadora, que também já é treinada no mesmo. Em seguida, foram assistidos vídeos de aplicação do teste conduzidas por outras pessoas, fazendo então a pontuação dos mesmos em um segundo momento, sendo esta comparada com a pontuação dada pela orientadora.

Em uma segunda etapa, as pesquisadoras realizaram a aplicação do PEDI com cuidadores de crianças dentro da faixa etária compreendida pelo mesmo, sendo feitos os testes de confiabilidade intra e inter examinador, atingindo um ICC de 95%.

Após a listagem dos potenciais participantes através da análise dos prontuários, foi feita uma randomização, de modo que estes foram divididos entre dois grupos: grupo intervenção (GI), que recebeu orientação mediada pelo material educativo na primeira consulta, e grupo controle (GC), que recebeu o material somente ao final da última consulta. O procedimento de randomização dos pacientes aconteceu de forma aleatória por agrupamento simples, através da ordenação por meio de números aleatórios estabelecidos pelo programa EXCEL® 2010 através da função “aleatoriamente”, de modo que todos os participantes com mesmo nível de prematuridade tiveram a mesma possibilidade de pertencer a um dos dois grupos. Em seguida, a orientadora confeccionou e lacrou envelopes com a aleatorização de cada participante.

Todas as pesquisadoras envolvidas na coleta de dados estavam cegadas à distribuição dos grupos no momento da aplicação do CCEB e do PEDI. Após a alocação dos participantes nos respectivos grupos, as pesquisadoras consultaram a agenda de atendimentos de follow-up das crianças selecionadas e procuraram conciliar a coleta de dados com as datas das consultas agendadas, visando facilitar o primeiro contato com os responsáveis das mesmas. Depois foi feito o agendamento telefônico com o responsável, sendo feitas três tentativas de contato com os participantes em dias e horários diferentes. Anteriormente a cada agendamento, realizou-se ligações para lembrar os participantes do dia e horário, e se necessário, a realização do reagendamento. Em caso de falta no dia do agendamento, as pesquisadoras entraram em contato com o participante para remarcação. Em caso de falta em todas as remarcações até o final de dezembro de 2017, foram feitas novas ligações na primeira semana de janeiro de 2018, com o intuito de tentar pela última vez a primeira fase de coleta.

A coleta de dados ocorreu no DSCA, em uma sala confortável previamente reservada. No primeiro contato, os responsáveis foram esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos do estudo, explicitando que seria feita uma análise do desenvolvimento da criança através da entrevista com seu cuidador e que, ao final do estudo, as informações coletadas nessa análise seriam repassadas para o responsável, junto com orientações individuais, se necessário, quanto às áreas que deviam receber maior estimulação para o desenvolvimento. Ao aceitar participar do estudo, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (APÊNDICE B). Em seguida, foi feita a aplicação de um roteiro de entrevista com dados de caracterização da criança (nome, idade gestacional, data de nascimento, peso ao nascer, intercorrências ao nascer e intercorrências no último ano) e do cuidador (nome, idade, telefone de contato, escolaridade e estado civil). Em seguida, o PEDI foi aplicado com os responsáveis das crianças de ambos os grupos pela pesquisadora um.

Após esses procedimentos, a pesquisadora verificou a qual grupo o participante pertencia através da abertura do envelope lacrado, com a descrição de alocação do referido participante, e caso o mesmo pertencesse ao GI, recebia o material educativo analisado, momento em que foi explicado, em linguagem acessível, a importância da estimulação do desenvolvimento da criança pela família, e que o objetivo do material é facilitar esse processo. Também foram apresentadas as devidas orientações sobre o conteúdo do material, seguindo os temas de cada capítulo: inicialmente uma introdução da história principal do livro que serviu como exemplo para os temas apresentados em diante; em seguida foram abordados os sentimentos dos cuidadores diante da prematuridade; informações úteis nos cuidados, como a criação de uma rotina, importância de não comparar o desenvolvimento da criança nascida prematura com as nascidas a termo, bem como do diálogo e aquisição de fontes confiáveis de informação; também foi explicado o cálculo da idade corrigida; dicas para o estímulo do desenvolvimento da criança; valorização dos ambientes como auxiliares na promoção do desenvolvimento, bem como a participação de terceiros nesse processo, incluindo os profissionais da saúde, realçando a importância do acompanhamento com os mesmos; alguns sinais de anormalidades no desenvolvimento motor; os direitos da criança e dos cuidadores; alguns relatos de casos de crianças nascidas prematuras e a apresentação do quadro de habilidades funcionais esperadas por faixa etária, com orientações sobre o uso da mesma. Todo este conteúdo está apresentado no material educativo, cabendo a avaliadora apresentá-lo aos participantes.

Para os participantes do grupo controle (GC) foi solicitada a vista da caderneta de saúde da criança (BRASIL, 2011b), e o cuidador foi orientado quanto aos marcos motores contidos na mesma. Este grupo não recebeu, nesta consulta, o material educativo analisado. Caso o cuidador não tivesse em mãos a caderneta, foi entregue uma cópia dos referidos marcos motores. A caderneta de saúde da criança é o instrumento padronizado utilizado pelo MS/Brasil, para registro de dados e orientação da família, a qual todas as crianças têm direito e recebem ao nascimento. Esse instrumento é distribuído de acordo com o sexo biológico do bebê, havendo uma versão de caderneta da menina e outra do menino. Contudo, essas versões são iguais no que se refere ao conteúdo, diferindo-se apenas esteticamente.

Por último, foi feita a aplicação do CCEB em todos os participantes e foi explicitado que ocorreriam mais duas avaliações, com intervalo de dois e quatro meses respectivamente, cujas datas foram conciliadas ao máximo com o dia da consulta do *follow-up* no serviço ou com a disponibilidade de horário do participante. Também foi feito o agendamento do retorno para a segunda fase da coleta.

Cada retorno consistiu na reaplicação do PEDI pela pesquisadora dois, com cegamento ao grupo de pertencimento do participante, que ao final da segunda fase de coleta agendou a próxima consulta. Antes de cada retorno foi realizado contato telefônico com os participantes lembrando o dia e horário agendado, fazendo remarcações caso necessário. Em cada retorno foi verificada inclusão da criança em programas ou serviços de atendimento especializado, bem como intercorrências de saúde.

Na última consulta, após a reaplicação do PEDI, foi feita a reaplicação do CCEB, para verificar se houve alguma mudança no perfil socioeconômico no decorrer do estudo. Depois, a pesquisadora revelou à segunda pesquisadora a alocação do participante. Desta forma, material educativo foi entregue aos participantes do grupo controle, seguidas das mesmas orientações oferecidas ao grupo intervenção, para que todos os participantes pudessem ter acesso ao conteúdo. Para os participantes do GI, foi realizado o preenchimento do instrumento do Apêndice C, para avaliação do material educativo. Por último, todos os participantes, independente do grupo, receberam um *feedback* quanto ao desempenho da criança avaliada no PEDI ao longo do estudo, e a partir disso foram feitas orientações para melhor estimular o desenvolvimento, caso necessário.

Salienta-se que não houve nenhum procedimento diretamente com a criança. A avaliação de seu desenvolvimento funcional se deu através da entrevista com seu cuidador com o questionário PEDI, instrumento validado e confiável para este fim.

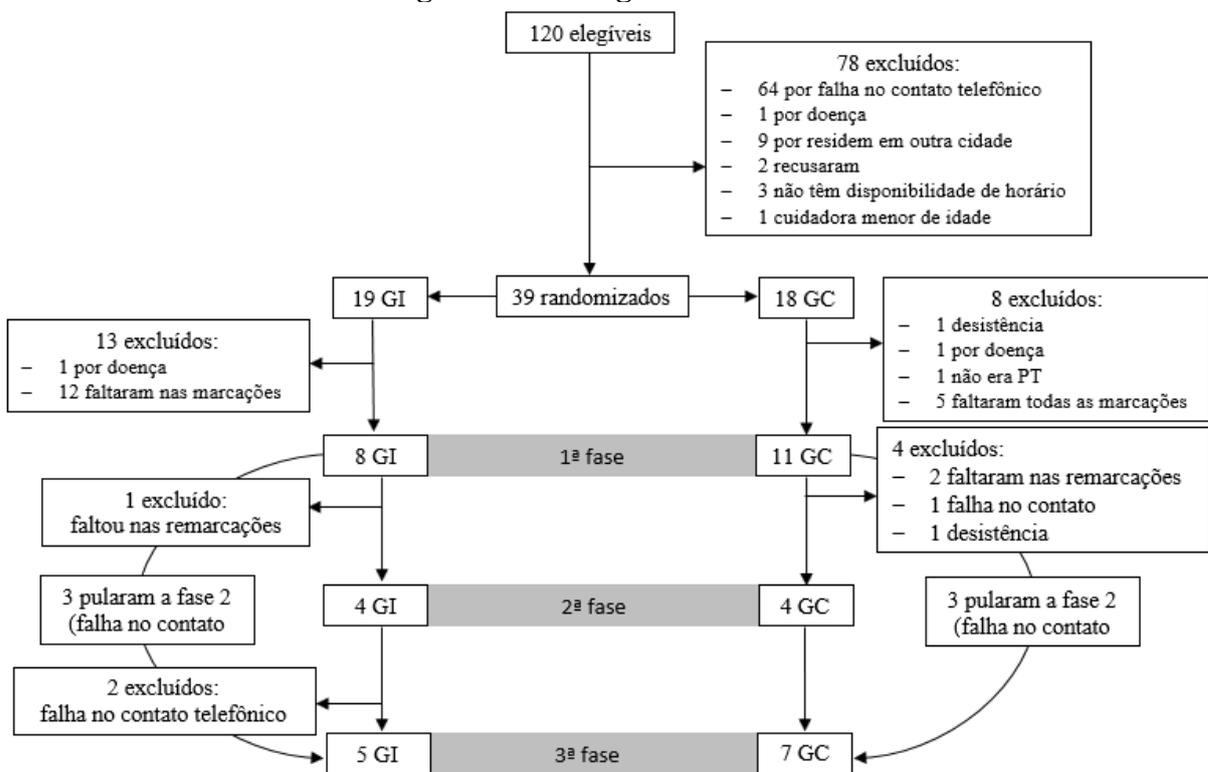
3.6 ANÁLISE ESTATÍSTICA

A caracterização da amostra foi feita através da estatística descritiva. Foi realizado teste de normalidade da amostra, com definição de uso de testes paramétricos. As variáveis categóricas foram analisadas através do teste de Qui-quadrado e/ou Teste exato de Fisher. Para avaliação do desempenho a longo prazo e comparação entre grupos utilizou-se o Teste T de Student pareado, onde considerou-se um valor de $p < 0,05$ como significativo e um valor de $p < 0,10$ como tendência. Para organização do banco de dados e análises utilizou-se o pacote estatístico SPSS® versão 22.0.

4 RESULTADOS

Participaram desse estudo 19 crianças, sendo oito do GI e 11 do GC. Contudo, apesar das estratégias para garantir a adesão ao estudo, houveram variações na participação durante as fases, conforme mostra o fluxograma abaixo. Desta forma, seis crianças participaram das três fases do estudo, oito participaram apenas da primeira e segunda fases, e seis participaram apenas da primeira e terceira fases.

Figura 1 – Fluxograma de coleta



Na primeira fase da coleta, a média de idade das crianças foi de 21,8 ($\pm 8,2$) meses no GI e de 19,2 ($\pm 7,8$) meses no GC, a média de idade do cuidador principal foi de 31 ($\pm 8,0$) anos no GI e 30,3 ($\pm 7,8$) anos no GC; a média de idade gestacional foi de 32 ($\pm 2,7$) semanas no GI e 31 ($\pm 5,0$) semanas no GC; e a média de peso ao nascer foi de 1646,9 ($\pm 434,2$) gramas no GI e 1625,9 ($\pm 503,8$) gramas no GC, não havendo diferença entre os grupos.

A Tabela 1 expressa os resultados de caracterização da amostra. Observa-se que, mesmo com o critério de inclusão de qualquer nível de prematuridade, a amostra apresenta um perfil de risco leve a moderado para alterações no desenvolvimento, considerando a idade gestacional (a maior parte da amostra foi de prematuros tardios – 68,4%), o peso ao nascer (a maioria era de baixo peso – 63,2%) e o número de intercorrências no período neonatal (a

maioria teve de uma a três – 73,7%). O nível socioeconômico predominante foi classe C (94,8%). Importante ressaltar que não houve diferenças estatisticamente significativas entre os grupos.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes do estudo segundo o grupo de pertencimento, Juiz de Fora, 2018.

Variável	Intervenção (n=8 42,1%)	Controle (n=11 57,9%)	Total (n=19 100%)	p
Peso				
EBP	1 (12,5%)	2 (18,2%)	3 (15,8%)	0,66
MBP	1 (12,5%)	2 (18,2%)	3 (15,8%)	
BP	6 (75,0%)	6 (54,5%)	12 (63,2%)	
PN	0 (0%)	1 (9,1%)	1 (5,3%)	
Grau de prematuridade				
PE	1 (12,5%)	2 (18,2%)	3 (15,8%)	0,64
MP	2 (25,0%)	1 (9,1%)	3 (15,8%)	
PT	5 (62,5%)	8 (72,7%)	13 (68,4%)	
Intercorrências no período neonatal				
Nenhuma	1 (12,5%)	1 (9,1%)	2 (10,5%)	0,60
Uma a três	5 (62,5%)	9 (81,8%)	14 (73,7%)	
Mais de três	2 (25,0%)	1 (9,1%)	3 (15,8%)	
Intercorrências no último ano				
Nenhuma	3 (37,5%)	1 (9,1%)	4 (21,1%)	0,13
Uma a três	5 (62,5%)	10 (90,9%)	15 (78,9%)	
Mais de três	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Frequenta creche				
Sim	2 (25,0%)	2 (18,2%)	4 (21,1%)	0,72
Não	6 (75,0%)	9 (81,8%)	15 (78,9%)	
Nível socioeconômico				
B2	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (5,3%)	0,36
C1	3 (37,5%)	6 (54,5%)	9 (47,4%)	
C2	4 (50,0%)	5 (45,5%)	9 (47,4%)	

Fonte: dados da pesquisa.

Legenda: Dados descritivos da amostra expressos em frequência (n) e porcentagem (%). EPB: Extremo Baixo Peso (<1000g); MBP: Muito Baixo Peso (<1500g e >1000g); BP: Baixo Peso (<2500g e >1500g); PN: Peso Normal (>2500g). Grau de prematuridade expressa em semanas; PE: Prematuro Extremo (<28 semanas); MP: Muito Prematuro (>=28 - <32 semanas); PT: Prematuro Tardio (>=32 - <37).

A Tabela 2 apresenta os dados da caracterização do desenvolvimento funcional na linha de base, segundo o questionário PEDI. Onde observa-se que a maior parte dos participantes teve o desenvolvimento classificado como adequado.

Tabela 2 – Classificação do desenvolvimento funcional segundo o PEDI na linha de base, Juiz de Fora, 2018.

Domínio do PEDI	Intervenção (n=8 42,1%)	Controle (n=11 57,9%)	Total (n=19 100%)
HFAC			
Atrasado	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Adequado	8 (100%)	11 (100%)	19 (100%)
Adiantado	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
HFM			
Atrasado	3 (37,5%)	4 (36,4%)	7 (36,8%)
Adequado	5 (62,5%)	7 (63,6%)	12 (63,2%)
Adiantado	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
HFFS			
Atrasado	0 (0%)	1 (9,1%)	1 (5,3%)
Adequado	7 (87,5%)	9 (81,8%)	16 (84,2%)
Adiantado	1 (12,5%)	1 (9,1%)	2 (10,5%)
ACAC			
Atrasado	3 (37,5%)	3 (27,3%)	6 (31,6%)
Adequado	5 (62,5%)	8 (72,7%)	13 (68,4%)
Adiantado	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
ACM			
Atrasado	1 (12,5%)	3 (27,3%)	4 (21,1%)
Adequado	7 (87,5%)	8 (72,7%)	15 (78,9%)
Adiantado	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
ACFS			
Atrasado	1 (12,5%)	4 (36,4%)	5 (26,3%)
Adequado	7 (87,5%)	6 (54,5%)	13 (68,4%)
Adiantado	0 (0%)	1 (9,1%)	1 (5,3%)

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: PEDI: *Pediatric Evaluation Disability Inventory* – Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade; HFAC: Habilidades funcionais de autocuidado; HFM: Habilidades funcionais de mobilidade; HFFS: Habilidades funcionais de função social; ACAC: Assistência do cuidador em autocuidado; ACM: Assistência do cuidador em Mobilidade; ACFS: Assistência do cuidador em função social

A Tabela 3 mostra os dados do desenvolvimento funcional segundo os escores normativos do PEDI na linha de base. Observa-se que os escores foram maiores no domínio de HFFS e ACFS, sendo todas as pontuações com classificação de desenvolvimento adequado nos dois grupos – contudo, a maioria encontra-se abaixo da média da população brasileira (50,00). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Tabela 3 – Caracterização do desenvolvimento funcional na linha de base segundo o PEDI: Escores Normativos

Domínio	Intervenção			Controle		
	Média	DP	IC 95%	Média	DP	IC 95%
HFAC	47,0	±9,6	39,0 – 55,0	48,7	±10,8	41,0 – 56,4
HFM	35,1	±12,9	24,4 – 45,9	35,2	±10,0	28,1 – 42,3
HFFS	57,7	±6,5	52,3 – 63,1	49,1	±16,3	37,4 – 60,8
ACAC	34,8	±8,1	28,1 – 41,6	35,6	±6,0	31,3 – 39,9
ACM	37,9	±11,2	28,5 – 47,2	37,3	±7,6	31,9 – 42,7
ACFS	42,6	±16,6	28,7 – 56,5	46,3	±18,5	33,0 – 59,5

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: PEDI: *Pediatric Evaluation Disability Inventory* – Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade; HFAC: Habilidades funcionais de autocuidado; HFM: Habilidades funcionais de mobilidade; HFFS: Habilidades funcionais de função social; ACAC: Assistência do cuidador em autocuidado; ACM: Assistência do cuidador em Mobilidade; ACFS: Assistência do cuidador em função social; DP: Desvio Padrão; IC: Intervalo de Confiança.

A Tabela 4 expressa dados do desenvolvimento funcional segundo os escores normativos do PEDI, por grupo, ao longo das avaliações. Observa-se que os escores normativos do GI aumentaram em todos os domínios, enquanto no GC houve diminuição em alguns.

Tabela 4 – Caracterização longitudinal do desenvolvimento funcional segundo o PEDI: Escores Normativos

Domínio	Intervenção						Controle					
	Fase 1 (n=8)		Fase 2 (n=4)		Fase 3 (n=5)		Fase 1 (n=11)		Fase 2 (n=4)		Fase 3 (n=7)	
	Média (DP)	IC 95%	Média (DP)	IC 95%	Média (DP)	IC 95%	Média (DP)	IC 95%	Média (DP)	IC 95%	Média (DP)	IC 95%
HFAC	47,0 (±9,6)	[39,0-55,0]	56,3 (±2,5)	[34,1-78,6]	54,1 (±16,6)**	[-95,1-203,4]	48,7 (±10,8)	[41,0-56,4]	44,2 (±13,4)	[22,9-65,5]	47,7 (±10,5)	[31,0-64,4]
HFM	35,1 (±12,9)	[24,4-45,9]	56,5 (±2,7)	[32,3-80,6]	47,0 (±2,3)*	[26,0-67,8]	35,2 (±10,0)	[28,1-42,4]	36,9 (±8,1)	[24,0-49,8]	41,0 (±3,6)*	[35,3-46,7]
HFFS	57,7 (±6,5)	[52,3-63,1]	70,4 (±4,2)	[32,3-108,5]	61,2 (±2,8)**	[35,8-86,6]	49,1 (±16,3)	[37,5-60,8]	47,3 (±13,4)	[25,9-68,7]	51,2 (±4,4)	[44,1-58,2]
ACAC	34,9 (±8,1)	[28,1-41,7]	39,4 (±1,1)	[29,9-49,0]	48,2 (±15,3)**	[-89,6-186,1]	35,6 (±6,0)	[31,3-39,9]	31,5 (±10,3)	[15,1-47,8]	42,1 (±5,1)	[34,0-50,2]
ACM	37,9 (±11,2)	[28,5-47,3]	45,4 (±7,7)	[33,1-57,6]	46,5 (±4,6)	[5,2-87,8]	37,3 (±7,6)	[31,9-42,7]	42,2 (±17,7)	[14,0-70,4]	35,6 (±7,2)	[24,1-47,1]
ACFS	42,6 (±16,6)	[28,7-56,5]	45,2 (±3,9)	[10,3-80,2]	52,9 (±4,5)	[12,2-93,5]	46,3 (±18,5)	[33,1-59,5]	37,8 (±22,7)	[1,7-73,8]	39,0 (±11,6)	[20,4-57,5]

Fonte: Dados da pesquisa.

Legenda: PEDI: *Pediatric Evaluation Disability Inventory* – Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade; HFAC: Habilidades funcionais de autocuidado; HFM: Habilidades funcionais de mobilidade; HFFS: Habilidades funcionais de função social; ACAC: Assistência do cuidador em autocuidado; ACM: Assistência do cuidador em Mobilidade; ACFS: Assistência do cuidador em função social; DP: Desvio Padrão; IC: Intervalo de Confiança. *: Diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). **: Tendência de diferenciação ($p < 0,10$)

No Teste T pareado, olhando o desenvolvimento funcional longitudinalmente (comparação das fases um e três), observa-se que os dois grupos tiveram melhora significativa das HFM ($p=0,048$ no GI e $p=0,015$ no GC). Além disso, no GI há uma tendência de diferenciação nos domínios de HFAC ($p=0,071$), HFFS ($p=0,067$) e ACAC ($p=0,091$).

Quanto à avaliação do material no GI através da escala de Likert, todos os participantes concordaram (80%) ou concordaram fortemente (20%) que entenderam as orientações do material. A maioria (60%) concorda que conseguiu seguir as orientações, sendo que o restante dos participantes não concorda nem discorda. A maioria (80%) relatou não sentir dificuldades em usar o material, sendo que os 20% restantes concordam fortemente. Por último, a maioria (60%) concorda fortemente que o material ajudou no cuidado da criança, sendo que os outros 40% concordam com essa afirmação.

5 DISCUSSÃO

Este estudo objetivou analisar os efeitos do material educativo “História de Sofia: Batalhas e Conquistas da família no cuidado e desenvolvimento da criança prematura” na promoção do desenvolvimento funcional de crianças nascidas prematuras. Os resultados apontam que o uso do material educativo parece ser favorável à promoção do desenvolvimento funcional de crianças nascidas prematuras.

Muitos estudos salientam a importância da orientação em saúde também em outras populações. Como visto por Bezerra et al (2014), que analisou a comunicação desenvolvida pelos enfermeiros nas ações de educação em saúde, percebendo que esta possibilita uma aproximação entre os envolvidos e a criação do senso crítico de forma a possibilitar mudanças pessoais. Porém, quando essa comunicação é realizada de forma unilateral, como visto por Santos et al (2015) em um estudo com mães adolescentes, estas sentem-se desamparadas e preocupadas com a criança, por não haver uma abertura para se expressarem. Estes dados corroboram a opção metodológica deste estudo em apoiar-se em um material educativo e dialogar por meio de orientação sistematizada com os cuidadores que compareciam aos atendimentos de acompanhamento de suas crianças nos serviços de *follow-up*.

Em estudos realizados por Rodrigues et al (2017) e Einloft et al (2016), em população com HAS, perceberam que quando a educação em saúde permanece apenas no âmbito da comunicação verbal, seja por palestras ou oficinas, existe uma tendência a diminuir

o conhecimento a longo prazo em relação ao adquirido imediatamente após a intervenção. Silva et al (2018) encontrou resultados parecidos em um estudo com mães acerca de cuidados no cotidiano do filho - imediatamente após a primeira fase, o conhecimento das mães sobre todos os temas abordados na educação em saúde melhorou imediatamente após a intervenção, mas diminuiu na reavaliação após 5 meses. Isso demonstra uma necessidade de continuidade do cuidado e a importância de se utilizar outros meios de educação em saúde que proporcionem aos cuidadores se lembrarem do que foi aprendido, principalmente através da entrega de materiais educativos, onde poderiam consultar quando necessário, como realizado no presente estudo.

Neste sentido, alguns estudos corroboram com a ideia de que a utilização de materiais educativos no cuidado de crianças auxilia os cuidadores a compreender melhor as informações, além de ser um auxílio para poder consultar em momentos de dúvida (CHIODI et al, 2012; FONSECA et al, 2004; FERECINI et al, 2009). Contudo, é importante destacar que o uso de material educativo por si só não é capaz de garantir uma boa educação em saúde: é necessário que este seja utilizado como aliado na criação de um diálogo eficaz entre os profissionais da saúde e os usuários (FRACOLLI e CHIESA, 2010).

Ao se utilizar um material educativo que seja baseado na realidade local e nas experiências e necessidades da população analisada, percebe-se que há maior estímulo para utilização do mesmo, pois o material torna-se relevante para ser usado (PAIVA e VARGAS, 2017; OLIVEIRA, LOPES e FERNANDES, 2014). Essa é uma vantagem do material utilizado neste estudo, que foi elaborado e validado com métodos de pesquisa robustos, utilizando estratégias participativas com cuidadores de crianças nascidas prematuras e profissionais de saúde e educação, bem como na revisão de literatura atualizada na área específica.

Apesar de vários estudos sugerirem o uso de materiais educativos na promoção da saúde da criança (FERECINI et al, 2009; FONSECA et al, 2004; FONSECA et al, 2011; FRACOLLI e CHIESA, 2010; MAGALHÃES, 2014; VILAR, 2014), não foi encontrado nenhum estudo destinado à avaliar os efeitos destes diretamente na saúde da criança, tampouco seu o impacto na funcionalidade, ao que se dedicou o presente estudo.

Os participantes deste estudo podem ser considerados com risco leve a moderado para alterações no desenvolvimento, visto a pequena presença de crianças classificadas como prematuras extremas, com extremo baixo peso, e com grande número de intercorrências neonatais, fatores biológicos reconhecidamente importantes preditores de potenciais prejuízos e aumento da gravidade do quadro. (LEMOS et al 2010; OLIVEIRA, MAGALHÃES e SALMELA, 2011; YOUNGE et al, 2017; MOREIRA, MAGALHÃES e ALVES, 2014;

SULLIVAN e MSALL, 2007; RUGOLO, 2005). No entanto, ressalta-se o risco do fator ambiental, caracterizado pelo fato de mais de 90% dos participantes pertencerem à Classe C. O baixo nível socioeconômico pode afetar negativamente a funcionalidade de crianças nascidas prematuras (MANCINI, 2004; LEMOS et al, 2012; SOUZA e MAGALHÃES, 2012; RUGOLO, 2005) e estas características são compatíveis ao perfil do público atendido no serviço escolhido para a coleta de dados, que recebe egressos de hospitais públicos da cidade e região.

Observando a linha de base, percebe-se que, na maior parte dos domínios do PEDI, a média da pontuação classifica as crianças como desenvolvimento funcional adequado (escore normativo entre 30 a 70), o que pode sugerir que crianças que são atendidas em serviços de follow-up como o deste estudo têm acesso a tratamentos que minimizam os reflexos negativos da prematuridade no desenvolvimento, como sugerido por Formiga e Linhares (2009). Contudo, a maior parte das crianças, na maioria dos domínios do PEDI se encontram no limite inferior ou médio dessa classificação (escores normativos entre 30 e abaixo de 50), abaixo da média da população normativa brasileira. Isso vai ao encontro dos achados de Lemos et al (2012) e de Lemos e Veríssimo (2016a), que encontrou performance funcional adequada, porém inferior em crianças nascidas prematuras, em relação às nascidas a termo. No presente estudo, apenas o escore de HFFS no GI apresenta-se acima da média, o que pode ser devido ao menor repertório de habilidades nesta área observáveis na faixa etária de inclusão no estudo, uma vez que estas habilidades são caracterizadas por atividades como por exemplo sorrir durante interações com outras pessoas, orientar-se em direção ao som, manipular objetos com objetivo específico, reconhecer seu nome, combinar duas palavras com significado adequado, imitar ações de adultos e mostrar um problema e pedir ajuda para resolvê-lo, que podem ser mais facilmente alcançadas por crianças com baixo risco sem alterações no desenvolvimento (LEMOS e VERÍSSIMO, 2016b).

Este estudo encontrou um aumento estatisticamente significativo nos escores de HFM em ambos os grupos. Isso pode ser explicado pelo fato de que ambos receberam orientações quanto a estas habilidades, uma vez que a Caderneta de Saúde da Criança, material usado como intervenção no GC, é pautado nos marcos motores e sua orientação, portanto, tem o potencial de intervir positivamente nas HFM, por serem focadas em aspectos de mobilidade. Além disso, na faixa etária analisada observa-se melhor as aquisições motoras, visto que as HFAC e HFFS desenvolvidas nessa idade ainda são em menor número, sendo difícil observar grandes alterações no período de duração do estudo. Cabe destacar ainda que, como apresentado por Lemos e Veríssimo (2015), cuidadores de prematuros tendem a se preocupar mais com o

alcance das habilidades motoras (mobilidade) e ganho de peso considerados por eles como percepção de progresso no desenvolvimento da criança, levando-os a estimular mais a conquista de tais características. Além disso, foram observadas tendências de diferenciação nas HFAC, HFFS e ACAC no GI, comparando a primeira e terceira fase e com o grupo controle. Isso indica que, com uma amostra maior, provavelmente seria possível identificar melhoras significativas nesses escores.

Este estudo sugere que os materiais educativos podem ser importantes aliados na promoção do desenvolvimento funcional de crianças nascidas prematuras, sendo um recurso viável, de baixo custo, que pode ser usado como mediador do diálogo nas consultas de puericultura, por exemplo, ou durante o acompanhamento com profissionais da UBS, como sugerido por Fracoli e Chiesa (2010), que encontrou que as famílias que recebiam da ACS a cartilha estudada, seguida pela devida orientação, conseguiam manter um diálogo mais eficaz com os profissionais da saúde, a partir dos assuntos abordados na mesma. Isso mostra que o uso dos materiais de forma adequada pode ser um instrumento importante para fortalecer o vínculo com as famílias e garantir que as mesmas tenham acesso a informação a longo prazo. Esse é outro ponto positivo do material utilizado neste estudo, pois pode ser orientado por qualquer profissional da saúde, e apresenta conteúdo de fácil entendimento para uso das famílias. Porém, nesse contexto, é essencial realçar a importância da capacitação dos profissionais para exercer a educação em saúde de forma horizontal e adequada à realidade dos usuários, visto que muitas vezes isso não acontece no cenário atual (FRACOLLI e CHIESA, 2010; MARCUS, 2014; ALVES e AERTS, 2011; SVAVARSDÓTTIR, SIGURÐARDÓTTIR e STEINSBEKK, 2015; SANTOS et al, 2015).

Apesar de o número de potenciais participantes ser grande, o tamanho da amostra desse estudo ficou muito aquém do esperado, mesmo com todas as estratégias para garantir a adesão dos participantes. Soma-se a isso o fato de o estudo ser longitudinal, com avaliações repetidas, e de alguns participantes residirem em locais distantes do serviço em que se realizou a pesquisa, mesmo este estando localizado centralmente na cidade. Devido à baixa adesão dos participantes, são necessários mais estudos para verificar o efeito do material educativo no desenvolvimento funcional ao longo do tempo de maneira mais conclusiva.

Além disso, outra limitação é o fato de ser uma amostra de conveniência, composta por usuários do serviço de *follow-up* escolhido, que é o único serviço que abrigava a população de estudo em funcionamento no momento da coleta, e lista de nascidos prematuros em maternidades da região, podendo representar particularidades dessa clientela.

Importante destacar que, no presente estudo, apesar do estímulo aos diálogos durante as orientações oferecidas a respeito do material, muitos cuidadores compartilharam pouco suas experiências durante o processo. Acredita-se que uma orientação mais interativa geraria melhores resultados. Apesar disso, a maioria dos participantes do GI na última fase de coleta declararam ter entendido e utilizado o material, e que o mesmo os ajudou no cuidado da criança.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por objetivo analisar os efeitos do material educativo “História de Sofia: Batalhas e Conquistas da família no cuidado e desenvolvimento da criança prematura” na promoção do desenvolvimento funcional de crianças nascidas prematuras.

Os participantes do presente estudo apresentavam risco leve a moderado para alterações no desenvolvimento infantil, estando a maior parte com classificação de desenvolvimento funcional adequado, apesar de abaixo da média da população brasileira. Isso reforça a necessidade de *follow-up* específico e orientação adequada para esta população.

Ao longo das avaliações, ambos os grupos apresentaram melhora significativa nas HFM, sendo que o grupo intervenção apresentou tendência de melhora nas HFAC, HFFS e ACAC. Isso reforça que as intervenções educativas são importantes aliadas nas estratégias assistenciais de cuidado e empoderamento da família para a promoção do desenvolvimento infantil.

Por fim, recomenda-se a realização de mais estudos com populações maiores, com maior risco para alterações no desenvolvimento e em outros locais, de preferência com uso de estratégias participativas no processo de orientação dos materiais, a fim de compreender melhor os efeitos dos mesmos na promoção do desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS

- ALVES, G. G.; AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, p. 319-325, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000100034&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 29 ago. 2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). Critério Brasil 2015. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 5 mai. 2017.
- AZEVEDO, T.B.V. Assistência dos cuidadores nas atividades de autocuidado de crianças em acolhimento institucional. **Psicologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 115-126, 2016. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v18n3/v18n3a09.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2017.
- BASSO, L.A. **Impacto da prematuridade no desenvolvimento cognitivo em crianças em idade escolar**. 2014. 44 f. Dissertação de mestrado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Psicologia, 2014. Disponível em: <<http://repositorio.pucrs.br:8080/dspace/handle/10923/7046>>. Acesso em: 8 abr. 2017.
- BENDER, D.D.; GUARANY, N. R. Efeito da equoterapia no desempenho funcional de crianças e adolescentes com autismo. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v. 27, n. 3, p. 271-277, 2017. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/114667>>. Acesso em: 30 mai. 2017.
- BEZERRA, I.M.P. et al. Comunicação no processo educativo desenvolvido pelos enfermeiros: As tecnologias de saúde em análise. **Saúde & Transformação Social / Health & Social Change**. Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 42-48, 2014. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudetransformacao/article/view/2448/3994>>. Acesso em: 27 ago. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à Saúde do recém-nascido - Guia para os Profissionais de Saúde: Cuidados com o recém-nascido pré-termo**. Vol 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2011(a). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_recem_nascido_%20guia_profissionais_saude_v4.pdf>. Acesso em: 08 abr. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de Saúde da Criança – Menina**. 7. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011(b). Disponível em: <http://www.telessaude.uerj.br/colorindo-e-movendo/pdf/colorindo/caderneta_saude_menina_passaporte_cidadania.pdf>. Acesso em: 7 jun. 2017.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, n. 12, 13 jun. 2013. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2017.

CALDAS, C.S.O. et al. Desempenho nas habilidades da linguagem em crianças nascidas prematuras e com baixo peso e fatores associados. **Audiology - Communication Research**. São Paulo, v.19, n. 2, p. 158-166, 2014. Disponível em: <<http://scielo.br/pdf/acr/v19n2/2317-6431-acr-19-2-0158.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2017.

CARNIEL, C.Z. et al. Influência de fatores de risco sobre o desenvolvimento da linguagem e contribuições da estimulação precoce: revisão integrativa da literatura. **Revista CEFAC - Speech, Language, Hearing Sciences and Education Journal**. São Paulo, v. 19, n. 1, p. 109-118, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v19n1/1982-0216-rcefac-19-01-00109.pdf>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

CHAGAS, P.S.C. Classificação da função motora e do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, v. 12, n. 5, p. 409-416, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v12n5/a11v12n5.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2017.

CHIODI, L.C. et al. Educação em saúde e a família do bebê prematuro: uma revisão de literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 25, n. 6, p. 969-974, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n6/v25n6a22.pdf>>. Acesso em: 3 mai. 2017.

COLLANGE, L.A. Desempenho funcional de crianças com mielomeningocele. **Fisioterapia e Pesquisa**. São Paulo, v. 15, n. 1, p. 58-63, 2008. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/fpusp/article/view/12077>>. Acesso em: 30 mai. 2017.

COPPEDE, A.C. Desempenho motor fino e funcionalidade em crianças com síndrome de Down. **Fisioterapia e Pesquisa**. São Paulo, v. 19, n. 4, p. 363-368, 2012. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/fpusp/article/view/53208>>. Acesso em: 30 mai. 2017.

DATASUS. Ministério da Saúde. Nascidos vivos. 2014. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>. Acesso em: 26 abr. 2017.

EINLOFT, A.B. do N. et al. Influência de intervenções educativas em perfis antropométricos, clínicos e bioquímicos e na percepção de saúde e doença de portadores de hipertensão arterial no contexto da Saúde da Família. **Revista de Nutrição**. Campinas, v. 29, n. 4, p. 529-541, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v29n4/1415-5273-rn-29-04-00529.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2018.

FERECINI, G.M. et al. Percepções de mães de prematuros acerca da vivência em um programa educativo. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 22, n. 3, p. 250-256, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a03v22n3>>. Acesso em: 4. Mai. 2017.

FONSECA, L.M.M., et al. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. São Paulo, v. 12, n. 1, p. 65-75, 2004. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1848>>. Acesso em: 3 mai. 2017.

FONSECA, L.M.M., et al. Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de

Janeiro, v. 15, n. 1, p. 190-196, 2011. Disponível em:

<<http://www.producao.usp.br/handle/BDPI/2915>>. Acesso em: 3 mai. 2017.

FONSECA, L.M.M., SCOCHI, C.G.S. **Cuidados com o bebê prematuro**: orientações para a família. 4. ed. Ribeirão Preto: FIERP, 2015. Disponível em: <

<http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/gpecca/objetos/LivroPrematuro2012.pdf> >. Acesso em: 29 mai. 2017.

FONSECA, L.M.M., SCOCHI, C.G.S., MELLO, D.F. de. Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento mediado pelo uso de um jogo educativo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 166-171, 2002. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n2/10510.pdf>>. Acesso em: 4 mai. 2017.

FORMIGA, C.K.M.R.; LINHARES M.B.M. Avaliação do desenvolvimento inicial de crianças nascidas pré-termo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 43, n. 2, p. 472-480, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n2/a30v43n2.pdf>>. Acesso em: 01 set. 2018.

FRACOLLI, L.A.; CHIESA, A.M. A percepção das famílias sobre a cartilha “toda hora é hora de cuidar”. **Revista O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 34, n. 1, p. 36-42, 2010.

Disponível em: <https://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/74/04_original_Percepcao.pdf>. Acesso em: 30 ago. 2018.

HALLAL, C.Z., MARQUES, N. R., BRACCIELLI, L.M.P. Aquisição de habilidades funcionais na área de mobilidade em crianças atendidas em um programa de estimulação precoce. **Journal of Human Growth and Development**. São Paulo, v. 18, n. 1, p. 27-34, 2008. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v18n1/05.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2017.

JÚNIOR, D.C.; BURNS, D. A.R.; LOPEZ, F.A. Saúde mental: Desenvolvimento Neurológico e Psíquico da Criança e do Adolescente. In.: _____. **Tratado de Pediatria**. 3. ed. Barueri: Manole, 2014. p. 418. Disponível em: <<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788520438626/>>. Acesso em: 31 mai. 2017.

LEMOS, R.A. et al. 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**. São Paulo, v. 22, n. 1, p. 1-11, 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v22n1/pt_03.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2017.

LEMOS, R.A.; VERÍSSIMO, M.L.Ó.R. Desenvolvimento de crianças nascidas prematuras: a compreensão dos cuidadores à luz da Teoria Bioecológica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 49, n. 6, p. 898-906, 2015. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/108374>>. Acesso em: 29 mar. 2017.

LEMOS, R.A.; VERÍSSIMO, M.L.Ó.R. Functional development of preterm infants: na integrative literature review. **Fisioterapia em Movimento**. Curitiba, v. 29, n. 3, p. 623-633., jul/set, 2016(a). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v29n3/1980-5918-fm-29-03-00623.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2017.

LEMOS, R.A.; VERÍSSIMO, M.L.Ó.R. **História de Sofia: Batalhas e Conquistas da família no cuidado e desenvolvimento da criança prematura**. 1. ed. São Paulo: Richard Veiga, 2016(b).

LINHARES, M.B.M. et al. Prematuridade e muito baixo peso como fatores de risco ao desenvolvimento da criança. **Paidéia**. Ribeirão Preto, v. 10, n. 8, p. 60-69, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v10n18/06>>. Acesso em: 19 abr. 2017.

MAGALHÃES, A.C.F.T. **Avaliação de uma cartilha educativa para as mães sobre os cuidados com o bebê prematuro em casa**. 2014. 54 f. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade de Brasília, Faculdade de Ceilândia, Curso de Enfermagem, 2014. Disponível em: <<http://bdm.unb.br/handle/10483/8271>>. Acesso em: 3 mai. 2017.

MAGGI, E. F. **Desenvolvimento motor, cognitivo e funcional de crianças nascidas pré-termo e a termo de níveis sociais diferentes, aos quatro anos de idade**. 2012. 110 f. Dissertação de mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, 2012. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/BUOS-97YH27>>. Acesso em: 09 abr. 2017

MAGGI, E. F. et al. Crianças pré-termo apresentam desempenho motor, cognitivo e funcional desfavorável em relação a neonatos a termo em idade pré-escolar. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 90, n. 4, p. 377-383, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jped/v90n4/pt_0021-7557-jped-90-04-00377.pdf>. Acesso em: 09 abr. 2017.

MANCINI, M.C. et al. Estudo do desenvolvimento da função motora aos 8 e 12 meses de idade em crianças nascidas pré-termo e a termo. **Arquivo de Neuropsiquiatria**. São Paulo, v. 60, n. 4, p. 974-980, 2002(a). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/anp/v60n4/a17v60n4.pdf>>. Acesso em: 29 abr. 2017

MANCINI, M.C. et al. Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral. **Arquivo de Neuropsiquiatria**. São Paulo, v. 60, n. 2-B, p. 446-452, 2002(b). Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/anp/v60n2B/10210.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2017.

MANCINI, M.C. et al. Efeito moderador do risco social na relação entre risco biológico e desempenho funcional infantil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 4, n. 1, p. 25-34, 2004(a). Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Marisa_Mancini2/publication/26374825_Efeito_moderador_do_risco_social_na_relacao_entre_risco_biologico_e_desempenho_funcional_infantil/links/09e4150e62557a173a000000.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2017.

MANCINI, M.C. et al. Gravidade da paralisia cerebral e desempenho funcional. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, v. 8, n. 3, p. 253-260, 2004(b). Disponível em: <<http://www.rbf-bjpt.org.br/files/v8n3/v8n3a11.pdf>>. Acesso em: 30 mai. 2017.

MANCINI, M.C. **Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI): Manual da Versão Brasileira Adaptada**. 1. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2005.

MANCINI, M.C. et al. Comparação do desempenho funcional de crianças com visão subnormal e crianças com desenvolvimento normal aos 2 e 6 anos de idade. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**. São Paulo, v. 21, n. 3, p. 215-222, 2010. Disponível em: < <http://www.journals.usp.br/rto/article/view/14107/15925> >. Acesso em: 30 mai. 2017.

MELLO, R.R.; MEIO, M.D.B.B. Follow-up de recém-nascidos de risco. In.: MOREIRA, M.E.L.; BRAGA, N.A.; MORSCH, D.S. **Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na UTI neonatal**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 179-184. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/rqhtt/pdf/moreira-9788575413579-18.pdf>>. Acesso em: 13 jul. 2017.

MONTEIRO, C.B.M. et al. Caracterização das habilidades funcionais na síndrome de Rett. **Fisioterapia e Pesquisa**. São Paulo, v. 16, n. 4, p. 341-345, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fp/v16n4/10.pdf> >. Acesso em: 30 mai. 2017.

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**. Rio de Janeiro, v. 90, n. 2, p. 119-134, 2014. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2255553614000391>>. Acesso em: 8 abr. 2017.

NOBRE, F.D.A. et al. Estudo Longitudinal do Desenvolvimento de Crianças Nascidas Pré-Termo no Primeiro Ano Pós-natal. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. São Paulo, v. 22, n. 3, p. 362-369, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/prc/v22n3/v22n3a06>>. Acesso em: 19 abr. 2017.

OLIVEIRA, F.E.; MAGALHÃES, L.C.; SALMELA, L.F.T. Relação entre muito baixo peso ao nascimento, fatores ambientais e o desenvolvimento motor e o cognitivo de crianças aos 5 e 6 anos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, v. 15, n. 2, p. 138-145, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v15n2/pt_a09v15n2.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2017.

OLIVEIRA, S.C. de; LOPES, M.V. de O.; FERNANDES, A.F.C. Construção e validação de cartilha educativa para alimentação saudável durante a gravidez. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 22, n. 4, p. 611-620, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n4/pt_0104-1169-rlae-22-04-00611.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2018.

PACHECO, R. Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI): aplicabilidade no diagnóstico de transtorno invasivo do desenvolvimento e retardo mental. **Medicina de Reabilitação**. São Paulo, v. 29, n. 1, p. 9-12, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0103-5894/2010/v29n1/a003.pdf> >. Acesso em: 30 mai. 2017.

PAIVA, A.P.R.C. de; VARGAS, E.P. Os usos do Caderno de Práticas e Soluções: um material educativo sobre território, saúde e ambiente. **Encontro Nacional De Pesquisa Em Educação Em Ciências**. Santa Catarina. 2017. Disponível em: <<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/20840/2/Enpec17Final.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2018.

PREFEITURA DE JUIZ DE FORA. Notícias. Novo Departamento de Saúde da Criança e Adolescente é inaugurado nesta sexta-feira. 2012. Disponível em: <<https://www.pjf.mg.gov.br/noticias/view.php?modo=link2&idnoticia2=36601>>. Acesso em: 17 mai. 2017.

RODRIGUES, K.A.F. et al. Adesão da mulher hipertensa ao estilo de vida saudável – uma tecnologia educativa em saúde. **Investigação Qualitativa em Saúde**. Fortaleza. v. 2, 2017. Disponível em: <<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1305/1264>>. Acesso em: 31 ago. 2018.

RUGOLO, L.M.S.S. Crescimento e desenvolvimento a longo prazo do prematuro extremo. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 81, n. 1, p. 101-110, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/jped/v81n1s1/v81n1s1a13.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2017.

SANTOS, J.S. et al. O cuidado da criança e o direito à saúde: perspectivas de mães adolescentes. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 49, n. 5, p. 733-740, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n5/pt_0080-6234-reeusp-49-05-0733.pdf>. Acesso em: 29 ago. 2018.

SILVA, F. B e et al. Intervenção educativa com mães jovens: aquisição de saberes sobre cuidados da criança. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 31, n. 1, p. 32-38, 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v31n1/0103-2100-ape-31-01-0032.pdf>>. Acesso em: 28 ago. 2018.

SVAVARSDÓTTIR, M. H.; SIGURÐARDÓTTIR, Á. K.; STEINSBEKK, A. How to become an expert educator: a qualitative study on the view of health professionals with experience in patient education. **BMC medical education**, v. 15, n. 1, p. 87, 2015. Disponível em: <<https://bmcmmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12909-015-0370-x>>. Acesso em: 29 ago. 2018.

SOUSA, A.P Mobilidade funcional em crianças asmáticas de 1 a 4 anos. **Fisioterapia e Pesquisa**. São Paulo, v. 14, n. 1, p. 47-52, 2007. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/fpusp/article/view/75621>>. Acesso em: 30 mai. 2017.

SOUZA, E.S.; MAGALHÃES, L.C. Desenvolvimento motor e funcional em crianças nascidas pré-termo e a termo: influência de fatores de risco biológico e ambiental. **Revista paulista de pediatria**. São Paulo, v. 30, n. 4, p. 462-470, 2012. Disponível em: <<http://www.motricidade.com.br/pdfs/edi/2012.6.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2017.

SULLIVAN, M.C.; MSALL, M. E. Functional Performance of Preterm Children at Age 4. **Journal of Pediatric Nursing**. Chicago, v. 22, n. 4, p. 297-309, 2007. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3390307/pdf/nihms387061.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2017.

TELES, F.M.; RESEGUE, R.; PUCCINI, R.F. Necessidades de assistência à criança com deficiência – Uso do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade. **Revista Paulista de Pediatria**. São Paulo, v. 34, n. 4, p. 447-453, 2016. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0103058216000265>>. Acesso em: 30 mai. 2017.

VASCONCELOS, R.L.M. Avaliação do desempenho funcional de crianças com paralisia cerebral de acordo com níveis de comprometimento motor. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. São Carlos, v. 13, n. 5, p. 390-397, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/2009nahead/aop049_09.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2017.

VILAR, R.L. da C. **Cartilha cuidados com o bebê prematuro: orientações para a família - Uma estratégia de educação em saúde na atenção básica**. 2014. 15 f. Monografia. Universidade Federal de Santa Catarina, Faculdade de Enfermagem, Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção Saúde Materna, Neonatal e do Lactente, 2014. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/xmlui/handle/123456789/173149>>. Acesso em: 2 mai. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preterm Birth** [Internet]. Geneva: WHO, updated november 2016(a). Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>> Acesso em: 5 abr. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision**. Version: 2016(b). Disponível em: <<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Brazil: health profile** [Internet]. Geneva: WHO, updated january 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/gho/countries/bra.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2017.

YOUNGE, N. et al. Survival and neurodevelopmental outcomes among periviable infants. **New England Journal of Medicine**, v. 376, n. 7, p. 617-628, 2017. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1605566>>. Acesso em: 19 abr. 2017.

ZERBETO, A. B.; CORTELO, F.M.; FILHO, É.B.C. Association between gestational age and language: a systematic review. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 91, n. 4, p. 326-332, 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=399741524004>>. Acesso em: 8 abr. 2017.

ANEXO A - INVENTÁRIO DE AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA DE INCAPACIDADE (PEDI)

PEDIATRIC EVALUATION OF DISABILITY INVENTORY - PEDI

Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade

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

Versão 1.0 Brasileira

Stephen M. Haley, Ph.D., P.T.; Wendy J. Coster, Ph.D., OTR/L; Larry H. Ludlow, Ph.D.; Jane T. Haltiwanger, M.A., Ed.M.; Peter J. Andrellos, Ph.D.
1992, New England Medical Center and PEDI Research Group.

FORMULÁRIO DE PONTUAÇÃO

Sobre a Criança

Nome: _____

Sexo: M F

Idade: _____ Ano _____ Mês _____ Dia _____

Entrevista _____

Nascimento _____

Id. Cronológica _____

Diagnóstico (se houver): _____

_____ primário _____ adicional

Situação atual da criança

- hospitalizada mora em casa
 cuidado intensivo mora em instituição
 reabilitação

Outros (especificar): _____

Escola ou outras instalações: _____

Série escolar: _____

Sobre o entrevistado (pais ou responsável)

Nome: _____

Sexo: M F

Parentesco com a criança: _____

Profissão (especificar): _____

Escolaridade: _____

Sobre o examinador

Nome: _____

Profissão: _____

Instituição: _____

Sobre a avaliação

Recomendada por: _____

Razões da avaliação: _____

Notas: _____

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

Parte I - Habilidades Funcionais: 197 itens

Áreas: autocuidado, mobilidade, função social

Pontuação:

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

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

Áreas: autocuidado, mobilidade, função social

Pontuação:

- 5 = Independente
4 = Supervisão
3 = Assistência mínima
2 = Assistência moderada
1 = Assistência máxima
0 = Assistência total

Parte III - Modificações: 20 atividades funcionais complexas

Áreas: autocuidado, mobilidade, função social

Pontuação:

- N = Nenhuma modificação
C = Modificação centrada na criança (não especializada)
R = Equipamento de reabilitação
E = Modificações extensivas

POR FAVOR, CERTIFIQUE-SE DE RESPONDER TODOS OS ITENS

Parte I: Habilidades funcionais

Área de Autocuidado

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

A: TEXTURA DOS ALIMENTOS

- 1- Come alimento batido/amassado/coado
- 2- Come alimento moído/granulado
- 3- Come alimento picado/em pedaços
- 4- Come comidas de texturas variadas

	incapaz	capaz
0	1	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B: UTILIZAÇÃO DE UTENSÍLIOS

- 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

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C: UTILIZAÇÃO DE RECIPIENTES DE BEBER

- 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

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D: HIGIENE ORAL

- 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

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E: CUIDADOS COM OS CABELOS

- 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

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F: CUIDADOS COM O NARIZ

- 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

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G: LAVAR AS MÃOS

- 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

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H: LAVAR O CORPO E A FACE

- 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

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I: AGASALHO / VESTIMENTAS ABERTAS NA FRENTE

- 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

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J: FECHOS

- 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

	incapaz	capaz
0	1	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

K: CALÇAS

- 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

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

L: SAPATOS / MEIAS

- 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 cadaço)

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M: TAREFAS DE TOALETE

(roupas, uso do banheiro e limpeza)

- 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

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

N: CONTROLE URINÁRIO

(escore = 1 se a criança já é capaz)

- 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

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O: CONTROLE INTESTINAL

(escore = 1 se a criança já é capaz)

- 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

0	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

B: TRANSFERÊNCIAS DE CADEIRAS/ CADEIRAS DE RODAS

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

C-1: TRANSFERÊNCIAS NO CARRO

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 |
| 11a- Movimenta-se no carro; mexe-se e sobe/desce da cadeirinha de carro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12a- Entra e sai do carro com pouco auxílio ou instrução | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13a- Entra e sai do carro sem assistência ou instrução | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14a- Maneja cinto de segurança ou cinto da cadeirinha de carro | <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"/> |

C-2: TRANSFERÊNCIAS NO ÔNIBUS

- | | | |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 |
| 11b- Sobe e desce do banco do ônibus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12b- Move-se com ônibus em movimento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13b- Desce a escada do ônibus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14b- Passa na roleta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15b- Sobe a escada do ônibus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D: MOBILIDADE NA CAMA / TRANSFERÊNCIAS

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 |
| 16- Passa de deitado para sentado na cama ou berço | <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"/> |
| 18- Sobe e desce de sua própria cama | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19- Sobe e desce de sua própria cama, sem usar seus braços | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E: TRANSFERÊNCIAS NO CHUVEIRO

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

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

- | | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 |
| 25- Rola, pivoteia, arrasta ou engatinha no chão | <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"/> |
| 27- Anda sem auxílio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 |
| 28- Move-se pelo ambiente, mas com dificuldade (cai; velocidade lenta para a idade) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29- Move-se pelo ambiente sem dificuldade | <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"/> |
| 31- Move-se entre ambientes sem dificuldade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

H: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE INTERNO: ARRASTA / CARREGA OBJETOS

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 |
| 33- Muda de lugar intencionalmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34- Move-se, concomitantemente, com objetos pelo chão | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35- Carrega objetos pequenos que cabem em uma das mãos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36- Carrega objetos grandes que requerem a utilização das duas mãos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37- Carrega objetos frágeis ou que contenham líquidos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

I: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO: MÉTODOS

- | | | |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 |
| 38- Anda, mas segura em objetos, adultos ou aparelhos de apoio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39- Anda sem apoio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 |
| 40- Move-se por 3 - 15 m (comprimento de 1-5 carros) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41- Move-se por 15 - 30 m (comprimento de 5-10 carros) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42- Move-se por 30 - 45 m | <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"/> |
| 44- Move-se por 45 m ou mais sem dificuldade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

K: LOCOMOÇÃO EM AMBIENTE EXTERNO: SUPERFÍCIES

- | | | |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 |
| 45- Superfícies niveladas (passeios e ruas planas) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 46- Superfícies pouco acidentadas (asfalto rachado) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 47- Superfícies irregulares e acidentadas (gramados e ruas de cascalho) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 48- Sobe e desce rampas ou inclinações | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 49- Sobe e desce meio-fio | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

L: SUBIR ESCADAS

(escore 1 se a criança conquistou previamente a habilidade)

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 |
| 50- Arrasta-se, engatinha para cima por partes ou lances parciais de escada (1-11 degraus) | <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"/> |
| 52- Sobe partes de um lance de escada (ereto) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 53- Sobe um lance completo, mas com dificuldade (lento para a idade) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 54- Sobe um conjunto de lances de escada sem dificuldade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

M: DESCER ESCADAS

(escore 1 se a criança conquistou previamente a habilidade)

- | | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | 0 | 1 |
| 55- Arrasta-se, engatinha para baixo por partes ou lances parciais de escada (1-11 degraus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 56- Arrasta-se, rasteja para baixo por um lance de escada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57- Desce, ereto, um lance de escada completo (12-15 degraus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 58- Desce um lance completo, mas com dificuldade (lento para a idade) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 59- Desce um conjunto de lances de escada sem dificuldade | <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 0	Capaz 1
1- Orienta-se pelo som	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2- Reage ao "não"; reconhece próprio nome ou de alguma pessoa familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3- Reconhece 10 palavras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4- Entende quando você fala sobre relacionamentos entre pessoas e/ou coisas que são visíveis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5- Entende quando você fala sobre tempo e seqüência de eventos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B: COMPREENSÃO DE SENTENÇAS COMPLEXAS		0	1
6- Compreende sentenças curtas sobre objetos e pessoas familiares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7- Compreende comandos simples com palavras que descrevem pessoas ou coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8- Compreende direções que descrevem onde alguma coisa está	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9- Compreende comando de dois passos, utilizando se/então, antes/depois, primeiro/segundo etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10- Compreende duas sentenças que falam de um mesmo sujeito, mas de uma forma diferente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
C: USO FUNCIONAL DA COMUNICAÇÃO		0	1
11- Nomeia objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12- Usa palavras específicas ou gestos para direcionar ou requisitar ações de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13- Procura informação fazendo perguntas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14- Descreve ações ou objetos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15- Fala sobre sentimentos ou pensamentos próprios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
D: COMPLEXIDADE DA COMUNICAÇÃO EXPRESSIVA		0	1
16- Usa gestos que têm propósito adequado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17- Usa uma única palavra com significado adequado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18- Combina duas palavras com significado adequado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19- Usa sentenças de 4-5 palavras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20- Conecta duas ou mais idéias para contar uma história simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
E: RESOLUÇÃO DE PROBLEMA		0	1
21- Tenta indicar o problema ou dizer o que é necessário para ajudar a resolvê-lo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22- Se transtornado por causa de um problema, a criança precisa ser ajudada imediatamente, ou o seu comportamento é prejudicado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23- Se transtornado por causa de um problema, a criança consegue pedir ajuda e esperar se houver uma demora de pouco tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24- Em situações comuns, a criança descreve o problema e seus sentimentos com algum detalhe (geralmente não faz birra)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25- Diante de algum problema comum, a criança pode procurar um adulto para trabalhar uma solução em conjunto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
F: JOGO SOCIAL INTERATIVO (ADULTOS)		0	1
26- Mostra interesse em relação a outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27- Inicia uma brincadeira familiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
28- Aguarda sua vez em um jogo simples, quando é dada dica de que é sua vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
29- Tenta imitar uma ação prévia de um adulto durante uma brincadeira	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
30- Durante a brincadeira, a criança pode sugerir passos novos ou diferentes, ou responder a uma sugestão de um adulto com uma outra idéia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
32- Interage com outras crianças em situações breves e simples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

H: BRINCADEIRA COM OBJETOS

H: BRINCADEIRA COM OBJETOS		Incapaz 0	Capaz 1
36- Manipula brinquedos, objetos ou o corpo com intenção	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
37- Usa objetos reais ou substituídos em seqüência simples de faz-de-conta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
38- Agrupa materiais para formar alguma coisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
39- Inventa longas rotinas de faz-de-conta, envolvendo coisas que a criança já entende ou conhece	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
40- Inventa seqüências elaboradas de faz-de-conta a partir da imaginação	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I: AUTO-INFORMAÇÃO

I: AUTO-INFORMAÇÃO		0	1
41- Diz o primeiro nome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
42- Diz o primeiro e último nome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
43- Dá o nome e informações descritivas sobre os membros da família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
44- Dá o endereço completo de casa; se no hospital, dá o nome do hospital e o número do quarto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
45- Dirige-se a um adulto para pedir auxílio sobre como voltar para casa ou voltar ao quarto do hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

J: ORIENTAÇÃO TEMPORAL

J: ORIENTAÇÃO TEMPORAL		0	1
46- Tem uma noção geral do horário das refeições e das rotinas durante o dia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
47- Tem alguma noção da seqüência dos eventos familiares na semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
48- Tem conceitos simples de tempo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
49- Associa um horário específico com atividades/eventos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
50- Olha o relógio regularmente ou pergunta as horas para cumprir o curso das obrigações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

L: AUTOPROTEÇÃO

L: AUTOPROTEÇÃO		0	1
56- Mostra cuidado apropriado quando está perto de escadas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
57- Mostra cuidado apropriado perto de objetos quentes ou cortantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
58- Ao atravessar a rua na presença de um adulto, a criança não precisa ser advertida sobre as normas de segurança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
59- Sabe que não deve aceitar passeio, comida ou dinheiro de estranhos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
60- Atravessa rua movimentada, com segurança, na ausência de um adulto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

M: FUNÇÃO COMUNITÁRIA

M: FUNÇÃO COMUNITÁRIA		0	1
61- A criança brinca em casa com segurança, sem precisar ser vigiada constantemente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
62- Vai ao ambiente externo da casa com segurança e é vigiada apenas periodicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
63- Segue regras/expectativas da escola e de estabelecimentos comunitários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
64- Explora e atua em estabelecimentos comunitários sem supervisão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
65- Faz transações em uma loja da vizinhança sem assistência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Somatório da Área de Função Social:

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

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

Área de Autocuidado

	Assistência do Cuidador						Modificações			
	Independente	Supervisão	Mínima	Moderada	Máxima	Total	Nenhuma	Criança	Reabilitação	Extensiva
	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E
A. Alimentação: Come e bebe nas refeições regulares; <i>não inclui cortar carne, abrir recipientes ou servir comida das travessas.</i>	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; <i>não inclui entrar e sair do chuveiro ou banheira, preparar a água e lavar as costas ou cabelos.</i>	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; <i>não inclui tirar roupas do armário ou gavetas, lidar com fechos nas costas.</i>	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; <i>não inclui tirar as roupas do armário ou gavetas.</i>	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; <i>não inclui transferência para o sanitário, controle dos horários ou limpar-se após acidentes.</i>	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E
G. Controle Urinário: Controle urinário dia e noite, limpar-se após acidente e controle dos horários.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E
H. Controle Intestinal: Controle do intestino dia e noite, limpar-se após acidente e controle dos horários.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E

Soma da área de Autocuidado

Freqüências

Área de Mobilidade

	Assistência do Cuidador						Modificações			
	Independente	Supervisão	Mínima	Moderada	Máxima	Total	Nenhuma	Criança	Reabilitação	Extensiva
	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E
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. <i>Não inclui preparar para o banho.</i>	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E
E. Locomoção em ambiente interno: 15 metros; <i>não inclui abrir portas ou carregar objetos.</i>	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 (<i>não considerar comportamento ou questões de segurança como atravessar ruas</i>).	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E
G. Escadas: Subir e descer um lance de escadas (12-15 degraus).	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E

Soma da área de Mobilidade

Freqüências

Área de Função Social

	Assistência do Cuidador						Modificações			
	Independente	Supervisão	Mínima	Moderada	Máxima	Total	Nenhuma	Criança	Reabilitação	Extensiva
	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E
A. Compreensão funcional: Entendimento das solicitações e instruções.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E
B. Expressão funcional: Habilidade para fornecer informações sobre suas próprias atividades e tornar conhecidas as suas necessidades; inclui clareza na articulação.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E
C. Resolução de problemas em parceria: Inclui comunicação do problema e o empenho com o adulto de referência ou um outro adulto em encontrar uma solução; inclui apenas problemas cotidianos que ocorrem durante as atividades diárias (por exemplo, perda de um brinquedo e conflitos na escolha das roupas).	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E
D. Brincar com companheiro: Habilidade para planejar e executar atividades com um companheiro conhecido.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E
E. Segurança: Cuidados quanto à segurança em situações da rotina diária, incluindo escadas, lâminas ou objetos quentes e deslocamentos.	5	4	3	2	1	0	N	C	R	E

Soma da área de

Freqüências

Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade

Versão 1.0 - Brasileira

Nome: _____ Data do teste: _____ Idade: _____
 Identificação: _____ Entrevistador: _____

SUMÁRIO DOS ESCORES

Escores Compostos

ÁREA

		Escore Bruto	Escore Normativo	Erro Padrão	Escore Contínuo	Erro Padrão
Autocuidado	Habilidades funcionais					
Mobilidade	Habilidades funcionais					
Função Social	Habilidades funcionais					
Autocuidado	Assistência do cuidador					
Mobilidade	Assistência do cuidador					
Função Social	Assistência do cuidador					

Modificação (frequências)

Modificação (frequências)											
Autocuidado (8 itens)				Mobilidade (7 itens)				Função Social (5 itens)			
Nenhuma	Criança	Reabilitação	Extensiva	Nenhuma	Criança	Reabilitação	Extensiva	Nenhuma	Criança	Reabilitação	Extensiva

Perfil dos Escores

ÁREA

		ESCORE NORMATIVO					ESCORE CONTÍNUO				
Autocuidado	Habilidades funcionais	10	30	50	70	90	0		50		100
Mobilidade	Habilidades funcionais	10	30	50	70	90	0		50		100
Função Social	Habilidades funcionais	10	30	50	70	90	0		50		100
Autocuidado	Assistência do cuidador	10	30	50	70	90	0		50		100
Mobilidade	Assistência do cuidador	10	30	50	70	90	0		50		100
Função Social	Assistência do cuidador	10	30	50	70	90	0		50		100

ANEXO B – CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA BRASIL

SISTEMA DE PONTOS

Variáveis

	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

APÊNDICE A - PROTOCOLO DE COLETA DOS DADOS EM PRONTUÁRIO

ROTEIRO DE IDENTIFICAÇÃO – PARTICIPANTE Nº: _____

1) Dados dos cuidadores:

Nome(s): _____ Idade: _____

Nome(s): _____ Idade: _____

Endereço: _____

Telefone(s): _____

2) Dados da criança:

Nome: _____ Data de nascimento: _____

Idade gestacional: _____ Peso ao nascer: _____

Data das últimas consultas: _____

Data da próxima consulta: _____

Intercorrências no berçário: _____

Intercorrências no último ano: _____

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Olá,

Somos estudantes do curso de fisioterapia da UFJF, orientadas pela professora Rayla Amaral Lemos.

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “EFEITOS DE UM MATERIAL EDUCATIVO NA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO FUNCIONAL DE CRIANÇAS NASCIDAS PREMATURAS”. Nesta pesquisa pretendemos analisar o uso do material educativo “História de Sofia: Batalhas e Conquistas da família no cuidado e desenvolvimento da criança prematura” como apoio para ajudar no desenvolvimento de sua criança nascida prematura. O motivo que nos leva a estudar este assunto é que existem poucos estudos que falem sobre o uso de materiais educativos na saúde da criança nascida prematura, principalmente no que diz respeito ao desenvolvimento funcional dela, ou seja, a capacidade de realizar atividades cotidianas como pentear o cabelo, ir ao banheiro sozinha, se comunicar, etc.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: O Sr. (a) participará de uma entrevista sobre quais atividades cotidianas sua criança realiza e como ela realiza, além de algumas informações como seus anos de estudo, posse de bens, etc. Não haverá nenhuma avaliação ou procedimento com a criança. A cada dois meses faremos uma nova entrevista para acompanhar o desenvolvimento de sua criança. Assim, após 2 meses, 4 meses e 6 será feita uma nova entrevista com você com as mesmas perguntas da primeira entrevista. Durante o estudo você receberá o material educativo estudado gratuitamente, pois o mesmo foi financiado pelo governo e, depois de receber orientações sobre o mesmo, você dará a sua opinião sobre ele. Os riscos envolvidos na pesquisa são os mesmos de levar a criança a uma consulta neste local, sendo o possível desconforto o gasto de tempo com esta atividade. Mas acreditamos que a pesquisa contribuirá para um melhor entendimento dos benefícios do material educativo no desenvolvimento funcional de crianças nascidas prematuras, podendo identificar sua força neste processo e ajudar outras crianças que viveram a mesma experiência do nascimento prematuro. Além de ajudar você a perceber o desenvolvimento da sua criança.

Para participar deste estudo o Sr. (a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr. (a) tem assegurado o direito a indenização. O Sr. (a) 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 o Sr. (a) e a criança são atendidos (a). Sua identidade não será revelada em nenhum momento. As pesquisadoras 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. 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 (a) em nenhuma publicação que possa resultar da pesquisa.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Faculdade de Fisioterapia da Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida ao Sr. (a). 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.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos da pesquisa “EFEITOS DE UM MATERIAL EDUCATIVO NA PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO FUNCIONAL DE CRIANÇAS NASCIDAS PREMATURAS”, 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 via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 2017.

Assinatura do Participante

Assinatura da Pesquisadora

Nome da Pesquisadora Responsável: Prof^a Rayla Amaral Lemos

Faculdade de Fisioterapia

Endereço: Rua Eugênio do Nascimento, s/n, Bairro Dom Bosco

CEP: 36038-330 / Juiz de Fora – MG

Fone: (32)99199-4239

E-mail: rayla.lemos@ufjf.edu.br

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO MATERIAL EDUCATIVO

O quanto você concorda com as afirmações abaixo?

	Afirmação	Discordo fortemente.	Discordo.	Não concordo nem discordo.	Concordo.	Concordo fortemente.
1	Entendi as orientações do material.					
2	Consegui seguir as orientações do material.					
3	Não senti dificuldades em usar o material.					
4	O material me ajudou no cuidado da criança.					

2. Se conseguiu, quais orientações? _____

Se não conseguiu, por quê? _____

3. Se sentiu dificuldades, quais? _____
