

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE MEDICINA**

Tiago Simões Leite

**DESENVOLVIMENTO INFANTIL E CONDIÇÕES DE SAÚDE DE
LACTENTES DE RISCO COM PERDA DE SEGUIMENTO EM
UNIDADE DE REFERÊNCIA**

**Belo Horizonte
2018**

Tiago Simões Leite

**Desenvolvimento infantil e condições de saúde de lactentes de risco com
perda de seguimento em unidade de referência**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde – área de concentração em Saúde da Criança e do Adolescente, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra. Cláudia Regina Lindgren Alves.

Belo Horizonte

2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitor: Profa. Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor: Prof. Alessandro Moreira

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Fábio Alves

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Mário Campos

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Humberto José Alves

Vice-Diretor da Faculdade de Medicina: Profa. Alamanda Kfoury Pereira

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Luiz Armando Cunha de Matos

Subcoordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Selmo Geber

Chefe do Departamento de Pediatria: Profa. Maria do Carmo Barros de Melo

Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde-

Saúde da Criança e do Adolescente: Profa. Ana Cristina Simões e Silva

Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde-

Saúde da Criança e do Adolescente:

Prof. Alexandre Rodrigues Ferreira

Profa. Ana Cristina Simões e Silva

Profa. Helena Maria Gonçalves Becker

Prof. Jorge Andrade Pinto

Profa. Juliana Gurgel Giannetti

Prof. Sérgio Veloso Brant Pinheiro

Profa. Roberta Maia de Castro Romanelli

Arabele Teixeira de Lacerda (Discente Titular)

À criança de amanhã: lutamos por um crescer saudável e um futuro sem limitações.

AGRADECIMENTOS

À Deus pela vida e por me tornar filho por adoção através do sacrifício de Jesus Cristo, por meio da fé, pela graça e para a vida eterna.

À minha família pela construção do caráter e valores. Aos meus pais pela incondicional aceitação e fundamental importância no desenvolvimento de quem eu sou. Aos meus irmãos pela aventura na descoberta da vida e misericórdia com meus defeitos.

Aos meus irmãos e irmãs em Cristo por partilhar do caminho estreito e da dura jornada rumo ao final da corrida. Gabi pela insistência em gostar de mim e desejar o meu sucesso.

À Cláudia pela delicadeza e por acreditar quando outros escolheram descartar. Obrigado por aceitar o desafio e me inspirar rumo à uma excelência que já lhe é peculiar e notória. E também por mostrar que é possível aliar expertise no saber e humanidade no cuidar.

Às companheiras de Cuidar e Crescer que, apesar do breve contato pela minha chegada tardia, tiveram valor inestimável nessa construção.

Aos acadêmicos e em especial à Luísa pela ajuda fundamental. Sem vocês não existiria tese!

Àqueles que lerão e utilizarão esse estudo, que seja de ajuda na construção de um melhor futuro para os nossos pequenos!

“Nos alegramos nas tribulações, sabendo que a tribulação produz perseverança; e a perseverança, experiência; e a experiência, esperança”.

Romanos 5:3-4

RESUMO

Introdução: Um dos grandes desafios atuais da atenção integral à saúde é aumentar a adesão ao acompanhamento, especialmente em populações vulneráveis. O acompanhamento longitudinal de crianças aumenta a sobrevivência, diminui a ocorrência de doenças e melhora o desenvolvimento. É importante ofertar assistência qualificada, humanizada e multiprofissional, com fortalecimento do vínculo entre equipe de saúde e usuário, diminuindo a taxa de absenteísmo e evasão. É necessário também identificar as razões para o abandono e desenvolver estratégias para resgate e avaliação de pacientes faltosos. **Objetivo:** Analisar o desenvolvimento e as condições de saúde de lactentes de alto risco com perda de seguimento em unidade de referência. **Métodos:** Estudo do tipo coorte retrospectiva baseado em entrevistas telefônicas com responsáveis por crianças que abandonaram o acompanhamento no Ambulatório de Referência do Hospital Sofia Feldman. Dos 504 lactentes que iniciaram o acompanhamento entre 2015 e 2016, 283 abandonaram o seguimento antes dos 24 meses de vida. Foram entrevistados 105 desses pais/responsáveis. Foi utilizado questionário estruturado para investigar os motivos do abandono do serviço e da saúde da criança nos últimos 12 meses. O “*Survey of Wellbeing of Young Children (SWYC)*” foi utilizado para triagem de possíveis alterações no desenvolvimento, comportamento e fatores de risco familiar. A classificação socioeconômica foi feita pelo Critério Brasil da ABEP. Foi realizada análise descritiva das variáveis que caracterizavam a amostra, bem como da ocorrência de problemas de saúde e de desenvolvimento. Para analisar os fatores associados ao desempenho das crianças em cada área do SWYC foi ajustada uma Regressão Logística, adotando um nível de 5% de significância. **Resultados:** Cerca de 43% das famílias que abandonaram o acompanhamento puderam ser contactadas por telefone. O perfil familiar mostrou que 23% dessas mães eram adolescentes que estudaram em média por $9,85 \pm 2,47$ anos. Segundo Critério Brasil, 78,2% das famílias eram classe C/D/E. Apenas 13,5% das famílias era beneficiária do Programa Bolsa Família. Quanto as condições de saúde, 87,6% dos lactentes apresentaram pelo menos um episódio de adoecimento nos últimos 12 meses, mas apenas 14,3% tiveram internação hospitalar no período. Dos motivos para abandono do seguimento ambulatorial no HSF, o mais frequente foi a distância do serviço (51,4%), seguido por dificuldade financeira (22,9%). Dos lactentes que abandonaram o acompanhamento no ambulatório de referência, 98,1% realizavam acompanhamento regular, sendo que 86,4% o faziam com pediatra (com ou sem participação de outros profissionais) e 71,8% eram atendidos em unidades básicas da rede pública de saúde. Quase 52% haviam realizado 5 ou mais consultas nos últimos 12 meses. Quanto ao desenvolvimento, a prevalência de crianças com suspeita de atraso no desenvolvimento foi 27,6%, de alterações de comportamento 41,0% e de Transtorno do Espectro Autista (TEA) 30,0%. A preocupação dos pais com o desenvolvimento/aprendizagem e/ou comportamento da criança mostrou-se associada a ocorrência de alterações nas três áreas avaliadas pelo SWYC, implicando num aumento de 3 a 6 vezes no risco de a criança ter resultados alterados para o desenvolvimento, comportamento ou TEA. **Conclusão:** A taxa de evasão global dessa amostra foi compatível com a literatura. Os lactentes da amostra deste estudo apresentaram boa vitalidade ao nascer e baixos índices de complicações perinatais, porém apresentavam, em sua maioria, risco ambiental para atraso no desenvolvimento, sendo provenientes de famílias de baixa condição socioeconômica, baixa escolaridade e com percentual elevado de mães adolescentes. A assistência recebida após a perda de seguimento no ambulatório de referência mostrou número, tipo de consultas e local de acompanhamento apropriados. A prevalência de suspeita de atraso no desenvolvimento e alterações comportamentais foi comparável à da literatura. A prevalência de risco de TEA ficou acima do descrito na literatura. A preocupação

dos pais com o aprendizado, desenvolvimento e comportamento de seus filhos indicou risco aumentado de alterações na triagem para alterações no desenvolvimento, comportamento e TEA.

Palavras-chave: Criança; Desenvolvimento Infantil; Nutrição Materna; Nível de Saúde; Evasão; Perda de Seguimento.

ABSTRACT

Introduction: One of the greatest challenges in comprehensive healthcare nowadays is to increase the adherence to follow-up programs, especially in vulnerable populations. Long term follow-up in children increases survival rates, prevents disease occurrence and improves global development. It is important to offer a qualified, caring and multi professional assistance, strengthening the bond between health professionals and families and thus, lowering absenteeism and evasion rates. Furthermore, it is necessary to identify reasons behind abandoning the follow-up and develop tools to rescue and evaluate the absent patients.

Objective: Evaluate development and health conditions in vulnerable infants after drop-out of follow-up in a reference health service. **Methods:** We conducted a retrospective cohort based on telephone interviews with the parents of children that dropped out their follow-up at Sofia Feldman Hospital's reference clinic. Of the 504 infants that began their follow-up between 2015 and 2016, 283 dropped out before reaching 2 years of age. Of this sample, we interviewed 105 parents. We used a structured form to evaluate the children's health conditions for the past 12 months and the reasons behind abandoning the follow-up. The "Survey of Wellbeing of Young Children (SWYC)" was applied to evaluate family risk factors and neuropsychomotor and behavioural development. The socioeconomic classification was done using the ABEP's Brazilian Criteria. We conducted a comprehensive analysis of the sample, describing health and developmental problems. To evaluate which factors were associated with SWYC results, we adjusted the sample in a logical regression and adopted a level of 5% as statistically relevant.

Results: We successfully contacted about 43% of the drop-out families via telephone calls. Family profile showed 23% of teenage mothers and an average of formal education of 9.85 ± 2.47 years. Using Brazilian criteria, 78.2% were part of C/D/E classes. Only 13.5% had government financial aid. 87.6% of the infants in this sample had at least one episode of sickness in a one-year period, but only 14.3% were admitted to hospital care during that period. The more prevalent reasons for dropping out the reference clinic's follow-up were "distance from the clinic" (51.4%) followed by financial difficulties (22.9%). Of the drop out infant sample, 98.1% had a follow-up program in another health care service, 86.4% of those were consulted by paediatricians (with or without other health professionals) and 71.8% attended the consults in a public primary care clinic. Almost 52% had 5 or more consults in a 12-month period. As for the global development, we found a prevalence of 27.6% at risk for developmental impairment, 41% at risk for behavioural problems and 30% at risk for developing Autism Spectrum Disorder (ASD). We found an association between parents' concerns about their children's development, learning or behaviour and the occurrence of abnormal SWYC results in those three areas. That means a 3-6 times higher risk for development and behavioural impairment and ASD. **Conclusion:** The global evasion rate was like shown in literature. The infants on this study's sample showed good vital signs when they were born and a low rate of perinatal complications, but the majority were under environmental risk for developmental impairment by being part of families of low income, low formal education and with a high prevalence of teenage mothers. The follow-up program instituted after the reference clinic drop out in the studied population was considered adequate in terms of healthcare, thus providing an appropriate place of follow-up, frequency and type of health visits. This study showed developmental and behavioural impairment risks similar to those in the literature. The data found regarding ASD risk was higher than that found in the literature. We found an association between parents' concerns about their children's development, learning or behaviour and increased risk for problems in development, behaviour and ASD.

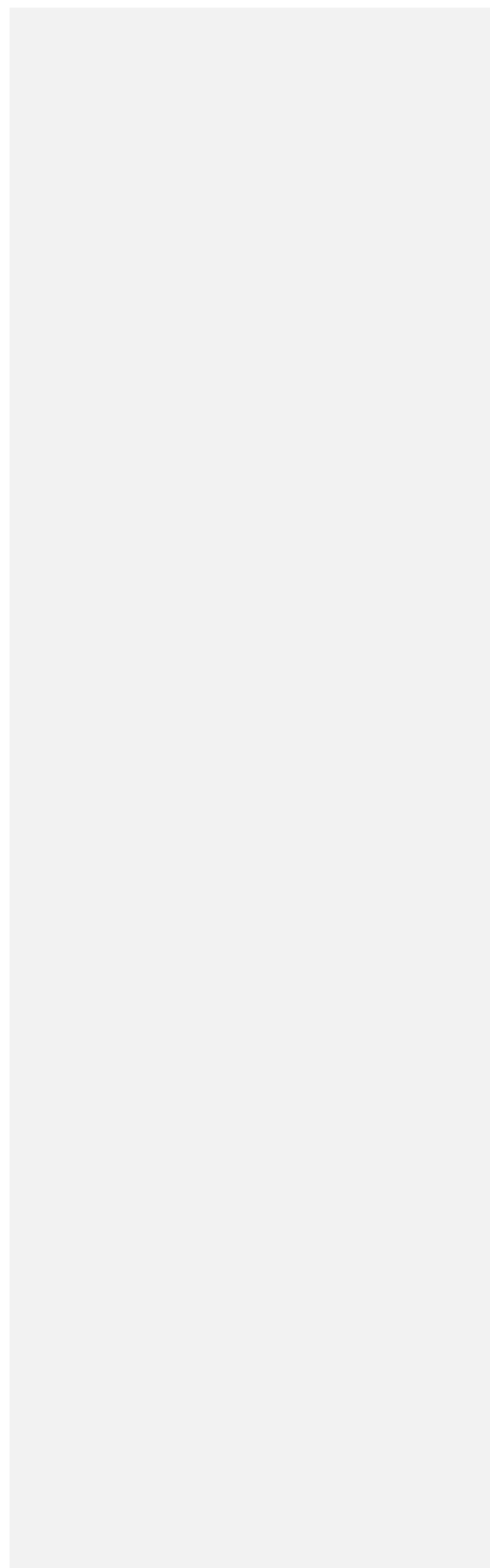
Keywords: Child Development; Maternal Nutrition; Health Status; Loss of follow-up; Evasion

LISTAS DE FIGURAS

FIGURA 1 - Domínios que compõem a versão brasileira do SWYC e seus respectivos questionários.....	39
FIGURA 2 – Exemplo de questionário para avaliação dos Marcos do desenvolvimento do SWYC.....	41
FIGURA 3 - Exemplo de questionário para avaliação dos sintomas pediátricos (PPSC) do SWYC.....	43
FIGURA 4 - Exemplo de questionário para avaliação das observações dos pais sobre interação social (POSI) do SWYC.....	45
FIGURA 5 - Exemplo de questionário para avaliação das Preocupações dos pais (Parente Concerns) do SWYC.....	46
FIGURA 6 - Exemplo de questionário Perguntas sobre a família (Family Questions) do SWYC	47

LISTAS DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 – Motivos de Perda. Belo Horizonte, 2018.....54



LISTAS DE TABELAS

TABELA 1 – Análise descritiva das características das crianças, mães e famílias incluídas no estudo. Belo Horizonte, 2018.	51
TABELA 2 - Análise descritiva dos dados quantitativos das crianças, mães e famílias incluídas no estudo. Belo Horizonte, 2018.	52
TABELA 3 – Análise descritiva das condições de saúde e frequência a creche das crianças incluídas no estudo. Belo Horizonte, 2018.....	53
TABELA 4 – Análise descritiva dos resultados do SWYC. Belo Horizonte, 2018.....	55
TABELA 5 – Fatores que exercem influência sobre os Marcos de desenvolvimento – Análise univariada. Belo Horizonte, 2018.....	56
TABELA 6 - Fatores que exercem influência sobre os Marcos de desenvolvimento – Análise multivariada. Belo Horizonte, 2018.	58
TABELA 7 - Fatores que exercem influência sobre a “Lista de Sintomas Pediátricos” (PPSC) – Análise univariada. Belo Horizonte, 2018.....	59
TABELA 8 - Fatores que exercem influência sobre “Lista de Sintomas Pediátricos” (PPSC) – Análise multivariada. Belo Horizonte, 2018.	61
TABELA 9 - Fatores que exercem influência sobre a percepção dos pais sobre interação social (POSI) – Análise univariada. Belo Horizonte, 2018	62
TABELA 10 - Fatores que exercem influência sobre o Resultado POSI– Análise multivariada. Belo Horizonte, 2018.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP -	Associação Brasileira de Estudos Populacionais
APP -	Academia Americana de Pediatria
ASQ:SE -	<i>Ages & Stages Questionnaire: Social/Emotional</i>
AUC -	Área sob a curva
BPSC -	<i>Baby Pediatric Symptom Checklist</i>
CSC -	Caderneta de Saúde da Criança
C&C -	Projeto Cuidar e Crescer Juntos
CAAE -	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
COEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
DPP -	depressão pós-parto
DSM-IV -	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, four edition and fifth edition</i>
ECDI -	<i>Early Childhood Development Index</i>
FAMINAS -	Faculdade de Minas Gerais
HSF -	Hospital Sofia Feldman
ITSEA -	<i>Infant-Toddler Social and Emotional Assessment</i>
M-CHAT -	<i>Modified Checklist for Autism in Toddlers</i>
PNAISC -	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
POSI -	<i>Parent's Observations of Social Interactions</i> ou Observações dos Pais sobre a Interação Social
PPSC -	<i>Preschool Pediatric Symptom Checklist</i>
PSC -	<i>Pediatric Symptom Checklist</i>
PUC-MG -	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
REBEC -	Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos
SUS -	Sistema Único de Saúde
SWYC -	<i>Survey of Wellbeing of Young Children</i>
TCLE -	Termo de consentimento livre e esclarecido
TEA -	Transtorno do Espectro Autista
UFMG -	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 Acompanhamento Sistemático da Saúde da Criança.....	16
2.2 Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil.....	21
2.3 O Acompanhamento do Prematuro.....	25
2.4 Adesão e aderência a serviços de Saúde	27
3 OBJETIVOS	33
3.1 Objetivo Principal	33
3.2 Objetivos Secundários.....	33
4 MÉTODOS.....	34
4.1 Delineamento.....	34
4.2 Cenário do Estudo	35
4.3 Critérios de Inclusão	35
4.4 Critérios de Exclusão	36
4.5 Recrutamento dos Sujeitos da Pesquisa	36
4.6 Procedimentos	37
4.7 Instrumentos	37
4.8 Análise Estatística.....	48
4.9 Aspectos Éticos.....	48
5 RESULTADOS	50
6 DISCUSSÃO	65

7 CONCLUSÃO.....	76
REFERÊNCIAS	77
ANEXOS	89
ANEXO A - Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG.....	90
ANEXO B - Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBeC).....	91
ANEXO C - Questionário SWYC	93
APÊNDICES	95
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	96
APÊNDICE B - Manual entrevistador pacientes com perda de seguimento	98
APÊNDICE C - Roteiro de entrevista para pacientes com perda de seguimento	104

1 INTRODUÇÃO

O profissional de saúde, ao realizar acompanhamento longitudinal de seus pacientes, se depara frequentemente com o absenteísmo e a perda de seguimento. Isso se torna ainda mais comum quanto mais prolongado é esse acompanhamento ou quanto mais frequentes são as mudanças na terapêutica. (SALT, 2006; BRASIL, 2007) Ao mesmo tempo, também sabemos que o acompanhamento longitudinal, acima de dois anos, contribui para o desenvolvimento adequado de crianças, especialmente aquelas de risco biológico e ambiental (SALT, 2006; CALLANAN, 2011). Essa dicotomia é um dos grandes desafios da atenção integral à saúde. Quando refletimos, nos perguntamos: o que acontece com o paciente quando ele abandona o acompanhamento? Que tipo de cuidado profissional ele está tendo, se é que está tendo algum? Quais os impactos desse abandono?

Os fatores que levam ao absenteísmo e à evasão de serviços de saúde são variados, complexos e nem sempre de fácil resolução. Associados ao abandono do acompanhamento estão a baixa condição socioeconômica, baixa escolaridade materna e gravidez na adolescência (MARLOW *et al.*, 2005; SALT, 2006; FRONIO, 2009). Concomitantemente, esses fatores de risco estão associados a maior taxa de adoecimento e atraso de desenvolvimento na infância, com prejuízo até a vida adulta, especialmente em recém-nascidos prematuros e de baixo peso. (HACK, 2002; WALKER, 2011; BOYLE *et al.*, 2011)

Diante desses obstáculos, é preciso inovar tanto na prevenção da evasão, quanto no resgate aos faltosos. O objetivo desse estudo foi conhecer o perfil das famílias de lactentes com fatores de risco biológico e ambiental que por qualquer razão abandonaram o acompanhamento em um serviço de referência, analisando as condições de saúde das crianças, medidas pelas intercorrências em saúde e internações, e ao seu desenvolvimento neuropsicomotor e comportamental, utilizando uma ferramenta de *screening* que privilegia a escuta e opinião dos pais.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Acompanhamento Sistemático da Saúde da Criança

Levando-se em consideração o conceito de saúde como resultado da capacidade dos indivíduos resistirem ao estresse – seja ele físico, mental ou social – de modo a evitar a redução do tempo de vida, preservar suas funções orgânicas e usufruir de bem-estar, fica evidente a importância de ações de promoção à saúde que compreendam todo o período de crescimento e desenvolvimento infantil, considerando o momento atual e olhando para a vida futura. Dentro dessa perspectiva, o monitoramento de saúde em pediatria passa a ser um meio para promover saúde, detectar e prevenir doenças. (ESCOBAR, 2010)

O seguimento da criança com base na supervisão de saúde pressupõe o acompanhamento dos aspectos que compõem o bem-estar, especialmente em cinco domínios:

- Saúde Física e Desenvolvimento Motor: refere-se ao estado geral de saúde biológica e a aquisição das habilidades motoras esperadas para a idade;
- Saúde Emocional: relaciona-se com a percepção de bem-estar emocional e boa auto-estima;
- Relacionamento Interpessoal e Competência Social: relaciona-se ao comportamento infantil e comunicação de sentimentos e desejos;
- Aprendizado Cognitivo: refere-se à maneira como a criança percebe, organiza e analisa as informações recebidas;
- Linguagem: refere-se à habilidade da criança para se comunicar, incluindo a linguagem não-verbal. (CANADIAN TASK FORCE, 1994)

Esse acompanhamento sistemático, dentro da atenção à saúde da criança, é uma ação prioritária no contexto de saúde mundial, uma vez que a infância representa o período do ciclo de vida em que ocorrem as mais rápidas, complexas e importantes mudanças fisiológicas, tanto em relação ao desenvolvimento físico, quanto psíquico e cognitivo. (UNICEF, 2017)

No Brasil, desde 1984, com a implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), foram estabelecidas normas técnicas, disponibilizados instrumentos operacionais e investimento na capacitação de recursos humanos nos seguintes aspectos principais:

- 1) Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: avaliação periódica do ganho de peso, com o acompanhamento do progresso individual de cada criança, identificando

aquelas de maior risco de morbimortalidade, sinalizando o alarme precoce para a desnutrição ou obesidade. As principais ações nesse sentido foram o registro de peso/idade e das medidas no Cartão da Criança e a utilização das curvas de crescimento. Para o desenvolvimento, foi incluída a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento na Caderneta da Criança.

- 2) Aleitamento materno e orientações para o desmame: aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade e desmame ocorrendo naturalmente aos dois anos de vida ou mais.
- 3) Controle de doenças diarreicas: ênfase no uso da soroterapia de reposição oral precoce, manutenção da dieta normalmente durante episódios diarreicos e combate aos fatores causadores das doenças diarreicas.
- 4) Controle de infecções respiratórias agudas: objetivando a prevenção de agudizações e manejo das doenças respiratórias crônicas na infância, orientando os profissionais de saúde e pais no reconhecimento precoce de sinais de gravidade e uso racional de drogas.
- 5) Controle de doenças preveníveis através de imunização por meio do Programa Nacional de Imunização. (BRASIL, 2004b).

Os avanços no acesso universal às políticas públicas de saúde são inquestionáveis. Entretanto, apesar de esforços de entidades governamentais e não-governamentais, os índices de mortalidade infantil – notadamente, o componente neonatal – ainda permanecem em níveis acima do aceitável. Especialmente em algumas regiões do país, além da mortalidade, agravos de saúde evitáveis ainda geram alta morbidade, com impacto no desenvolvimento infantil. Algumas crianças, mesmo saudáveis e bem nutridas, por não terem recebido estimulação em quantidade, qualidade e diversidade adequadas não atingem sua capacidade plena. (BRASIL, 2018)

Buscando vencer esses desafios e buscando qualificar a atenção à criança no país, foi publicada em 2015, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), uma evolução da PAISC em conjunto com as principais estratégias públicas para a saúde infantil criadas a partir dos anos 2000. Essa política definiu sete eixos norteadores que hoje compreendem: atenção humanizada e qualificada à gestação, ao parto, ao nascimento e ao recém-nascido; aleitamento materno e alimentação complementar saudável; promoção e acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral; atenção integral a crianças com agravos prevalentes na infância e com doenças crônicas; atenção integral à criança em situação de violências, prevenção de acidentes e promoção da cultura de paz; atenção à saúde

de crianças com deficiência ou em situações específicas e de vulnerabilidade; vigilância e prevenção de óbito infantil, fetal e materno. (BRASIL, 2015)

Dentro dessa política de assistência integral, a atenção primária tem ganhado destaque com o deslocamento do enfoque de uma assistência baseada no modelo biologicista para um modelo centrado na atenção à saúde de modo holístico. Busca-se então, garantir a integralidade na assistência prestada pelos serviços de saúde com vistas à expansão e consolidação da rede de serviços e o protagonismo da atenção primária, que emprega as chamadas tecnologias leves, com redução de custos. (SILVA, 2011)

A promoção da saúde integral da criança e o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos dentro deste contexto, contribuem não só para a redução da mortalidade infantil, mas também reforçam o compromisso da atenção primária de se prover qualidade de vida para a criança, para que esta possa crescer e desenvolver todo o seu potencial. (BRASIL, 2004b)

A função e o uso da puericultura como instrumento de acompanhamento da saúde da criança vêm sendo discutidos no âmbito das políticas de atenção primária ao longo das três últimas décadas no país. Enquanto instrumento, a puericultura mudou várias vezes de formato, características e conteúdo. Ao longo deste processo, teve seus objetivos e seu público alvo ampliados na tentativa de se tornar uma ferramenta efetiva na promoção da saúde da criança. (BRASIL, 2004b)

A puericultura é o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento infantil, identificando os grupos de maior risco para intervenções apropriadas, com o objetivo de diminuir a morbimortalidade. Essa prática visa manter a criança saudável para garantir seu pleno desenvolvimento para atingir a vida adulta sem influências desfavoráveis e problemas trazidos da infância. Realiza ações de promoção da saúde infantil, prevenção de doenças e educação da criança e de seus familiares, a partir de orientações sobre os riscos de agravos à saúde. (DEL CIAMPO *et al.*, 2006)

No atendimento de puericultura verifica-se o crescimento e desenvolvimento, assegura-se a cobertura vacinal, estimula-se a prática do aleitamento materno, orienta-se a introdução da alimentação complementar, previne-se as doenças mais frequentes no primeiro ano de vida e abordam-se assuntos aspectos como prevenção de acidentes e violência doméstica. A puericultura consiste numa diretriz ideal para acompanhamento integral do crescimento e desenvolvimento infantil. (ISSLER, 2002)

Além disso, as consultas nessa modalidade de acompanhamento sistemático representam um espaço para a educação em saúde e uma oportunidade para que os profissionais de saúde orientem cada mãe, de acordo com a idade da criança e os problemas apresentados.

Comentado [CA1]: Entre outros aspectos como prevenção de acidentes e de violência doméstica

Como instrumento de vigilância, permite o diagnóstico precoce de problemas relacionados ao crescimento, desenvolvimento cognitivo e comportamental e incentiva hábitos saudáveis de vida. (DIAS, 2017)

Dentro da estratégia da puericultura, no cenário da atenção primária, o acompanhamento é realizado pela equipe de saúde, integrada em suas ações. É um espaço em que estão atribuídas ações, dentro de suas competências, ao pediatra, médico de família e comunidade, enfermeiro e técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde e à equipe de apoio (fisioterapia, fonoaudiologia, assistência social, psicologia, terapia ocupacional, saúde bucal). Além das consultas médicas, propõe-se atividades em grupo que estimulem o diálogo entre pais e a equipe e visitas domiciliares em casos específicos. (BELO HORIZONTE, 2004) Vale ressaltar que, muitas vezes, os pais não têm total compreensão da necessidade do acompanhamento multiprofissional e que a falta do médico pediatra nesse contexto é o que mais os preocupa. (DIAS, 2017)

O Ministério da Saúde preconiza que, após o nascimento do bebê, a puericultura já se inicie com a visita domiciliar da equipe de saúde da família à mãe e recém-nascido. Essa visita tem o propósito de oferecer apoio emocional e assistencial para que as orientações discutidas durante o pré-natal sejam colocadas em prática. Deve-se observar com cuidado o domicílio, as condições de higiene, de saneamento e ventilação, além de orientar sobre os cuidados gerais com o bebê, incentivar o aleitamento materno, identificar sinais de perigo e avaliar as relações familiares. (BRASIL, 2012)

Posteriormente, mãe e bebê devem comparecer à unidade de atenção básica para a realização das ações do 5º dia, que compreendem: a coleta de material para triagem neonatal (teste do pezinho), as imunizações da puérpera e do recém-nascido, o encaminhamento para triagem auditiva (teste da orelhinha) e para avaliação do estado geral da criança e da mãe. É nesta oportunidade que o profissional de saúde reforça a importância do aleitamento materno, observa e avalia a amamentação, além de identificar situações de risco que já se apresentem. Ao finalizar do atendimento são agendadas as consultas para o início do acompanhamento. (BELO HORIZONTE, 2014)

São recomendadas seis consultas de rotina no primeiro ano de vida: no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês, além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais. Essas faixas etárias são selecionadas porque representam momentos de oferta de imunizações, acompanhamento do desenvolvimento e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças. (BRASIL, 2012)

Algumas condições da população infantil configuram-se como situações de risco para o crescimento e desenvolvimento e impõem um acompanhamento mais rigoroso, com maior frequência de visitas. Dentre essas situações, destacam-se aquelas ligadas à mãe/família – baixa escolaridade, idade jovem, sofrimento e deficiência mental, doenças graves e crônicas, uso de álcool e drogas e condições ambientais desfavoráveis; ligadas ao período neonatal – prematuridade, baixo peso ao nascer, intercorrências no período, doenças congênitas e malformações; e/ou um crescimento e desenvolvimento inadequados. (MINAS GERAIS, 2004)

A ação de vigilância proposta consiste em realizar sistematicamente exame físico, avaliação neuropsicomotora, identificação de fatores de risco e registro de todos os procedimentos realizados, bem como dos achados das consultas, usando a Caderneta de Saúde da Criança (CSC). (MINAS GERAIS, 2004)

A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) é um instrumento importante para o acompanhamento da saúde, do crescimento e do desenvolvimento das crianças por ser o documento no qual são registrados os dados e os eventos mais relevantes para a saúde infantil, devendo estar presente em todos os atendimentos de saúde que a criança receba. Deve ser interpretada como um “cartão de identidade” da criança até cinco anos. Nela são registrados vários eventos importantes para a sua saúde: condições de nascimento, os valores do peso, as habilidades desenvolvidas nas diversas idades e as vacinas já realizadas e programadas. Além disso, diferentes avaliações, incluindo a percepção dos pais, professores e profissionais de saúde sobre a saúde e comportamento da criança podem ser registradas na CSC. (MINAS GERAIS, 2004)

Linhares *et al.* (2012) avaliou o preenchimento da CSC para conhecer a opinião das mães quanto às seções mais utilizadas, mais e menos utilizadas, em quatro unidades básicas de saúde da área urbana de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. As seções mais utilizadas da Caderneta foram os gráficos de crescimento e as relacionadas à imunização, sendo o gráfico de peso para idade o que apresentou maior percentual de preenchimento. A seção de acompanhamento do desenvolvimento era a que as mães mais gostavam de ler, ao lado dos gráficos de crescimento. Entretanto, em apenas 5% das CSC essa seção estava preenchida. Concluiu-se que, apesar de muitas informações sobre saúde infantil terem sido incluídas na CSC, poucas foram utilizadas. (LINHARES *et al.*, 2012)

A educação em saúde, outro aspecto importante da puericultura, representa um dos principais elementos para a promoção de saúde infantil, pois possibilita ao cuidador da criança a formação de uma consciência crítica e reflexiva. Por meio das informações recebidas, os pais adquirem um saber que favorece a autonomia no cuidar não só de si, mas de toda a família, com

enfoque especial à criança em um processo que envolve a participação de todos no seu cotidiano. A ampliação do conhecimento leva os indivíduos a refletir sobre sua condição no ambiente em que vive, assim contribuindo para atitudes favoráveis ao cuidado em saúde. Dessa forma, é possível desenvolver autonomia no cuidado e empoderamento do processo saúde-doença, a fim de promover mudanças efetivas na vida do cuidador e daquele que recebe o cuidado. (SANTOS; PENNA, 2009)

Sob a perspectiva de educação em saúde, o local de espera das consultas em puericultura pode ser utilizado como um espaço para atividades dinâmicas e ricas, favorecendo trocas de experiências entre usuários e consolidando seu potencial educativo. Ademais, gera maior acolhimento e humanização no cuidado aos usuários, efetivando a aproximação entre a comunidade e os serviços de saúde. Logo, esse cenário deve ser aproveitado para realizar a promoção do desenvolvimento saudável das crianças por meio de atividades de educativas, proporcionando discussão sobre a temática e acompanhamento coletivo. (HWANG CHAO; LIU, 2013)

2.2 Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil

O processo de desenvolvimento do ser humano é caracterizado por alterações na fisiologia e no funcionamento do organismo desde a concepção até a morte, num processo contínuo, de aquisição de funções e habilidades, com crescente complexidade. (MOURA-RIBEIRO, 2010)

O acompanhamento do desenvolvimento e do crescimento, são os eixos referenciais para todas as ações de atenção à criança e ao adolescente sob os aspectos biológico, afetivo, psíquico e social. (MINAS GERAIS, 2004)

O desenvolvimento infantil tem seu início imediatamente após a concepção e é construído a partir da interação dinâmica entre influências genéticas, biológicas, psicológicas e sociais (ambientais). As influências biológica e ambiental alteram o tempo e o padrão de expressão do material genético, que por sua vez altera a estrutura e funcionamento cerebral e por consequente, o comportamento do indivíduo. O ciclo se completa quando o comportamento afeta diretamente o curso do desenvolvimento, ao mesmo tempo em que também modula os efeitos das influências biológica e ambiental. (WALKER *et al.*, 2011)

Os fatores de risco ambientais com evidência científica suficiente para serem considerados como determinantes para atraso no desenvolvimento incluem: estimulação

limitada, inadequada ou falta de oportunidades para aprendizado; retardo no crescimento linear (“*stunting*”); deficiências alimentares de ferro e iodo; exposição ao chumbo; depressão materna; institucionalização e exposição à violência. Esses fatores podem afetar o curso do desenvolvimento da seguinte forma:

- o momento (“*timing*”) em que se inserem determina a natureza e extensão do déficit;
- as influências nocivas podem ocorrer simultânea e cumulativamente;
- a maneira diferente como cada indivíduo reage aos fatores modula o grau do déficit.

(WALKER *et al.*, 2011)

Desde o período intrauterino, o cérebro fetal já é influenciado por fatores externos que causam stress materno. Durante a infância, esses fatores associados aos fatores ambientais, resultam numa desregulação do sistema hipotálamo-hipófise-adrenal e alteração na atividade elétrica cerebral relacionada à eficiência do processo cognitivo. Até o momento, não foram estabelecidas evidências de que esse funcionamento cerebral anômalo e suas consequências sejam reversíveis. (WALKER *et al.*, 2011)

Por outro lado, o alicerce para o sucesso na escola e, futuramente, no ambiente de trabalho e comunidade são as habilidades de cognição e linguística, saúde física, saúde emocional e interação social que também são adquiridos e se desenvolvem nos primeiros anos de vida (SHONKOFF; BOYCE; MCEWEN, 2009). Os bons resultados no desenvolvimento infantil e, por conseguinte, na vida adulta são alcançados ao se diminuir o efeito dos fatores de risco acumulados ao mesmo tempo em que se estimula fatores protetores presentes no indivíduo, família, comunidade e mais amplamente em seu contexto socioeconômico e cultural. Estímulos que acontecem por meio dos relacionamentos familiares estáveis, responsivos, estimulantes e ricos em experiências auxiliam no fortalecimento das competências para o cuidar da criança nesta fase da vida e propiciam benefícios permanentes para a aprendizagem, para o comportamento e para a saúde física e mental. Apoio nutricional apropriado, incentivo econômico-financeiro para famílias em risco e educação precoce possuem efeitos positivos no desenvolvimento cognitivo infantil e ganho em competência social. (SHONKOFF *et al.*, 2012)

Portanto, desde o nascimento, é essencial o monitoramento do desenvolvimento psicomotor, comunicação, funções sensoriais, cognição e adaptação social, pois a partir deste acompanhamento poderão ser detectados os fatores de risco para transtornos do neurodesenvolvimento e realizadas as respectivas intervenções precoces objetivando melhores resultados em seu desenvolvimento final. (CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2014)

Esse acompanhamento deve se caracterizar como uma estratégia capaz de atender às necessidades globais da criança, possibilitando a avaliação dos marcos do desenvolvimento para cada faixa etária e os fatores de risco para atraso neste processo. Durante a infância é conhecida a maior susceptibilidade do indivíduo a agravos, mas também é o período de maior crescimento, amadurecimento e plasticidade do tecido nervoso, facilitando assim as respostas emitidas pelas crianças aos estímulos recebidos do meio ambiente ou das intervenções, quando necessárias. (GRANTHAM-MCGREGOR *et al.*, 2007)

O diagnóstico precoce dos riscos ao desenvolvimento pode aumentar as chances de recuperação das crianças com atraso, possibilitar acesso e atenção adequada, proporcionando melhor qualidade de vida. Há evidências de que quanto mais precoces forem o diagnóstico de atraso e a intervenção, menor será o impacto desses problemas no desenvolvimento e na vida futura da criança. A detecção precoce de sinais de atraso no desenvolvimento é imprescindível no diagnóstico e na reabilitação, e pode influenciar na evolução motora, física, psicológica e auditiva, assim como interferir no cotidiano do indivíduo. (MOURA-RIBEIRO; GONÇALVES, 2010)

As ações preventivas ou terapêuticas sobre os desvios no desenvolvimento dependem do conhecimento acerca da sequência normal e regular das aquisições do desenvolvimento neuropsicomotor e social, que servirá de base para a elaboração de propostas adaptadas à situação de cada criança. Além disso, a implementação de medidas de prevenção e promoção em saúde deve considerar o “complexo” que envolve as oportunidades e as condições socioeconômicas da população; estudar medidas práticas e de baixo custo que melhorem a qualidade de vida e que proporcionem conhecimento à população é fundamental, sendo esta uma das funções dos profissionais da saúde. (SILVA *et al.*, 2015)

Em artigo publicado em 2017, Black *et al.* elencaram ações visando o que definem como sendo um ambiente que possibilita o pleno desenvolvimento da criança. Essas ações concentram-se na figura dos pais enquanto provedores de cuidado protetivo do ponto de vista de saúde biológica (prevenindo e tratando doenças, vacinando seus filhos), nutrição adequada (amamentação ao seio, alimentação saudável e diversificada), segurança e proteção (combate à violência, maus-tratos e negligência), incentivo a estimulação e aprendizado precoces (apoio aos pais, ensino em casa e acesso à pré-escola). (BLACK *et al.*, 2017)

Enquanto a importância do acompanhamento do desenvolvimento é consensual, o seu formato é variável dentro da assistência em saúde da criança. Existem várias propostas e modelos para este seguimento, em que se destacam o uso de questionários de *screening* do desenvolvimento, aplicados universalmente em crianças de determinadas faixas etárias, com o

objetivo de se identificar aquelas com risco para problemas no desenvolvimento. Por outro lado, a vigilância do desenvolvimento compreende as ações relacionadas à promoção do desenvolvimento adequado e à detecção de problemas de desenvolvimento, na atenção primária à saúde da criança. É um processo contínuo, flexível, que utiliza informações dos profissionais de saúde, pais, professores, etc. Como resultado da vigilância, propõe-se o monitoramento do desenvolvimento, sem aplicação de técnica ou processo específico, visando assistir o desenvolvimento da criança de forma próxima. Já a avaliação do desenvolvimento caracteriza-se por ser investigação mais detalhada, e de cunho diagnóstico, de crianças com suspeita de serem portadoras de problemas no desenvolvimento, com abordagem multidisciplinar e ampla. (FIGUEIRAS *et al.*, 2005)

As ferramentas de triagem (*screening*) são, em geral, questionários padronizados breves que auxiliam na identificação de crianças com risco para atraso de desenvolvimento. A aplicação dessas ferramentas não resulta em diagnóstico de déficit no desenvolvimento nem em plano terapêutico de intervenção, mas sim em identificação de áreas em que o desenvolvimento de uma criança difere da norma determinada para aquela faixa etária. A Academia Americana de Pediatria (AAP) recomenda que sejam realizadas 12 visitas de supervisão em saúde até os três anos de idade. Aos 9, 18 e 36 meses, recomenda a aplicação de questionários padronizados de triagem. (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2017) No Brasil, uma lei de abril de 2017 tornou obrigatória a aplicação de padrões para avaliação de risco de desenvolvimento aos 18 meses no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2017)

Existem diversos instrumentos de *screening* com características diversas. Um instrumento de triagem deve, idealmente, abranger todas as áreas do desenvolvimento infantil e incluir avaliação do comportamento e dos fatores de risco familiares. Além disso, deve ser reprodutível em diferentes faixas etárias, ao longo do tempo. A tarefa de englobar todas essas características não é fácil, podendo tornar o instrumento muito longo ou impreciso. (PERRIN *et al.*, 2016) Historicamente, várias ferramentas buscaram lidar com estas questões de diferentes maneiras. O “*Ages and Stages Questionnaire (ASQ-3)*” é uma ferramenta bem estudada e validada, mas que requer a aquisição de materiais e formulários específicos. (SQUIRES, 2009) Além disso, não está disponível em português. O “*Denver Developmental Screening Test-II (Denver-II)*”, é um questionário largamente utilizado internacionalmente, mas que possui alguns conceitos em desenvolvimento restritivos (SANTOS ARAUJO; PORTO, 2008; MAGALHÃES, 2012). Outras ferramentas, como a “*Alberta Internacional Motor Scale (AIMS)*”, priorizam a avaliação do desenvolvimento neuromotor infantil. (SANTOS; ARAUJO; PORTO, 2008; MOREIRA, 2018)

O *Survey of Well-Being in Young Children* (SWYC) é uma ferramenta desenvolvida recentemente pela equipe do *Tufts Medical School* de Boston (MA), formatado como um questionário de *screening* e monitoramento do atraso de desenvolvimento e alterações de comportamento em crianças com idade até 65 meses. Como outras ferramentas de triagem de desenvolvimento, não se trata de um instrumento diagnóstico. Entretanto, diferentemente de outros métodos, não depende de ambientes especiais ou materiais auxiliares e é um questionário baseado na entrevista parental objetivando oferecer ao profissional responsável pela criança informações em áreas do desenvolvimento que possam requerer investigação mais profunda. (PERRIN *et al.*, 2016)

Como o próprio nome sugere, essa ferramenta que foca no bem-estar (em seus âmbitos biológico, psicológico e social) de lactentes e pré-escolares. É uma ferramenta com perguntas simples, que abrange tanto aspectos de desenvolvimento e comportamentais, eliminando a separação histórica entre as duas áreas. À medida em que aspectos sociais têm sido evidenciados como determinantes do bem-estar dessas crianças (como por exemplo fome, depressão parental e abuso de substâncias ilícitas), o SWYC procura identificá-los de forma que profissionais de saúde, assistência social e educação possam intervir de maneira mais eficaz. É de livre acesso, de rápida e fácil aplicação e análise (aproximadamente 10 minutos), podendo ser administrado pessoalmente, por computador ou telefone. Contém perguntas escritas em linguagem inteligível pelos pais entrevistados. O instrumento está disponível online¹ para famílias e outros profissionais envolvidos com o cuidado na primeira infância. Em 2016 foi realizada, pela fisioterapeuta Rafaela Silva Moreira e as professoras Cláudia Regina Lindgren Alves e Livia de Castro Magalhaes, a tradução e adaptação transcultural do SWYC para crianças brasileiras². (PERRIN *et al.*, 2016)

2.3 O Acompanhamento do Prematuro

O avanço da atenção pediátrica e neonatal nas últimas décadas trouxe grandes mudanças na assistência ao recém-nascido, levando a um aumento na sobrevivência de neonatos nascidos pré-termo e baixo peso, que apresentam risco aumentado para o surgimento de alterações no desenvolvimento. Quando se comparam crianças prematuras com as nascidas a termo é possível

¹ Disponível em: https://www.floatinghospital.org/The-Survey-of_wellbeing-of-Young-Children/Overview

² Disponível em: <https://www.floatinghospital.org/The-Survey-of-Wellbeing-of-Young-Children/Translations/Portuguese-SWYC>

observar diferenças marcantes nas habilidades cognitivas, na performance escolar e no comportamento. (SALT; REDSHAW, 2006)

De maneira mais ampla, a prematuridade apresenta repercussões negativas em diferentes áreas do processamento, as quais, por sua vez, interferem no comportamento dessas crianças diante da informação sensorial, sendo a maioria delas hiperreativas a estímulos, especialmente visuais, táteis e auditivos. Os lactentes nascidos prematuros apresentam mais frequentemente sinais sugestivos de alteração do processamento sensorial e aqueles que apresentam alteração do processamento sensorial possuem maior chance de ter atraso do desenvolvimento cognitivo. (WICKREMASINGHE *et al.*, 2013)

Em artigo de revisão de 33 estudos sobre os efeitos da prematuridade no desenvolvimento infantil a longo prazo, publicado em 2014, MOREIRA *et al.* confirmaram a vulnerabilidade desta amostra em relação a problemas de desenvolvimento motor, comportamental e desempenho escolar. Além disso, concluíram que o acompanhamento sistemático deve se estender além dos dois anos de idade, pois muitas das possíveis alterações no desenvolvimento podem surgir mais tardiamente, quando são exigidas habilidades mais complexas. (MOREIRA, 2014)

Dessa forma, o acompanhamento clínico rigoroso desses lactentes, durante os primeiros anos de vida, é essencial para que seja possível a detecção precoce de alterações no desenvolvimento, aplicação das intervenções necessárias, além da identificação das necessidades da família e a orientação dos pais quanto às dificuldades que enfrentarão nos cuidados com essas crianças. (SALT; REDSHAW, 2006)

Um estudo quantitativo e longitudinal, realizado no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, ao longo de 2 anos, com 30 crianças prematuras extremas (com idade gestacional ao nascimento de 28 a 32 semanas) e 30 nascidas a termo, avaliou o desenvolvimento motor de cada grupo. Concluiu-se que houve aumento da diferença entre os grupos no desempenho motor dos 12 aos 18 meses, com maior lentidão na aquisição de marcha no grupo pré-termo e diferenças significativas no desenvolvimento motor grosseiro, fino e nas habilidades funcionais em favor do grupo a termo. O estudo ainda concluiu que fatores ambientais podem potencializar os efeitos do risco biológico. (SOUZA; MAGALHAES, 2012)

Levando-se em conta essas particularidades, ressalta-se a importância de se realizar ações que intervenham precocemente e ofereçam atenção adequada às questões relacionadas ao desenvolvimento físico e emocional de crianças de risco. Evidencia-se como fundamental ainda o trabalho multiprofissional, posto que a saúde-doença é um fenômeno multideterminado,

requisitando para tanto de um olhar que envolva vários saberes que, inter-relacionados, deem conta da complexidade de elementos e fatores que influenciam no desenvolvimento infantil. Além disso, o acompanhamento multiprofissional baseia-se na importância das relações estabelecidas entre a equipe promotora do acompanhamento e os usuários do serviço, que precisam ser pautadas, pelo acolhimento, interesse e sensibilidade com relação às demandas apresentadas. (SANTOS; RESEGUE; PUCCINI, 2012).

Rotinas baseadas em intervenção precoce para crianças com ou em risco de atraso no desenvolvimento devem incluir essa colaboração entre profissionais e familiares para promover resultados funcionais e atingir as metas de ganho de habilidades e adequação aos marcos esperados para a idade. (MOURA-RIBEIRO; GONÇALVES, 2010)

Um estudo baseado nas rotinas de intervenção precoce realizado em Taiwan comparou um método de intervenção baseado na família com as visitas domiciliares tradicionais. O método familiar consistia em preparar famílias para rotinas de estimulação em crianças com risco para alterações no desenvolvimento. O estudo demonstrou que essas rotinas promoviam ganhos de desenvolvimento mais acelerados em relação ao método tradicional, baseado na própria criança. Esses achados confirmam a importância da capacitação familiar para a promoção do desenvolvimento saudável. (HWANG; CHAO; LIU, 2013)

2.4 Adesão e aderência a serviços de Saúde

Monitorar o desenvolvimento de um lactente torna-se de grande relevância tendo em vista o processo de detecção precoce e de promoção e educação em saúde. A adesão a programas de acompanhamento, de reabilitação ou terapêuticos é um grande desafio na área da saúde. A baixa adesão acarreta alto custo para a saúde pública e resulta em desperdício de recursos e frustração para os profissionais e pacientes. (MENDES, 2012)

Os benefícios de uma boa adesão aos serviços de saúde se estendem aos pacientes, às famílias, aos sistemas de saúde e à economia dos países. Alcançar uma taxa de adesão expressiva é um processo dinâmico e multifatorial que inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre a pessoa, a equipe e o meio social em que se inserem. (MENDES, 2012)

Em estudo sobre adesão ao programa de monitoramento de triagem auditiva neonatal em crianças com alterações em questionários de triagem na cidade de São Paulo, França *et al.* (2010) perceberam que inicialmente os pais não compreendiam as razões para o

acompanhamento e o primeiro atendimento era cercado de receio de possíveis resultados negativos. Os autores ressaltam que esses pais precisam ser acolhidos e acompanhados durante todo o tempo do programa, informados clara e detalhadamente sobre cada processo de avaliação e ter suas dúvidas esclarecidas, uma vez que tendem a experimentar momentos de ansiedade e preocupação.

O monitoramento da adesão é fundamental para identificar precocemente aquelas famílias em risco de perda de seguimento ou aquelas que já estão apresentando problemas em manter esta ação, a fim de planejar intervenções de apoio ao tratamento de acordo com cada caso. O plano de intervenção deve ser individualizado de acordo com as necessidades e demandas de cada família e deve-se evitar a culpabilização das famílias pelas dificuldades de adesão. (POLEJACK; SEIDL, 2010)

Reiners *et al.* (2008), ao estudar adesão a tratamentos de doenças crônicas na América Latina, afirmaram que os fatores para a não adesão podem estar relacionados aos serviços de saúde, como o fato da unidade ser distante do domicílio do paciente, a burocracia e o despreparo dos profissionais de saúde para atender às demandas deste grupo de pacientes. Pode estar relacionado também a fatores do próprio paciente, como aspectos culturais, dificuldades financeiras, esquecimento do dia da consulta, pouco conhecimento sobre a doença, dificuldade para o autocuidado e dificuldade psicológica de lidar com a situação. Podem ainda estar relacionados a aspectos demográficos como no caso de pacientes muitos jovens, com baixo nível de escolaridade, solteiros, etc. O estudo também evidenciou que grande parte da responsabilidade pela adesão (ou não-adesão) é conferida ao paciente e que é preciso que os profissionais de saúde se coloquem como corresponsáveis nesse processo.

Em estudo realizado no Rio Grande do Sul, Vitolo, Gama e Campagnolo (2010) acompanharam 397 crianças e mães durante os atendimentos de puericultura realizados no primeiro ano de vida em diversos níveis de atenção à saúde. O percentual de mães que não realizaram o acompanhamento regular de puericultura chegou a 53,2% do total. A análise das razões fornecidas por essas mães mostrou que 66,2% não consideraram necessário o acompanhamento da criança no serviço de saúde e que 21,7% referiram que não levaram as crianças às consultas por problemas com a unidade de saúde, tais como a dificuldade de agendar consulta devido ao horário e insatisfação com o atendimento dos profissionais. Os outros motivos (12,1%) foram distância entre a residência e a unidade de saúde, dificuldade de ausentar-se do trabalho, dificuldade de apoio para o cuidado dos outros filhos no momento da consulta, falta de tempo da mãe ou de outro responsável e início de tratamento do filho em atendimento de especialidade em outro local. Os autores concluem que esses resultados indicam

uma percepção social do estado de saúde como ausência de doença e de que a assistência à saúde é motivada principalmente pela presença de doença.

Os fatores socioambientais devem ser abordados no atendimento da puericultura, considerando a criança como fruto do seu meio social. Quando as discussões sobre o desenvolvimento da criança, o estilo de vida, problemas psicológicos e o ambiente familiar fazem parte da prática do profissional desenvolve-se a base da promoção à saúde, melhora a relação com a família e a adesão ao acompanhamento. (BRASIL, 2004b)

Um estudo de revisão sistemática realizado por Coker *et al.* (2013) avaliou a qualidade do acompanhamento infantil na atenção primária dos Estados Unidos. Concluiu-se que estratégias complementares ao modelo tradicional de consulta médica como utilização de reuniões em grupo, que em alguns contextos foi a única forma de acompanhamento, e abordagem por equipes multiprofissionais melhoram potencialmente a experiência parental com os serviços de saúde, sua compreensão e a adesão aos programas de acompanhamento. Essas estratégias aliadas ao cuidado centrado no paciente e na família levariam a melhoria nos indicadores de saúde e diminuição de custos de saúde pública.

Em estudo realizado investigando a perspectiva de mães e profissionais de saúde quanto à puericultura em Belo Horizonte, investigou-se quais seriam as principais justificativas apresentadas pelas mães para não levarem seus filhos especificamente à puericultura. Os motivos citados foram categorizados da seguinte maneira, a partir do discurso das mães: esquecimento, falta de aviso do agendamento de consultas ou horários inadequados, falta de tempo, falta de recursos financeiros, distância da unidade, acontecimentos inesperados ou por não considerarem que a consulta era importante. Apesar dessas afirmações, a maioria das mães afirmava ter comparecido aos agendamentos no serviço de saúde. (DIAS, 2017)

Por outro lado, quando perguntados sobre os motivos do não comparecimento das mães às consultas de puericultura, os profissionais de saúde que acompanham essas crianças responsabilizaram as mães, acreditando que a baixa adesão estaria relacionada à falta de conhecimento das mães sobre a importância da puericultura, desinteresse, esquecimento, horários inadequados ou ao trabalho. A autora ressalta a necessidade de uma construção conjunta entre mães e equipes para estabelecer estratégias que promovam uma boa adesão e aumente o comparecimento às consultas. São exemplos práticos: o agendamento da consulta com a mãe ainda no consultório e a flexibilização de horários e agenda, principalmente após o 4º ou 6º mês de vida da criança, a adesão às consultas diminui substancialmente devido ao término da licença maternidade. (DIAS, 2017)

A evasão é um fenômeno esperado em programas de seguimento e é mais prevalente quanto mais longo for o tempo de acompanhamento. Isso se torna especialmente relevante para lactentes considerados de alto risco biológico ou social, que em geral requerem maior número de visitas de monitoramento e intervenções terapêuticas. Dificuldades no seguimento dessas crianças resultam em um prejuízo maior no desenvolvimento do que naquelas que seguem um acompanhamento regular. Desta forma, não é possível garantir os efeitos benéficos das intervenções terapêuticas precoces em lactentes com baixa adesão ao tratamento. (CALLANAN, 2001).

Em estudo realizado por Frônio *et al.* (2009) em ambulatório de follow-up de recém-nascidos de alto risco do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora (criado com o objetivo de acompanhar essas crianças do nascimento aos cinco anos de idade), verificou-se que uma grande proporção das famílias inicialmente cadastradas abandonou o seguimento. O perfil das crianças que abandonaram o seguimento indica que elas apresentaram intercorrências frequentes e fatores de risco para alterações futuras. Recém-nascidos de muito baixo peso (abaixo de 1.500g), maioria na amostra, apresentam maior chance de displasia pulmonar, sepse e hemorragia intracraniana (RODRIGUES; MELLO; FONSECA, 2006). Nesse estudo, a dificuldade no *follow-up* das crianças foi relacionada a baixas condições socioeconômicas e baixa escolaridade materna. Os achados reforçam a necessidade de qualificação profissional não apenas técnica, mas também relacional, visando fortalecer o vínculo com os usuários e famílias e aperfeiçoar o acompanhamento a longo prazo nos serviços de *follow-up*. (FRÔNIO, 2009)

Em recente estudo quanti-qualitativo, desenvolvido em ambulatório multidisciplinar de acompanhamento de 446 crianças nascidas prematuras do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, realizou-se um levantamento das evasões ocorridas de janeiro de 2009 a dezembro de 2015. A taxa global de evasão ao longo dos sete anos foi de 43,7%, atingindo 60,5% quando se considera apenas as crianças que entraram em 2009. Houve diferenças significativas entre os grupos de evasão e de seguimento em relação à idade e grau de instrução das mães. A idade e escolaridade das mães foram mais baixas no grupo de evasão. As entrevistas realizadas permitiram identificar que os motivos para evasão eram relacionados a fatores socioeconômicos familiares (dificuldades de deslocamento e gastos com a ida), ao desconhecimento dos pais quanto à necessidade e importância do acompanhamento do bebê de risco e à desorganização do serviço de saúde percebida pelos familiares (longo tempo de espera, sobreposição de consultas e falhas de comunicação dentro da equipe). Concluiu-se que uma melhor organização do serviço e o estabelecimento de rotinas e objetivos compartilhados pela

equipe e famílias podem contribuir para manter a adesão ao seguimento. As autoras ressaltam que equipes multidisciplinares de programas de seguimento devem reconhecer os desafios sociais e familiares enfrentados pela população atendida, sendo importante manter trabalho constante de sensibilização das famílias acerca da necessidade do acompanhamento. (GONTIJO *et al.*, 2018).

A capacitação dos profissionais de saúde da atenção primária visando o estabelecimento como coordenador do cuidado de portadores de doenças crônicas e condições risco é um desafio que precisa ser enfrentado (VASCONCELOS, 2015). A qualificação da assistência permite reconhecer mais precocemente manifestações agudas, fatores de piora e implementar medidas terapêuticas em tempo hábil (KIKUCHI, 2007). A abordagem mais qualificada favorece a criação de vínculo entre paciente/família e a equipe de saúde, repercutindo em maior utilização do serviço por parte do paciente/família. (VASCONCELOS, 2015)

Alcançar uma maior adesão das famílias ao acompanhamento de seus filhos implica em encontrar maneiras de motivá-las para que enfrentem e superem suas dificuldades em busca de uma maior participação. São importantes o reconhecimento e a conscientização dos pais sobre a importância do monitoramento que objetiva o crescimento e desenvolvimento saudável da criança e para atingir autonomia no cuidado de seu filho. (GODEIRO *et al.*, 2013)

A empatia, o atendimento humanizado e a formação de vínculos entre a equipe de saúde e a família se destacam enquanto ferramentas que favorecerão a adesão a programas de acompanhamento e monitoramento, possibilitando desta forma, o adequado seguimento das crianças. Embora a compreensão destas ações seja simples, verifica-se na realidade assistencial do dia-a-dia a existência de barreiras à sua efetivação, como a visão curativista das consultas, que se torna fragmentada e centrada na queixa do usuário. Para os profissionais de saúde, assim como para as famílias, é necessária uma transformação da concepção do processo saúde-doença, rompendo padrões e instituindo novas normas e valorizando a diversidade e a heterogeneidade das relações. (MALAQUIAS; BALDISSERA; HIGARASHI, 2015; SANTOS RESEGUE; PUCCINI, 2012)

Reconhecendo a realidade vivenciada e as condições socioeconômicas e culturais das famílias, o profissional de saúde poderá oferecer um acompanhamento que abrange as reais necessidades de saúde da criança, com possibilidades de melhor adesão às propostas de acompanhamento e intervenções terapêuticas, favorecendo o desenvolvimento infantil com o mínimo de agravos para que a criança alcance uma vida adulta saudável. É importante salientar que a assistência integral em saúde pressupõe trabalho multiprofissional, em que o foco é o bem-estar da criança. (MALAQUIAS; BALDISSERA; HIGARASHI, 2015)

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Principal

- Analisar o desenvolvimento e as condições de saúde de lactentes de risco com perda de seguimento em unidade de referência.

3.2 Objetivos Secundários

- Descrever o perfil socioeconômico e demográfico, condições perinatais, condições de saúde da amostra incluída no estudo.
- Estimar a taxa global e os motivos de evasão do acompanhamento em ambulatório de referência.
- Descrever as características da assistência à saúde recebida pelos lactentes incluídos na amostra.
- Descrever os resultados dos questionários de desenvolvimento, comportamento e fatores de risco familiares disponíveis na perspectiva do SWYC.
- Analisar os fatores de risco associados ao resultado dos lactentes no SWYC.

4 MÉTODOS

O presente estudo faz parte de um projeto abrangente denominado “Avaliação do desenvolvimento infantil e intervenção precoce em crianças de alto risco e suas famílias no Brasil”, Projeto Cuidar e Crescer Juntos (C&C), aprovado pelo Comitê de Ética (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 29437514.1.0000.5149 (ANEXO A) e registrado em 14 de dezembro 2016 no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (REBEC) sob o número RBR-6ct969 (ANEXO B). Suas coordenadoras foram as professoras da UFMG Cláudia Regina Lindgren Alves e Lívia de Castro Magalhaes. Este projeto foi financiado pelo “*Grand Challenges Canada – Saving Brains*” (organização que patrocina globalmente projetos que buscam avanços no desenvolvimento infantil, especialmente nas áreas de saúde, nutrição, e proteção às crianças), bem como pela Universidade Federal de Minas Gerais por meio de bolsas de pesquisa e extensão.

Para a realização do projeto, estabeleceu-se uma parceria entre a equipe de pesquisadores da UFMG e do Hospital Sofia Feldman (HSF), que é uma maternidade de referência no Estado de Minas Gerais, reconhecida nacionalmente pela implementação das políticas do Sistema Único de Saúde (SUS) e pela assistência de qualidade prestada a famílias de baixa renda. O projeto C&C combinou o seguimento ambulatorial com programa de intervenção, visando dar suporte às mães de bebês em situação de vulnerabilidades social e/ou biológica e promover ambiente estimulante para o desenvolvimento infantil.

O objetivo geral do Projeto C&C foi contribuir para fortalecer o vínculo afetivo entre mãe e filho, reduzir o estresse parental e estimular práticas de cuidado que promovam o desenvolvimento global de bebês nascidos no Hospital Sofia Feldman. A equipe de pesquisa teve a participação de médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e psicólogas, além de estudantes da área da saúde da UFMG.

Ao longo do estudo, dos 504 lactentes (e famílias) recrutados inicialmente, 283 perderam o seguimento em diferentes momentos do projeto.

4.1 Delineamento

O presente estudo configura-se como uma coorte retrospectiva (JEKEL; KATZ; ELMORE, 2005), pois descreve e analisa o desenvolvimento infantil e as condições de saúde das crianças

que iniciaram o acompanhamento no projeto C&C, mas não deram continuidade até os 24 meses, conforme proposto.

4.2 Cenário do Estudo

A coleta de dados do presente estudo se deu em etapas. Inicialmente, foram coletados dados de bebês recrutados durante a internação na Casa do Bebê. Essa estrutura, anexa ao HSF, é destinada ao acolhimento, orientação, cuidado e acompanhamento de mães e bebês, facilitando a alta hospitalar (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2015³). Os bebês nascidos no HSF, que preencheram critérios de estabilidade (lactentes que estiverem clinicamente estáveis e necessitaram de alcançar o peso acima de 1800g e/ou idade pelo menos 35 semanas de idade gestacional corrigida, ou que tiveram indicação de fototerapia ou antibioticoterapia e/ou demandas sociais) foram encaminhados à Casa do Bebê até atingirem os parâmetros requeridos. Após a liberação para o domicílio, os bebês foram encaminhados para o Ambulatório de Seguimento do HSF. Nesse ambulatório, foram avaliados aos 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 21 e 24 meses (idade cronológica nos bebês a termo e à idade corrigida nos bebês prematuros), sendo em todas as ocasiões atendidas por médicos ou enfermeiras para puericultura e realizada avaliação do desenvolvimento por neuropediatras, psicólogas, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

As famílias que abandonaram o acompanhamento em algum momento, responderam a entrevistas por telefone, utilizando-se um roteiro de entrevista com questões estruturadas e o instrumento de triagem de desenvolvimento *Survey of Wellbeing of Young Children* (SWYC).

4.3 Critérios de Inclusão

Foram incluídos no Projeto Cuidar e Crescer, bebês nascidos entre 2014 e 2015 no Hospital Sofia Feldman, admitidos na Casa do Bebê e posteriormente acompanhados no Ambulatório de Seguimento do HSF. Todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do início dos procedimentos, quando ainda estavam na Casa do Bebê (APÊNDICE A).

No estudo da perda de seguimento, foram incluídas aquelas famílias recrutadas na Casa do Bebê, que assinaram o TCLE, mas que deixaram de realizar o acompanhamento no

³ Disponível em: <http://www.sofiafeldman.org.br/o-hospital>

Ambulatório de Seguimento do HSF antes dos 24 meses de vida, mesmo com inúmeras tentativas de reinserção pela equipe.

4.4 Critérios de Exclusão

Foram excluídas do Projeto C&C as crianças: (1) cujos pais não assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE); (2) cujas mães faleceram ao nascimento ou que foram separadas de suas mães por quaisquer motivos (sistema prisional, deficiência intelectual, drogadição, etc.) (3) cujas mães apresentavam transtornos mentais que comprometiam sua compreensão dos procedimentos da pesquisa e crianças com deficiências sensoriais previamente diagnosticadas; (4) com malformação do sistema nervoso ou do sistema locomotor; (5) com doenças neurogenéticas ou cromossomopatias previamente diagnosticadas; (6) com presença de lesões hipóxico-isquêmicas (encefalomalácia multicística ou leucomalácia periventricular) previamente diagnosticadas;

Do estudo de análise de perda de seguimento, além dessas, foram excluídas: (7) as crianças falecidas; (8) os gemelares, para se evitar repetição de informações da mesma família (9) as crianças cujas famílias não responderam à entrevista telefônica após três tentativas de contato em números telefônicos, dias e horários diversos.

4.5 Recrutamento dos Sujeitos da Pesquisa

No Projeto C&C, o recrutamento dos lactentes se deu durante a internação na Casa do Bebê entre 2015 e 2016, antes de sua liberação para o domicílio. Esse procedimento foi realizado por acadêmicos da área de saúde da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), que explicaram às mães as condições de participação no projeto.

As famílias que compuseram o grupo “perda de seguimento” foram identificadas a partir do banco eletrônico de dados do Projeto C&C. Após a aplicação dos critérios de exclusão dessa fase do projeto (itens 7 e 8 dos Critérios de Exclusão), restaram 241 lactentes/famílias que deixaram de comparecer ao seguimento no Ambulatório do Hospital Sofia Feldman. Essas famílias foram contatadas por telefone no período de Maio de 2017 a Abril de 2018. O entrevistador, ao telefonar, identificou-se como parte da equipe do projeto C&C e perguntou sobre a disponibilidade de um dos cuidadores para a entrevista. Definiu-se como cuidador o genitor, parente próximo ou responsável que residisse com a criança ou que estivesse em

convívio com ela por um período igual ou superior a 8 horas semanais. Foi lembrado ao entrevistado que ele havia assinado termo de consentimento e aceitação de participação no projeto enquanto estava na Casa do Bebê.

Ao final do período de entrevistas, obteve-se amostra de 105 famílias que responderam aos questionários e foram incluídas no presente estudo.

4.6 Procedimentos

Os entrevistadores foram acadêmicos de medicina da UFMG, Faculdade de Minas (FAMINAS) e Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC-MG), que foram treinados para realizar as entrevistas por telefone, utilizando um manual com todos os procedimentos da entrevista (APÊNDICE B), que incluía o Roteiro de entrevista para Famílias com perda de seguimento (APÊNDICE C) e o questionário SWYC (ANEXO C). Foi realizada amostragem piloto com quatro famílias, que levou à revisão do roteiro e dos procedimentos para realização das entrevistas. Após correções e ajustes, foi iniciada a etapa de entrevistas. Foram realizadas três tentativas de contato telefônico, em diferentes horários e dias da semana (sendo um contato durante o dia, um contato à noite e um contato no final de semana), até que se encontrasse um horário disponível. Quando isso não foi possível, aquela criança foi considerada como perda não resgatada. As 105 entrevistas realizadas por telefone foram compiladas em um banco de dados específico desta etapa. As informações sobre condições socioeconômicas da família, condições maternas pré e peri-parto e condições perinatais dos lactentes estudados foram retiradas dos questionários aplicados durante o período de recrutamento do Projeto C&C, na Casa do Bebê e na consulta do segundo mês. Quando a criança não compareceu a esta consulta no Ambulatório do HSF não foi possível resgatar as informações do período gestacional e pós-parto imediato.

Para monitoramento das consultas e montagem do banco de dados foi criada plataforma virtual que incluía os dados pessoais e contatos telefônicos das mães, pais ou responsáveis. Os dados foram coletados, conferidos e codificados por profissionais e depois digitados no banco de dados por 2 digitadores independentes. Após a digitação e a verificação automática dos resultados, foi feita a conferência manual para adequação aos critérios do projeto.

4.7 Instrumentos

1. *Roteiro para Entrevista com Famílias com perda de seguimento (APÊNDICE C)*

O roteiro constava das seguintes questões:

- a) Identificação: nome da criança, sexo, data de nascimento, nome do responsável entrevistado e seu grau de parentesco com a criança, idade atual (idade cronológica nos nascidos a termo e idade corrigida nos nascidos prematuros), nome do entrevistador e qual formulário do SWYC foi aplicado;
- b) Motivo da perda: motivos mais frequentes para o abandono do seguimento e campo livre para outras razões;
- c) Tipo de acompanhamento: quais profissionais acompanharam a criança até a idade da entrevista;
- d) Consultas de Rotina: acompanhamento do lactente fora dos períodos de adoecimento e em qual tipo de serviço no último ano. A consulta de rotina é aquela agendada com frequência prevista no calendário da Puericultura do Ministério da Saúde e Programa de Saúde da Família, com o número mínimo de sete consultas até os 24 meses de idade;
- e) Alimentação: alimentos ingeridos pela criança (todos os possíveis), inclusive aleitamento materno.
- f) Uso de medicação para controle de condição patológica crônica.
- g) Problemas de saúde: adoecimentos da criança no último ano.
- h) Internação: episódios de adoecimento que geraram internação no último ano.
- i) Cuidador principal: quem cuidava da criança principalmente,
- j) Creche/escolinha: se a criança frequentava algum ambiente educacional, tipo de instituição (público ou privado) e com qual frequência.

Foram elaboradas três versões do roteiro de entrevista com questões estruturadas: uma antes do piloto, onde foram ajustados alguns itens que pudessem gerar confusão e erro de interpretação; uma com a formatação inicial e a final, já com a formatação definitiva. Os dados de uso de complementação de ferro e polivitamínicos não foram incluídos na análise final devido à inexistência no entendimento por parte dos entrevistados dos períodos de uso do ferro e polivitamínico.

2. *Survey of Wellbeing of Young Children (SWYC) (ANEXO C)*

O SWYC não utiliza kit com materiais de testagem, nem testa as habilidades da criança diretamente, antes apoia-se nas observações e impressões parentais. As questões são

estruturadas de forma a suscitar uma análise subjetiva por parte dos pais ou responsáveis. Por exemplo: algumas perguntas possuem graduação (nunca, um pouco ou muito), que pode ser interpretada quanto à frequência de um comportamento, sua intensidade ou gravidade. Depende do pai ou responsável decidir o que “muito” significa para ele ao responder à pergunta (PERRIN *et al.*, 2016).

Como outras ferramentas de triagem, o SWYC prioriza a sensibilidade, ao custo da identificação de casos falsos-positivos que requererão investigação mais aprofundada (PERRIN *et al.*, 2016).

O SWYC possui variações em suas perguntas e áreas estudadas de acordo com a idade. Por exemplo: a triagem para Transtorno do Espectro Autista (POSI) não aparece nos questionários antes dos 18 meses. São divididos em 12 grupos etários, considerados chaves no desenvolvimento infantil, a saber: 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 24, 30, 36, 48 e 60 meses. Idades situadas entre esses grupos etários são definidas em cada questionário (ex.: o questionário de 24 meses abrange crianças de 23 meses e 0 dias a 28 meses e 31 dias). No presente estudo foram utilizados os questionários de 18 a 36 meses. A Figura 1 mostra as partes que compõem o SWYC e seus respectivos questionários (MOREIRA, 2016).

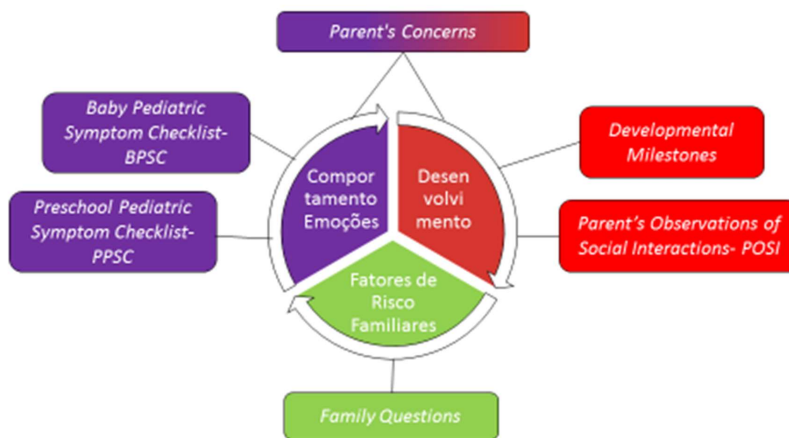



FIGURA 1 - Domínios que compõem a versão brasileira do SWYC e seus respectivos questionários.

Fonte: MOREIRA, 2016.

Os pais foram convidados a responder os questionários que contém cerca de 40 perguntas. Os questionários do SWYC são divididos em partes ou blocos que podem ser analisados separadamente:

- 1) “*Developmental Milestones*” ou “*Marcos do Desenvolvimento*”. O questionário pode ser utilizado tanto para triagem rápida quanto para acompanhamento longitudinal do desenvolvimento infantil (PERRIN *et al.*, 2016; SHELDRIK; PERRIN, 2013). Avalia o desenvolvimento cognitivo, de linguagem e motor da criança. Dentro das 10 perguntas para cada idade, existem algumas consideradas fáceis para crianças daquela faixa etária, algumas tarefas são medianas e algumas difíceis de serem realizadas. Portanto, não é esperado que a criança complete todas as tarefas. O escore total é obtido pelo somatório das respostas dos pais a cada item, que são pontuados com escala de três pontos, na qual “0” deve ser assinalado para respostas que indicam que a criança “ainda não” realiza aquela tarefa, “1” para realiza “um pouco” e “2” para quando a criança já realiza “muito”. Utiliza-se uma tabela de referência para verificar se pontuação total obtida está acima ou abaixo do ponto de corte estabelecido para a faixa etária, demandando ou não investigação aprofundada (PERRIN *et al.*, 2016). Através da revisão de vários instrumentos reconhecidos na literatura, como “*Denver Developmental Screening Test-II (Denver-II)*”, “*Ages and Stages Questionnaire (ASQ-3)*” e “*Parent’s Evaluation of Developmental Status-Developmental Milestones*” (PEDS-DM), dentre outros, foram selecionadas questões que posteriormente passaram por processo de revisão por um painel de especialistas da área. Após essa seleção, a validade do questionário foi comparada com o ASQ-3, com seus escores correlacionando de forma moderada a forte (coeficiente de correlação de Pearson entre 0,4 e 0,7). A sensibilidade geral foi de 76% e a especificidade de 77% (FIGURA 2).



SWYC™:
24 meses
23 meses, 0 dias a 28 meses, 31 dias

Nome da Criança: _____
Data de Nascimento: _____
Idade Gestacional: _____ IG corrigida: _____

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO

As perguntas a seguir são sobre o desenvolvimento de sua criança. Por favor, conte para nós o quanto sua criança faz cada uma destas coisas. Se sua criança já deixou de fazer alguma destas coisas, escolha a resposta que melhor descreve o quanto ele/ela costumava fazer isso antes. Por favor, verifique se respondeu TODAS as perguntas

	Ainda não	Um Pouco	Muito
Fala o nome de pelo menos 5 partes do corpo como nariz, mão ou barriga	0	1	2
Sobe escadas sozinho apoiando com as mãos na parede ou no corrimão	0	1	2
Usa palavras como "eu" ou "meu"	0	1	2
Pula com os dois pés	0	1	2
Combina duas ou mais palavras como "dá água" ou " vamos embora"	0	1	2
Usa palavras para pedir ajuda	0	1	2
Fala o nome de pelo menos uma cor	0	1	2
Fala alguma coisa para chamar atenção das pessoas para o que ele/ela está fazendo	0	1	2
Sabe dizer seu próprio nome	0	1	2
Desenha linhas	0	1	2

Version 2. 5-23-16

Floating Hospital for Children
at Tufts Medical Center

© 2010 Tufts Medical Center, Inc. All rights reserved.

FIGURA 2 – Exemplo de questionário para triagem dos Marcos do desenvolvimento do SWYC

Fonte: PERRIN *et al.*, 2016.

- 2) O *Checklist de Sintomas Pediátricos em Bebês*, ou *BPSC (Baby Paediatric Symptom Checklist)* e o *Checklist de Sintomas Pediátricos em Pré-escolares*, ou *PPSC (Preschool Paediatric Symptom Checklist)* identificam os sintomas comportamentais e emocionais em bebês até 18 meses e crianças de 18 a 66 meses, respectivamente. Ambos foram criados tomando-se como base o “*Paediatric Symptom Checklist*” (*PSC*).

Para a criação do BPSC, foram utilizadas também questões baseadas no “*Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA)*”, “*Ages & Stages Questionnaire: Social/Emotional (ASQ:SE)*”, dentre outros e itens obtidos em revisão da literatura relevante na área, além da experiência clínica dos autores. As questões foram revisadas por um painel de pais e especialistas em desenvolvimento infantil, chegando-se à versão final com 12 itens, divididos em três subescalas: irritabilidade, inflexibilidade e dificuldade com adaptação a rotinas. Cada subescala tem pontuação independente, que é dada pela soma das respostas dos pais (“0” para a resposta “ainda não”, “1” para “um pouco” e “2” para “muito”). Pontuação maior

ou igual a 3 indica que aquele lactente está em condição de risco e demanda investigação mais profunda. O BPSC mostrou-se eficaz para triagem comportamental/emocional, por ter boa confiabilidade - consistência interna e teste-reteste - (Coeficiente de Correlação Intraclasse; ICC>0,70), exceto para a subescala irritabilidade (ICC=0,64) (PERRIN *et al.*, 2016).

Para criar o PPSC utilizou-se, além do PSC, de extensa revisão de literatura e de outros instrumentos como: “*Child Behavior Checklist (CBCL)*”, “*Children’s Depression Inventory*”, “*ITSEA*” e o “*ASQ:SE*” e de observação clínica dos autores do SWYC. O questionário apresenta 18 itens divididos em quatro dimensões: problemas de externalização, de internalização e dificuldade de atenção e desafios parentais. O escore é dado pela soma das respostas das questões (“0” para a resposta “ainda não”, “1” para “um pouco” e “2” para “muito”). Pontuação igual ou superior a nove sinaliza que a criança está “sob risco” de alterações comportamentais, sendo recomendada melhor investigação. O coeficiente Alpha de Cronbach para escala variou de 0,86 a 0,92 e a confiabilidade teste-reteste foi igual a 0,75. Estimativas de sensibilidade e especificidade do questionário em relação ao *CBCL* estiveram sempre acima de 80% e indica a eficiência da escala em identificar transtornos de comportamento (PERRIN *et al.*, 2016). (FIGURA 3)

PPSC.
18 meses, 0 dias a 65 meses, 31 dias
18 months, 0 days to 65 months, 31 days V
1.07, 4/1/17

Nome da Criança (Child name):
Data de Nascimento (DOB):
Idade Gestacional (gestational age):
Data de Hoje (date of administration):
IG Corrigida (ID#):

LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS (PPSC)
Estas perguntas são sobre o comportamento da sua criança. Pense sobre o que você esperaria de outras crianças da mesma idade e nos conte o quanto cada pergunta descreve o comportamento de sua criança.

		Não	Um pouco	Muito
Sua criança...	Parece medrosa ou nervosa?	0	1	2
	Parece triste ou infeliz?	0	1	2
	Fica chateada quando as coisas não são feitas do jeito que ela está acostumada?	0	1	2
	Tem dificuldade para lidar com mudanças na rotina?	0	1	2
	Tem dificuldades para brincar com outras crianças?	0	1	2
	Quebra coisas de propósito?	0	1	2
	Briga com outras crianças?	0	1	2
	Tem dificuldade para prestar atenção?	0	1	2
	Tem dificuldade para se acalmar sozinha?	0	1	2
	Tem dificuldade em se manter em uma única atividade?	0	1	2
Sua criança é...	Agressiva?	0	1	2
	Inquieta ou incapaz de ficar sentada?	0	1	2
	Brava/Zangada?	0	1	2
É difícil para você...	Ir com sua criança a locais públicos?	0	1	2
	Acalmar sua criança?	0	1	2
	Saber o que sua criança precisa?	0	1	2
	Manter sua criança nas rotinas do dia a dia?	0	1	2
	Fazer sua criança obedecer você?	0	1	2

Flourish Hospital for Children
Tufts Medical Center


© 2010 Tufts Medical Center, Inc. All rights reserved.

FIGURA 3 - Exemplo de questionário para avaliação dos sintomas pediátricos (PPSC) do SWYC

Fonte: PERRIN *et al.*, 2016.

- 3) O “*Observações dos Pais sobre a Interação Social*” ou *Parent’s Observations of Social Interactions (POSI)*, sinaliza o risco de Transtorno do Espectro Autista (TEA) para crianças entre 16 e 36 meses de idade, subdividido em três faixas etárias (16 a 22 meses e 31 dias; 23 a 28 meses e 31 dias e 29 a 36 meses e 31 dias). As questões do POSI foram baseadas nos critérios do “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, four edition and fifth edition (DSM-IV e DSM-5)*” para diagnóstico de TEA e em seis itens considerados “críticos” no *Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)*, relacionados aos interesses e interação social. (ROBINS *et al.*, 2001). Um sétimo item foi adicionado para identificar qual a atividade favorita da criança. As cinco primeiras perguntas do POSI oferecem aos pais a possibilidade de respostas de acordo com uma escala decrescente da esquerda

para a direita (variando de “muitas vezes/sempré” à “nunca”). Se os pais/responsáveis selecionam uma das respostas localizadas nas últimas três colunas à direita (que variam de “algumas vezes” a “nunca”) a questão recebe pontuação “1”; caso selecionem uma das duas colunas à direita (“sempre” ou “frequentemente”), é dado “0”. As duas últimas questões oferecem cinco possibilidades de resposta não-excludentes. Se os pais/responsáveis selecionam uma ou mais das respostas localizadas nas últimas três colunas à direita, a questão recebe pontuação “1”; caso contrário, é dado “0”. A pontuação total do POSI pode variar de 0 a 7. Escore total maior ou igual a três, indica que há suspeita de TEA e a criança deve ser encaminhada para avaliação diagnóstica (FIGURA 4). A confiabilidade e validade do questionário POSI em relação ao M-CHAT foram avaliadas em três estudos independentes. Em todos os estudos o POSI apresentou consistência interna adequada, variando de 0,83 a 0,86. Os índices de sensibilidade foram comparáveis ao M-CHAT, sendo até maiores em especificidade no estudo realizado na atenção primária (89% contra 71%). (PERRIN *et al.*, 2016; SHELDRIK; PERRIN, 2013).



OBSERVAÇÕES DOS PAIS SOBRE INTERAÇÃO SOCIAL

(POSI)
18 meses, 0 dias até 34 meses, 31 dias
18 months, 0 days to 34 months, 31 days
V1.07, 4/1/17

Nome da Criança (Child name):

Data de Nascimento (DOB):

Idade Gestacional (gestational age):

Data de Hoje (date of administration):


IG Corrigida (ID#):

OBSERVAÇÕES DOS PAIS SOBRE INTERAÇÃO SOCIAL (POSI)					
Sua criança traz coisas para mostrar a você?	Muitas vezes ao dia <input type="radio"/>	Algumas vezes ao dia <input type="radio"/>	Algumas vezes na semana <input type="radio"/>	Menos de uma vez por semana <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
	Sempre	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Sua criança se interessa de brincar com outras crianças?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando você fala uma palavra ou aoea com a mão, sua criança tenta imitar você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sua criança olha para você quando a chama pelo nome?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sua criança olha se você aponta para alguma coisa do outro lado da sala?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marque todas as opções que desejar:					
Como sua criança geralmente mostra para você o que ela quer?	Fala uma palavra para mostrar o que ela quer <input type="checkbox"/>	Aponta para o que quer com o dedo <input type="checkbox"/>	Alcança o que quer <input type="checkbox"/>	Me puxa ou coloca minha mão no objeto <input type="checkbox"/>	Resmunga, chora ou grita <input type="checkbox"/>
Quais são as brincadeiras favoritas de sua criança?	Brincar com bonecos ou bichos de pelúcia <input type="checkbox"/>	Ler livros com você <input type="checkbox"/>	Subir nas coisas, correr e movimentar-se <input type="checkbox"/>	Enfileirar brinquedos ou outras coisas <input type="checkbox"/>	Ficar olhando coisas que giram como ventiladores ou rodas <input type="checkbox"/>

FIGURA 4 - Exemplo de questionário para avaliação das observações dos pais sobre interação social (POSI) do SWYC.

Fonte: PERRIN *et al.*, 2016.

- 4) A percepção subjetiva dos pais/responsáveis quanto ao desenvolvimento e comportamento pode ser uma boa indicação de atraso de desenvolvimento ou comportamento anormal. Os entrevistados respondem, assim, a duas questões sobre preocupações relativas ao comportamento, aprendizagem e desenvolvimento da criança. Estas questões integram a subseção “*Parents Concerns*” ou “*Preocupações dos Pais*” e foram baseadas em recomendações da Academia Americana de Pediatria (AAP) (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2006). Caso haja a presença de preocupação em um ou nas duas questões, é recomendada uma avaliação mais aprofundada do desenvolvimento e comportamento (FIGURA 5).



PREOCUPAÇÕES DOS PAIS

(Parent Concerns)
1 meses 0 dias até 65 meses, 31 dias
1 month, 0 days to 65 months, 31 days
V1.07, 4/1/17

Nome da Criança (Child name):
Data de Nascimento (DOB):
Idade Gestacional (gestational age):
Data de Hoje (date of administration):
IG Corrigida (ID#):

PREOCUPAÇÕES DOS PAIS (Parent Concerns)	Não	Um Pouco	Muito
Com relação ao comportamento atual da sua criança: Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou com o desenvolvimento de sua criança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Você tem alguma preocupação com o comportamento de sua criança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FIGURA 5 - Exemplo de questionário para avaliação das Preocupações dos pais (*Parent Concerns*) do SWYC.

Fonte: PERRIN *et al.*, 2016.

- 5) A parte intitulada “*Perguntas sobre a Família*” ou “*Family Questions*” avalia a presença de estresse no ambiente familiar da criança avaliada e inclui: abuso de álcool e outras substâncias ilícitas, tabagismo, insegurança alimentar, depressão parental e a presença de conflitos familiares. As perguntas integrantes dessa seção foram selecionadas em revisão de literatura relevante ao tema. Foram escolhidas questões que abordassem um tipo de risco passível de intervenção após sua identificação por profissionais da área da saúde (PERRIN *et al.*, 2016). Os itens que compõem as “*Perguntas sobre a Família*” não foram validados como parte integrante do SWYC, contudo, foram escolhidos por terem evidências de validade, como publicado em estudos anteriores, e foram retiradas de instrumentos já conhecidos, tais como: “*Patient Health Questionnaire-2*” (KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2003), “*Woman Abuse Screening Tool*” (BROWN *et al.*, 1996), “*Two-item Conjoint Screener*” (BROWN *et al.*, 2001), dentre outros. A primeira questão das “*Perguntas sobre a Família*” está relacionada ao uso de tabaco e as três seguintes sobre o uso de substâncias ilícitas, sendo que para essas, a resposta “sim” indica triagem positiva para abuso destas substâncias. Na quinta questão (“*No último mês, houve algum dia em que você ou qualquer membro da família passou fome por não ter dinheiro suficiente para comprar comida?*”), existe 83% de sensibilidade e 80% de especificidade na identificação de insegurança alimentar. As questões seis e sete: “*Durante as últimas duas semanas, com que frequência você ficou chateada por: Ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?*” e “*Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança?*”, buscam identificar a presença de depressão

parental. Dessa forma, é fornecida pontuação “0” quando a resposta assinalada pelo pai/responsável é “nenhum dia”, “1” para “alguns dias”, “2” para “mais da metade dos dias”, “3” para “quase todos os dias”. Se a soma da pontuação for maior ou igual a 3 a triagem é considerada positiva e deve-se prosseguir com a investigação. As duas últimas perguntas: “*Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu/sua marido/companheiro(a)?*” e “*Como você e seu/sua marido/companheiro(a) resolvem seus desentendimentos?*” buscam identificar a presença de conflitos domésticos. Resposta afirmativa nas alternativas “muito conflito” ou “muita dificuldade”, em uma ou nas duas questões, identifica suspeita de violência doméstica. De forma geral, respostas afirmativas em cada um dos itens indicam que a criança ou algum membro da família podem estar em risco imediato e que intervenções apropriadas devem ser instituídas o quanto antes (PERRIN *et al.*, 2016; SHELDRIK; PERRIN, 2013) (FIGURA 6).

PERGUNTAS SOBRE A FAMÍLIA
(Family Questions)
1 mes 0 dias até 65 meses, 31 dias
1 month, 0 days to 65 months, 31 days
V1.07, 4/1/17

Nome da Criança (Child name):
Data de Nascimento (DOB):
Idade Gestacional (gestational age):
Data de Hoje (date of administration):
IG Corrigida (ID#):

PERGUNTAS SOBRE A FAMÍLIA (Family Questions)

1	Alguém que mora com sua criança fuma cigarro?	Sim	Não						
2	No último ano, alguma vez você consumiu mais álcool ou drogas do que pretendia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
3	No último ano, você sentiu vontade ou necessidade de diminuir o seu consumo de álcool ou drogas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
4	Alguma vez, o uso de álcool ou drogas por algum membro da família trouxe consequências negativas para sua criança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
5	Nos últimos 12 meses, ficamos preocupados se nossa comida poderia acabar antes que pudessemos comprar mais.	Nunca aconteceu	Aconteceu algumas vezes	Frequentemente acontece					
6	Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu/sua marido/companheiro(a)?	Não tem conflito	Com algum conflito	Muito conflito	Não se aplica				
7	Você e seu/sua marido/companheiro(a) resolvem seus desentendimentos	Sem dificuldade	Com alguma dificuldade	Com muita dificuldade	Não se aplica				
8	Na última semana, quantos dias você ou outro membro da família leu para sua criança?	0	1	2	3	4	5	6	7

FIGURA 6 - Exemplo de questionário Perguntas sobre a família (*Family Questions*) do SWYC

Fonte: PERRIN *et al.*, 2016.

Os resultados de cada parte são analisados e quantificados separadamente. Ao final da entrevista, são compilados numa ficha única, que os resume e coloca em linha do tempo de

maneira de fácil visualização, podendo ser utilizado para o acompanhamento longitudinal da criança.

4.8 Análise Estatística

Para descrever as variáveis qualitativas do estudo foram utilizadas as frequências absolutas e relativas, enquanto que para descrever as variáveis quantitativas do estudo foram utilizadas medidas de tendência central, dispersão e posição.

A fim de avaliar os fatores que influenciam os resultados SWYC foram ajustados modelos de Regressão Logística (AGRESTI, 2002). Para a seleção de variáveis foi utilizado o método Stepwise (EFROYMSON, 1960). O método Stepwise é definido como uma mescla dos métodos Backward e Forward. Dessa forma, primeiramente, usando o método Forward (EFROYMSON, 1960), foi feita uma análise univariada que consistiu no ajuste de uma regressão por variável.

As variáveis que apresentassem um valor-p inferior a 0,25 foram selecionadas para o modelo inicial da análise multivariada utilizando a Regressão Logística, sendo então aplicado o método Backward (EFROYMSON, 1960). O método Backward é o procedimento de retirar, uma de cada vez, variável de maior valor-p, repetindo o procedimento até que restem no modelo somente variáveis significativas. Para o método Backward foi adotado nível de 5% de significância.

Para avaliar a qualidade do modelo, foram utilizadas as medidas de sensibilidade, especificidade, área sobre a curva ROC (AUC), R^2 (NAGELKERKE, 1991) e teste de Hosmer-Lemeshow (HOSMER; LEMESHOW, 2013). O software utilizado nas análises foi o R (versão 3.5.0).

4.9 Aspectos Éticos

O presente estudo é parte de um projeto maior, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (CAAE 29437514.1.0000.5149, parecer: 1.005.762) (ANEXO A). Os responsáveis receberam as explicações necessárias o entendimento dos objetivos da pesquisa e sobre a preservação de suas identidades, com a utilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e concordância dos participantes mediante assinatura, conforme Resolução nº466/12 do CNS, que se fundamenta nos princípios da autonomia e dignidade humana. Garante

assim a voluntariedade, inclusive, na possibilidade de o participante querer revogar a sua autorização e retirar-se do estudo sem qualquer tipo de repercussão pessoal ou necessidade de justificativa. (GOLDIM, 2012)

Ao final da entrevista todos os pais/responsáveis foram informados sobre a possibilidade futura de contato, para divulgar os resultados do estudo.

5 RESULTADOS

No Projeto Cuidar e Crescer foram recrutados inicialmente 504 bebês/mães. Ao longo dos 24 meses de acompanhamento houve uma perda de seguimento de 283 bebês/mães, perfazendo 56,2% dos que foram recrutados no início do estudo. Desses, 243 bebês/mães permaneceram após a aplicação dos critérios de exclusão do presente estudo. Foram realizadas com sucesso 105 entrevistas, representando 43,2% das famílias que deixaram o acompanhamento no ambulatório do HSF. Dos entrevistados, 91,4% era a mãe e 8,6% o pai ou responsável pela criança.

As Tabelas 1 e 2 apresentam análise descritiva das variáveis qualitativas e quantitativas de caracterização dos lactentes e famílias incluídas no estudo. Foram analisados os dados de 105 famílias/lactentes, coletados durante a permanência na Casa do Bebê do HSF.

Com relação aos dados dos recém-nascidos, observou-se que 55,2% eram do sexo masculino, 65,7% nasceram com idade gestacional entre 31 e 36 semanas e 53,6% apresentaram peso entre 1501 e 2500 gramas. Quase todos os recém-nascidos (99,0%) tiveram APGAR de quinto minuto de vida maior ou igual a 7 e baixo índice de complicações peri-parto. Os bebês ficaram internados, em média, por 11,43 dias, sendo que o número máximo de dias de internação foi 54 dias e o mínimo 2 dias.

A maioria dos bebês (88,9%) recebeu alta da Casa do Bebê em aleitamento materno exclusivo. Após a alta, o aleitamento exclusivo foi mantido, em média, por $4,5 \pm 1,8$ meses. O desmame total ocorreu em média aos $12,5 \pm 8,4$ meses.

Na amostra estudada, 26,4% das mães tiveram hipertensão crônica ou induzida pela gravidez, mas outras condições agravantes maternas tiveram baixa incidência. O percentual de uso de drogas foi 2,4%. Cerca de 23% das mães eram adolescentes. A escolaridade média das mães foi de $9,85 \pm 2,47$ anos de estudo. Quanto ao estado civil, 62,5% das mães entrevistadas tinham companheiro à época do recrutamento e a maioria era procedente de Belo Horizonte ou da região metropolitana (68,8%).

A maioria das famílias (78,1%) foi classificada pelo critério da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP) como pertencente às classes C/D/E e 13,5% eram beneficiárias do Bolsa Família. A renda per capita média das famílias foi de 0,63 salários-mínimo. A maioria das famílias tinha apenas um filho (60,0%) e 14,3% das mães relataram aborto em gestações prévias.

TABELA 1 – Caracterização das crianças, mães e famílias incluídas no estudo. Belo Horizonte, 2018.

Variáveis		N	%
Dados do bebê	Idade gestacional (n = 105)	≤ 30	9 8,6%
		31-36	69 65,7%
		≥ 37	27 25,7%
	APGAR no 5 minuto de vida (n = 96)	≥ 7	95 99,0%
		<7	1 1,0%
	Tipo de parto (n = 96)	Vaginal	65 67,7%
		Cesária	31 32,3%
	Hemorragia peri-intraventricular (n = 74)	Não	73 98,6%
		Sim	1 1,4%
	Convulsões neonatais (n = 87)	Não	87 100,0%
		Sim	0 0,0%
	Alimentação na alta (n = 81)	LME	72 88,9%
		Misto	9 11,1%
	Sexo (n=105)	Feminino	47 44,8%
Masculino		58 55,2%	
Peso ao nascimento (n=97)	Até 1500g	9 9,3%	
	De 1501 a 2500g	52 53,6%	
	A partir de 2501g	36 37,1%	
Dados maternos/pré-natal	Sífilis (n=87)	Negativa	85 97,7%
		Positiva	2 2,3%
	Drogas (n = 83)	Não	81 97,6%
		Sim	2 2,4%
	Hipertensão crônica ou induzida pela gravidez (n = 91)	Não	67 73,6%
		Sim	24 26,4%
Diabetes mellitus crônica ou gestacional (n = 88)	Não	81 92,0%	
	Sim	7 8,0%	
Dados da evolução do recém-nascido	Hipoglicemia (n = 83)	Não	78 94,0%
		Sim	5 6,0%
	Sepse precoce (n = 89)	Não	81 91,0%
		Sim	8 9,0%
Sepse tardia (n = 88)	Não	86 97,7%	
	Sim	2 2,3%	
Dados da mãe	Idade da mãe (n=105)	Até 19 anos	24 22,9%
		Mais de 19 anos	81 77,1%
	Procedência (n = 93)	Belo Horizonte	34 36,6%
		Região Metropolitana	30 32,3%
		Interior	29 31,2%
Estado civil (n = 104)	Sem companheiro	39 37,5%	
	Com companheiro	65 62,5%	
Dados da família	Número de filhos (n=105)	1	63 60,0%
		Mais de 1	42 40,0%
	Aborto (n = 98)	Não	84 85,7%
		Sim	14 14,3%
	Classificação ABEP (n = 105)	A/B1/B2	23 21,9%
		C1/C2	69 65,7%
D/E		13 12,4%	
Bolsa família (n = 104)	Não	90 86,5%	
	Sim	14 13,5%	

Comentado [C2]:

Comentado [C3]:

Em relação ao número de consultas realizadas nos últimos doze meses, a média foi de 2,3 consultas, sendo que o máximo foi de 8 consultas.

TABELA 2 - Análise descritiva dos dados quantitativos dos bebês, mães e famílias incluídas no estudo. Belo Horizonte, 2018.

	Variáveis	Média	D.P.	Mín.	1ºQ	2ºQ	3ºQ	Máx.
Dados do bebê	Dias de internação (n=86)	11,43	10,38	2,00	5,00	7,00	12,00	54,00
	Idade do término do aleitamento materno exclusivo (n=83)	4,45	1,80	0,00	3,00	5,00	6,00	6,00
	Idade do término total do aleitamento materno (n=100)	12,47	8,84	0,00	6,00	9,50	18,50	36,00
	Idade na última consulta (n=68)	9,50	5,29	1,90	4,45	9,30	14,60	21,30
	Número de consultas realizadas (n=104)	2,31	2,26	0,00	0,00	2,00	4,00	8,00
Dados da mãe	Escolaridade da mãe (n=103)	9,85	2,47	2,00	8,00	11,00	11,00	17,00
Dados da família	Renda per capita em reais (n=96)	502,77	429,19	29,40	263,00	408,33	591,00	3333,33

A Tabela 3 mostra as características do acompanhamento, as condições de saúde dos lactentes e à frequência à creche nos últimos 12 meses.

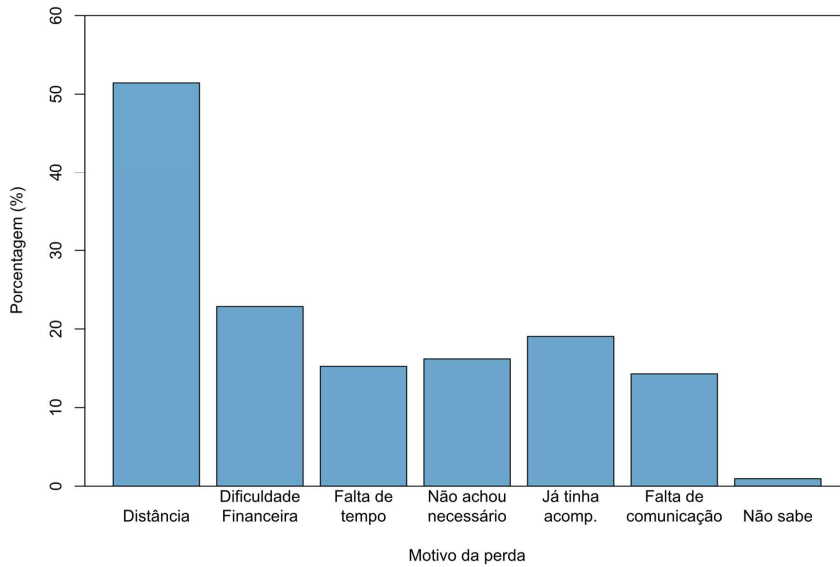
Na amostra estudada, 98,1% dos lactentes tiveram algum tipo de acompanhamento de saúde de rotina nos últimos 12 meses. Desses, 86,4% foram acompanhados pelo pediatra sozinho ou em conjunto com outros profissionais (generalista, enfermeiro do PSF). As consultas foram realizadas em Unidades Básicas de Saúde em 71,8% dos acompanhamentos e as crianças realizaram 5 ou mais consultas no último ano (51,5%). Apesar de um número elevado de lactentes ter apresentado intercorrências de saúde (87,6%), apenas 14,3% necessitaram de internação durante o último ano e 10,5% utilizavam medicação de uso contínuo à época da entrevista. A maioria dos bebês (68,6%) não frequentava creche. Entre os 31,4% que frequentavam creches, 66,7% eram em período integral e 75,0% das creches eram gratuitas.

TABELA 3 – Análise descritiva das condições de saúde e frequência a creche das crianças incluídas no estudo. Belo Horizonte, 2018

	Variáveis	N	%
Acompanhamento Profissional após a evasão	Sim	103	98,1
	Não	2	1,0
Qual profissional	Pediatra	89	86,4
	Generalista	23	22,3
	Enfermeiro	23	22,3
	Fisioterapeuta	13	12,6
	Psicólogo	12	11,7
	Nutricionista	14	13,6
Quantas consultas de acompanhamento após a evasão	Mais de 5	51	51,5
	3 ou 4	33	33,3
	1 ou 2	12	12,1
	0	3	3,0
Local das consultas	Posto de Saúde	80	78,4
	Consultório Particular	23	22,5
	Hospital	16	15,7
	Universidade	1	1,0
Uso de medicação contínua	Não	94	89,5
	Sim	11	10,5
Intercorrência em saúde no último ano	Não	13	12,4
	Sim	92	87,6
Internação no último ano	Não	90	85,7
	Sim	15	14,3
Número de internações	1	15	100,0
Frequente creche	Não	72	68,6
	Sim	33	31,4
Período da creche	Integral	22	66,7
	Meio período	11	33,3
Tipo de creche	Gratuita	24	75,0
	Paga	8	25,0

Em relação ao motivo de perda de seguimento (Gráfico 1), o mais frequente foi a “distância” (51,4%), seguido por “dificuldade financeira” (22,9%), “já tinha acompanhamento com outro profissional” (19,0%), “não achou necessário” (16,2%), “falta de tempo” (15,2%) e falta de comunicação com o serviço (14,3%).

GRÁFICO 1 – Motivos de Perda. Belo Horizonte, 2018.



Nota: *Dados não-excluídos.

A Tabela 4 apresenta os resultados das respostas dos cuidadores sobre o desenvolvimento e comportamento das crianças no questionário SWYC. Cerca de 28% dos lactentes apresentaram resultados de ganhos de habilidades abaixo do esperado para a idade no questionário “Marcos de Desenvolvimento”. Na seção “Lista de Sintomas Pediátricos” (PPSC), 41,0% dos lactentes apresentaram pontuação maior ou igual a 9 e foram considerados como tendo possível alteração do comportamento e 30,0% dos lactentes foram considerados com suspeita de transtorno do espectro autista, de acordo com os resultados na seção “Observação dos Pais sobre Interação Social” (POSI). Em relação às perguntas sobre preocupação dos pais, 21% responderam ter preocupação em relação ao aprendizado ou desenvolvimento de seu filho e 21,9% relataram preocupação com o comportamento da criança.

Em relação às questões familiares, 18,1% dos pais responderam que alguém fuma dentro de casa, 7,6% dos pais responderam que alguém consumia álcool ou drogas além do desejado e 4,8% dos pais responderam que, no último mês, algum membro da família passou fome por não ter dinheiro suficiente para comprar comida. Os sintomas depressivos maternos foram percebidos em 9,6% dos questionários e 6,5% dos pais relataram a presença de conflito no ambiente familiar.

TABELA 4 – Análise descritiva dos resultados do SWYC. Belo Horizonte, 2018.

Variáveis		N	%
Marcos do desenvolvimento	Normal	76	72,4%
	Alterado	29	27,6%
Lista de Sintomas Pediátricos (PPSC)	Normal	62	59,0%
	Alterado	43	41,0%
Observação dos Pais sobre Interação Social (POSI)	Normal	70	70,0%
	Alterado	30	30,0%
Preocupações dos pais com aprendizado e desenvolvimento	Não	83	79,0%
	Um pouco/Muito	22	21,0%
Preocupações dos pais com comportamento	Não	82	78,1%
	Um pouco	23	21,9%
Uso do cigarro por algum membro da família	Não	86	81,9%
	Sim	19	18,1%
Uso do álcool ou drogas além do desejado por algum membro da família	Não	97	92,4%
	Sim	8	7,6%
Fome ou alimentação insuficiente	Não	100	95,2%
	Sim	5	4,8%
Sintomas depressivos em alguém da família	Não	94	90,4%
	Sim	10	9,6%
Presença de conflitos familiares	Não	86	93,5%
	Sim	6	6,5%

A Tabela 5 apresenta a análise dos fatores associados ao resultado do questionário “Marcos de Desenvolvimento” de forma univariada. As variáveis procedência, escolaridade da mãe, idade do desmame total, preocupações dos pais sobre aprendizado, preocupações dos pais sobre comportamento, uso de álcool e drogas por membro da família, fome ou insuficiência alimentar familiar, sintomas depressivos em algum membro da família, presença de conflitos familiares e local de consultas de rotina em posto de saúde nos últimos 12 meses foram incluídas no modelo inicial da análise multivariada.

TABELA 5 – Fatores que exercem influência sobre os Marcos de desenvolvimento – Análise univariada. Belo Horizonte, 2018.

Variáveis / Resultado Marcos de desenvolvimento	Normal		Alterado		O.R.	I.C. - 95%	Valor-P
	N	%	N	%			
Idade gestacional	≤ 30 semanas	6 66,7%	3 33,3%	1,00	-	-	-
	31-36 semanas	52 75,4%	17 24,6%	0,65	[0,15; 2,90]	0,576	
	≥ 37 semanas	18 66,7%	9 33,3%	1,00	[0,20; 4,95]	1,000	
Peso ao nascimento	Até 1500 gr	7 77,8%	2 22,2%	1,00	-	-	
	Entre 1501 e 2500 gr	36 69,2%	16 30,8%	1,56	[0,29; 8,33]	0,606	
	Mais de 2501 gr	27 75,0%	9 25,0%	1,17	[0,20; 6,67]	0,862	
Idade da mãe	Até 19 anos	17 70,8%	7 29,2%	1,00	-	-	
	Mais de 19 anos	59 72,8%	22 27,2%	0,91	[0,33; 2,48]	0,847	
Procedência	Belo Horizonte	20 58,8%	14 41,2%	1,00	-	-	
	Região Metropolitana Interior	25 83,3%	5 16,7%	0,29	[0,09; 0,93]	0,037	
Estado civil materno	Sem companheiro	20 69,0%	9 31,0%	0,64	[0,23; 1,82]	0,406	
	Com companheiro	26 66,7%	13 33,3%	1,00	-	-	
Escolaridade da mãe	(Média) / (D.P.)	49 75,4%	16 24,6%	0,65	[0,27; 1,56]	0,339	
Término do aleitamento exclusivo	(Média) / (D.P.)	10,07 2,20	9,29 3,04	0,88	[0,73; 1,05]	0,156	
Desmame completo	(Média) / (D.P.)	4,54 1,65	4,21 2,13	0,90	[0,70; 1,17]	0,441	
Preocupações pais sobre aprendizado	Não	11,74 8,52	14,44 9,54	1,03	[0,98; 1,09]	0,176	
	Um pouco/Muito	67 80,7%	16 19,3%	1,00	-	-	
Preocupações pais sobre comportamento	Não	9 40,9%	13 59,1%	6,05	[2,20; 16,60]	0,000	
	Um pouco/Muito	64 78,0%	18 22,0%	1,00	-	-	
Uso do cigarro por algum membro da família	Não	12 52,2%	11 47,8%	3,26	[1,23; 8,61]	0,017	
	Sim	63 73,3%	23 26,7%	1,00	-	-	
Uso do álcool ou drogas por algum membro da família	Não	13 68,4%	6 31,6%	1,26	[0,43; 3,72]	0,670	
	Sim	73 75,3%	24 24,7%	1,00	-	-	
Fome ou alimentação insuficiente	Não	3 37,5%	5 62,5%	5,07	[1,13; 22,81]	0,034	
	Sim	74 74,0%	26 26,0%	1,00	-	-	
Sintomas depressivos em alguém da família	Não	2 40,0%	3 60,0%	4,27	[0,68; 26,99]	0,123	
	Sim	71 75,5%	23 24,5%	1,00	-	-	
Presença de conflitos familiares	Não	5 50,0%	5 50,0%	3,09	[0,82; 11,62]	0,096	
	Sim	63 73,3%	23 26,7%	1,00	-	-	
Intercorrência em saúde no último ano	Não	3 50,0%	3 50,0%	2,74	[0,52; 14,55]	0,237	
	Sim	10 76,9%	3 23,1%	1,00	-	-	
Frequente creche	Não	66 71,7%	26 28,3%	1,31	[0,33; 5,16]	0,696	
	Sim	51 70,8%	21 29,2%	1,00	-	-	
Acompanhamento Regular com Pediatra	Não	25 75,8%	8 24,2%	0,78	[0,30; 2,00]	0,601	
	Sim	10 71,4%	4 28,6%	1,00	-	-	
Local das consultas de Rotina: Posto de saúde	Não	64 17,9%	25 28,1%	0,98	[0,28; 3,40]	0,970	
	Sim	13 59,1%	9 40,9%	1,00	-	-	
		60 75,0%	20 25,0%	0,48	[0,18; 1,29]	0,148	

A Tabela 6 apresenta os modelos iniciais e finais da análise multivariada para o questionário “Marcos do Desenvolvimento”. No modelo final, apenas a variável “preocupação dos pais com o desenvolvimento” mostrou-se associada à presença de alterações no

questionário “Marcos do Desenvolvimento” ($p=0,000$). As crianças cujos pais tinham alguma preocupação com o seu aprendizado tiveram chance 6,05 (IC 2,20-16,60) vezes maior de apresentar resultado alterado no questionário “Marcos do Desenvolvimento” do que quando os pais não estavam preocupados com seu desenvolvimento.

O Modelo Final foi considerado adequado segundo o Teste de Hosmer-Lemeshow (valor- $p=1,000$). A área sob a curva (AUC) foi de 0,665, representando acurácia de 66,5%. A sensibilidade do modelo foi de 0,448, o que significa que o modelo foi capaz de prever corretamente 44,8% dos casos em que o resultado foi alterado. A especificidade do modelo foi de 0,882, o que significa que o modelo foi capaz de prever corretamente 88,2% dos casos em que o resultado foi normal.

TABELA 6 - Fatores que exercem influência sobre os Marcos de desenvolvimento – Análise multivariada. Belo Horizonte, 2018.

Variáveis	Modelo Inicial			Modelo Final		
	O.R.	I.C.-95%	Valor-p	O.R.	I.C.-95%	Valor-p
Procedência: Belo Horizonte	1,00	-	-			
Procedência: Região Metropolitana	0,20	[0,03; 1,25]	0,085			
Procedência: Interior	1,08	[0,27; 4,15]	0,938			
Escolaridade da mãe	0,91	[0,71; 1,16]	0,455			
Idade do término total do aleitamento materno	1,02	[0,95; 1,09]	0,559			
Preocupações dos pais com aprendizado: Não	1,00	-	-	1,00	-	-
Preocupações dos pais com aprendizado: Um pouco/muito	6,13	[1,40; 26,82]	0,016	6,05	[2,20; 16,60]	0,000
Preocupações pais com comportamento: Não	1,00	-	-			
Preocupações pais com comportamento: Um pouco/muito	0,60	[0,11; 3,31]	0,562			
Pergunta sobre família (uso álcool e drogas): Não	1,00	-	-			
Pergunta sobre família (uso álcool e drogas): Sim	0,77	[0,03; 19,35]	0,872			
Pergunta sobre família (fome): Não			-			
Pergunta sobre família (fome): Sim			0,991			
Pergunta sobre família (depressão): Não	1,00	-	-			
Pergunta sobre família (depressão): Sim	4,65	[0,42; 52,02]	0,213			
Pergunta sobre família (conflito familiar): Não	1,00	-	-			
Pergunta sobre família (conflito familiar): Sim	2,46	[0,16; 37,44]	0,516			
Acompanhamento em Posto de Saúde: Não	1,00	-	-			
Acompanhamento em Posto de Saúde: Sim	0,90	[0,19; 4,28]	0,898			
Teste de Hosmer-Lemeshow (valor-p)		0,231			1,000	
Pseudo R ²		35,1%			16,4%	
AUC		0,776			0,665	
Sensibilidade		0,636			0,448	
Especificidade		0,902			0,882	

Em relação ao questionário “Lista de Sintomas Pediátricos” (PPSC), que informa sobre o comportamento da criança, os fatores que exercem influência sobre o resultado do questionário de forma univariada e que foram selecionadas para a análise inicial multivariada são: idade gestacional, peso ao nascimento, procedência, escolaridade da mãe, preocupações dos pais sobre aprendizado, preocupações dos pais sobre comportamento, uso de álcool e drogas por membro da família, fome ou insuficiência alimentar familiar, sintomas depressivos em algum membro da família e local de consultas de rotina em posto de saúde nos últimos 12 meses.

TABELA 7 - Fatores que exercem influência sobre a “Lista de Sintomas Pediátricos” (PPSC)
– Análise univariada. Belo Horizonte, 2018.

Variáveis / Resultado PPSC	Normal		Alterado		O.R.	I.C. - 95%	Valor-P	
	N	%	N	%				
Idade gestacional	≤ 30 semanas	7	77,8%	2	22,2%	1,00	-	-
	31-36 semanas	40	58,0%	29	42,0%	2,54	[0,49; 13,12]	0,267
	≥ 37 semanas	15	55,6%	12	44,4%	2,80	[0,49; 16,04]	0,248
Peso ao nascimento	Até 1500 gr	7	77,8%	2	22,2%	1,00	-	-
	Entre 1501 e 2500 gr	27	51,9%	25	48,1%	3,24	[0,61; 17,10]	0,166
	Mais de 2501 gr	22	61,1%	14	38,9%	2,23	[0,40; 12,29]	0,358
Idade da mãe	Até 19 anos	14	58,3%	10	41,7%	1,00	-	-
	Mais de 19 anos	48	59,3%	33	40,7%	0,96	[0,38; 2,43]	0,935
Procedência	Belo Horizonte	14	41,2%	20	58,8%	1,00	-	-
	Região Metropolitana	20	66,7%	10	33,3%	0,35	[0,13; 0,97]	0,044
	Interior	18	62,1%	11	37,9%	0,43	[0,16; 1,18]	0,101
Estado civil materno	Sem companheiro	24	61,5%	15	38,5%	1,00	-	-
	Com companheiro	37	56,9%	28	43,1%	1,21	[0,54; 2,72]	0,644
Escolaridade da mãe	(Média) / (D.P.)	10,25	2,19	9,29	2,75	0,85	[0,71; 1,00]	0,057
Término do aleitamento exclusivo	(Média) / (D.P.)	4,50	1,68	4,37	1,97	0,96	[0,75; 1,23]	0,746
Desmame completo	(Média) / (D.P.)	12,08	8,75	13,05	9,05	1,01	[0,97; 1,06]	0,591
Preocupações pais sobre aprendizado	Não	55	66,3%	28	33,7%	1,00	-	-
	Um pouco/Muito	6	27,3%	16	72,7%	5,24	[1,85; 14,86]	0,000
Preocupações pais sobre comportamento	Não	55	67,1%	27	32,9%	1,00	-	-
	Um pouco/Muito	6	26,1%	17	73,9%	5,77	[2,04; 16,30]	0,000
Uso do cigarro por algum membro da família	Não	53	61,6%	33	38,4%	1,00	-	-
	Sim	9	47,4%	10	52,6%	1,78	[0,66; 4,85]	0,256
Uso do álcool ou drogas por algum membro da família	Não	61	62,9%	36	37,1%	1,00	-	-
	Sim	1	12,5%	7	87,5%	11,86	[1,40; 100,35]	0,023
Fome ou alimentação insuficiente	Não	60	60,0%	40	40,0%	1,00	-	-
	Sim	2	40,0%	3	60,0%	2,25	[0,36; 14,07]	0,386
Sintomas depressivos em alguém da família	Não	59	62,8%	35	37,2%	1,00	-	-
	Sim	3	30,0%	7	70,0%	3,93	[0,95; 16,20]	0,058
Presença de conflitos familiares	Não	49	57,0%	37	43,0%	1,00	-	-
	Sim	3	50,0%	3	50,0%	1,32	[0,25; 6,94]	0,740
Intercorrência em saúde no último ano	Não	8	61,5%	5	38,5%	1,00	-	-
	Sim	54	58,7%	38	41,3%	1,13	[0,34; 3,71]	0,845
Frequente creche	Não	43	59,7%	29	40,3%	1,00	-	-
	Sim	19	57,6%	14	42,4%	1,09	[0,47; 2,52]	0,836
Acompanhamento de rotina com Pediatra	Não	10	71,4%	4	28,6%	1,00	-	-
	Sim	50	56,2%	39	43,8%	1,95	[0,57; 6,69]	0,288
Local das consultas de Rotina: Posto de saúde	Não	9	40,9%	13	59,1%	1,00	-	-
	Sim	50	62,5%	30	37,5%	0,42	[0,16; 1,09]	0,074

A Tabela 8 apresenta os modelos inicial e final da análise multivariada dos fatores associados a resultado alterado no questionário “Lista de Sintomas Pediátricos”. No modelo final, as variáveis “preocupação dos pais com aprendizado” ($p=0,034$) e “preocupação dos pais com comportamento” ($p=0,015$) foram associadas ao resultado alterado no questionário “Lista de Sintomas Pediátricos” de forma estatisticamente significativa. Os lactentes cujos pais relataram preocupação com o aprendizado e desenvolvimento da criança apresentaram chance de resultado alterado para o questionário de triagem comportamental 3,37 (IC 1,10-10,32) vezes maior do que pais que não relataram essa preocupação. Os lactentes cujos pais relataram preocupação com o comportamento da criança apresentaram chance de resultado alterado para o questionário de triagem comportamental 3,95 (IC 1,31-11,90) vezes maior do que pais que não relataram essa preocupação.

O Modelo Final foi considerado adequado segundo o Teste de Hosmer-Lemeshow (valor- $p=1,000$). A área sob a curva (AUC) foi de 0,690, representando acurácia de 69%. A sensibilidade do modelo foi de 0,523, o que significa que o modelo foi capaz de prever corretamente 52,3% dos casos em que o resultado foi alterado. A especificidade do modelo foi de 0,836, o que significa que o modelo foi capaz de prever corretamente 83,6% dos casos em que o resultado foi normal.

TABELA 8 - Fatores que exercem influência sobre “Lista de Sintomas Pediátricos” (PPSC) – Análise multivariada. Belo Horizonte, 2018.

Variáveis	Modelo Inicial			Modelo Final		
	O.R.	I.C.-95%	Valor-p	O.R.	I.C.-95%	Valor-p
Idade gestacional ≤ 30 semanas	1,00	-	-			
Idade gestacional 31-36 semanas	1,53	[0,13; 17,86]	0,735			
Idade gestacional ≥ 37 semanas	2,81	[0,12; 65,96]	0,521			
Peso ao nascimento: Até 1500 gr	1,00	-	-			
Peso ao nascimento: Entre 1501 e 2500 gr	4,96	[0,50; 49,24]	0,172			
Peso ao nascimento: Mais de 2501 gr	1,75	[0,12; 25,91]	0,682			
Procedência: Belo Horizonte	1,00	-	-			
Procedência: Região Metropolitana	0,38	[0,10; 1,46]	0,161			
Procedência: Interior	0,37	[0,08; 1,78]	0,215			
Escolaridade da mãe	0,75	[0,57; 1,00]	0,049			
Preocupações dos pais com aprendizado: Não	1,00	-	-	1,00	-	-
Preocupações dos pais com aprendizado: Um pouco/muito	2,03	[0,50; 8,26]	0,320	3,37	[1,10; 10,32]	0,034
Preocupações pais com comportamento: Não	1,00	-	-	1,00	-	-
Preocupações pais com comportamento: Um pouco/muito	3,04	[0,54; 17,16]	0,207	3,95	[1,31; 11,90]	0,015
Pergunta sobre família (uso álcool e drogas): Não	1,00	-	-			
Pergunta sobre família (uso álcool e drogas): Sim	2,91	[0,20; 42,99]	0,438			
Pergunta sobre família (depressão): Não	1,00	-	-			
Pergunta sobre família (depressão): Sim	4,41	[0,35; 55,20]	0,250			
Acompanhamento com pediatra: Não	1,00	-	-			
Acompanhamento com pediatra: Sim	0,25	[0,06; 1,13]	0,072			
Acompanhamento em Posto de Saúde: Não	1,00	-	-			
Acompanhamento em Posto de Saúde: Sim	1,53	[0,13; 17,86]	0,735			
Teste de Hosmer-Lemeshow (valor-p)		0,445			1,000	
Pseudo R ²		41,2%			20,3%	
AUC		0,807			0,690	
Sensibilidade		0,842			0,523	
Especificidade		0,659			0,836	

Em relação ao questionário “Observações dos Pais sobre a Interação Social” (POSTI), após a análise univariada (Tabela 9), foram selecionadas as variáveis idade gestacional, peso ao nascimento, estado civil materno, beneficiário de bolsa família, idade do término do aleitamento materno exclusivo, preocupações dos pais sobre aprendizado, preocupações dos pais sobre comportamento, sintomas depressivos em algum membro da família, intercorrência em saúde nos últimos 12 meses, internação nos últimos 12 meses e local de consultas de rotina em posto de saúde nos últimos 12 meses para a análise multivariada inicial.

TABELA 9 - Fatores que exercem influência sobre a percepção dos pais sobre interação social (POSI) – Análise univariada. Belo Horizonte, 2018

Variáveis / Resultado POSI		Normal		Alterado		O.R.	I.C. - 95%	Valor-P
		N	%	N	%			
Idade gestacional	≤ 30 semanas	7	87,5%	1	12,5%	1,00	-	-
	31-36 semanas	45	66,2%	23	33,8%	3,58	[0,41; 30,86]	0,246
	≥ 37 semanas	18	75,0%	6	25,0%	2,33	[0,24; 23,04]	0,468
Peso ao nascimento	Até 1500 gr	7	87,5%	1	12,5%	1,00	-	-
	Entre 1501 e 2500 gr	33	64,7%	18	35,3%	3,82	[0,43; 33,53]	0,227
	Mais de 2501 gr	25	75,8%	8	24,2%	2,24	[0,24; 21,07]	0,481
Idade da mãe	Até 19 anos	18	78,3%	5	21,7%	1,00	-	-
	Mais de 19 anos	52	67,5%	25	32,5%	1,73	[0,58; 5,20]	0,328
Procedência	Belo Horizonte	23	71,9%	9	28,1%	1,00	-	-
	Região Metropolitana	22	75,9%	7	24,1%	0,81	[0,26; 2,56]	0,724
	Interior	16	59,3%	11	40,7%	1,76	[0,59; 5,21]	0,310
Estado civil	Sem companheiro	29	78,4%	8	21,6%	1,00	-	-
	Com companheiro	40	64,5%	22	35,5%	1,99	[0,78; 5,10]	0,150
Escolaridade da mãe	(Média) / (D.P.)	9,83	2,64	9,93	2,19	1,02	[0,85; 1,21]	0,852
Término do aleitamento exclusivo	(Média) / (D.P.)	4,62	1,72	4,08	1,77	0,84	[0,64; 1,09]	0,194
Desmame completo	(Média) / (D.P.)	12,54	8,30	12,26	9,66	1,00	[0,95; 1,05]	0,884
Preocupações pais sobre aprendizado	Não	60	76,9%	18	23,1%	1,00	-	-
	Um pouco/Muito	10	45,5%	12	54,5%	4,00	[1,49; 10,77]	0,006
Preocupações pais sobre comportamento	Não	57	73,1%	21	26,9%	1,00	-	-
	Um pouco/Muito	13	59,1%	9	40,9%	1,88	[0,70; 5,04]	0,210
Uso do cigarro por algum membro da família	Não	55	67,9%	26	32,1%	1,00	-	-
	Sim	15	78,9%	4	21,1%	0,56	[0,17; 1,87]	0,349
Uso de álcool ou drogas por algum membro da família	Não	64	69,6%	28	30,4%	1,00	-	-
	Sim	6	75,0%	2	25,0%	0,76	[0,14; 4,01]	0,748
Fome ou alimentação insuficiente	Não	67	69,8%	29	30,2%	1,00	-	-
	Sim	3	75,0%	1	25,0%	0,77	[0,08; 7,72]	0,824
Sintomas depressivos em alguém da família	Não	61	67,8%	29	32,2%	1,00	-	-
	Sim	8	88,9%	1	11,1%	0,26	[0,03; 2,20]	0,218
Presença de conflitos familiares	Não	58	70,7%	24	29,3%	1,00	-	-
	Sim	3	60,0%	2	40,0%	1,61	[0,25; 10,26]	0,614
Intercorrência em saúde no último ano	Não	12	92,3%	1	7,7%	1,00	-	-
	Sim	58	66,7%	29	33,3%	6,00	[0,74; 48,42]	0,093
Interação no último ano	Não	63	74,1%	22	25,9%	1,00	-	-
	Sim	7	46,7%	8	53,3%	3,27	[1,06; 10,08]	0,039
Frequente creche	Não	47	67,1%	23	32,9%	1,00	-	-
	Sim	23	76,7%	7	23,3%	0,62	[0,23; 1,66]	0,343
Acompanhamento de rotina com Pediatra	Não	9	75,0%	3	25,0%	1,00	-	-
	Sim	61	70,9%	25	29,1%	1,23	[0,31; 4,92]	0,770
Local das consultas de rotina: Posto de saúde	Não	11	50,0%	11	50,0%	1,00	-	-
	Sim	58	77,3%	17	22,7%	0,29	[0,11; 0,79]	0,016

A Tabela 10 apresenta os modelos inicial e final da análise multivariada dos fatores associados ao resultado do questionário “Observações dos Pais sobre a Interação Social”. As variáveis “preocupação dos pais com o aprendizado” (valor-p=0,007) e internação no último ano (p=0,044) mostraram-se associadas a resultado alterado no questionário. Os lactentes cujos pais estavam um pouco ou muito preocupados com seu aprendizado apresentaram chance de resultado alterado no questionário “Observações dos Pais sobre a Interação Social” 4,06 (IC 1,47-11,23) vezes maior do que quando não havia esta preocupação. Os bebês que foram internados no último ano apresentaram chance de resultado alterado no questionário “Observações dos Pais sobre a Interação Social” 3,35 (IC 1,03-10,86) vezes maior do que aqueles que não foram internados.

A área sob a curva (AUC) foi de 0,705, representando acurácia de 70,5%. A sensibilidade do modelo foi de 0,633, o que significa que o modelo foi capaz de prever corretamente 63,3% dos casos em que o resultado foi alterado. A especificidade do modelo foi de 0,800, o que significa que o modelo foi capaz de prever corretamente 80,0% dos casos em que o resultado foi normal.

TABELA 10 - Fatores que exercem influência sobre o Resultado POSI- Análise multivariada. Belo Horizonte, 2018.

Variáveis	Modelo Inicial			Modelo Final		
	O.R.	I.C.-95%	Valor-p	O.R.	I.C.-95%	Valor-p
Idade gestacional ≤ 30 semanas	1,00	-	-			
Idade gestacional 31-36 semanas	2,95	[0,23; 37,07]	0,402			
Idade gestacional ≥ 37 semanas	3,89	[0,15; 100,15]	0,412			
Peso ao nascimento: Até 1500 gr	1,00	-	-			
Peso ao nascimento: Entre 1501 e 2500 gr	1,03	[0,06; 17,24]	0,985			
Peso ao nascimento: Mais de 2501 gr	0,58	[0,02; 14,68]	0,744			
Estado civil materno: Sem companheiro	1,00	-	-			
Estado civil materno: Com companheiro	1,05	[0,26; 4,25]	0,943			
Bolsa Família: Não	1,00	-	-			
Bolsa Família: Sim	1,32	[0,16; 11,17]	0,799			
Idade do término do aleitamento materno exclusivo	0,67	[0,43; 1,05]	0,080			
Preocupações dos pais com aprendizado: Não	1,00	-	-	1,00	-	-
Preocupações dos pais com aprendizado: Um pouco/muito	3,94	[0,68; 22,99]	0,128	4,06	[1,47; 11,23]	0,007
Preocupações pais com comportamento: Não	1,00	-	-			
Preocupações pais com comportamento: Um pouco/muito	1,14	[0,15; 8,88]	0,902			
Pergunta sobre família (depressão): Não	1,00	-	-			
Pergunta sobre família (depressão): Sim	0,18	[0,01; 3,44]	0,256			
Intercorrência em saúde no último ano: Não			-			
Intercorrência em saúde no último ano: Sim			0,990			
Internação no último ano: Não	1,00	-	-	1,00	-	-
Internação no último ano: Sim	4,81	[0,79; 29,47]	0,089	3,35	[1,03; 10,86]	0,044
Acompanhamento em Posto de Saúde: Não	1,00	-	-			
Acompanhamento em Posto de Saúde: Sim	0,45	[0,10; 2,07]	0,304			
Teste de Hosmer-Lemeshow (valor-p)		0,749			0,325	
Pseudo R ²		40,3%			15,6%	
AUC		0,829			0,705	
Sensibilidade		0,727			0,633	
Especificidade		0,800			0,800	

6 DISCUSSÃO

Os lactentes incluídos na amostra do presente estudo são, em sua maioria, pertencentes a famílias com situação socioeconômica menos favorecidas. A renda per capita média das famílias entrevistadas foi pouco acima de $\frac{1}{2}$ salário mínimo e a maioria delas tinha classificação ABEP correspondente às classes C/D/E. Esses dados são um retrato da população acolhida pelo HSF, que presta assistência exclusivamente no âmbito do SUS e atende enquanto maternidade a uma população em sua maioria de baixa renda e com grande vulnerabilidade social. Além disso, a escolaridade média das mães era baixa e um percentual importante era adolescente (23%), acima da média nacional de 18% (BRASIL, 2017). Esse perfil populacional está historicamente ligado a fatores de risco para atraso de desenvolvimento e maior ocorrência de agravos de saúde durante a primeira infância. (MINAS GERAIS, 2004; FILGUEIRAS, 2005; WALKER *et al.*, 2011; CENTER FOR DISEASE CONTROL, 2014; BRASIL, 2018)

A baixa condição socioeconômica, baixa escolaridade e faixa etária podem também influenciar na evasão. (HACK *et al.*, 2002; SALT; REDSHAW, 2006). O programa Bolsa Família é um programa federal de transferência direta de renda para famílias em situação de pobreza ou extrema pobreza (BRASIL, 2004a). Apenas 13,5% das famílias eram beneficiárias deste programa. A falta de incentivo financeiro também pode ter contribuído para a evasão, tendo em vista a baixa renda das famílias que abandonaram o seguimento ambulatorial. Programas de transferência de renda condicionada ao alcance de metas têm se mostrado promissores na melhoria do desenvolvimento infantil ao mitigar as necessidades financeiras imediatas das famílias e promover contato com serviços que fortalecem a saúde e nutrição das crianças e oferecem a elas experiências educacionais precoces. (SHONKOFF *et al.*, 2012)

A taxa de evasão global ao longo de 24 meses de duração do Projeto Cuidar & Crescer foi de pouco mais da metade dos recém-nascidos/famílias recrutados no período perinatal na Casa do Bebê do HSF. Frônio *et al.* (2009), em estudo realizado num ambulatório de acompanhamento de prematuros até os 5 anos de idade em Minas Gerais, detectou uma perda de seguimento de 47,3% da amostra que iniciou o estudo. Em 2010, Vitolo, Gama e Campagnolo, registraram taxa de evasão de 53,2% em estudo de acompanhamento de lactentes na puericultura durante o período de 6 meses no Rio Grande do Sul. Em 2014, Dourado registrou uma taxa de evasão de 40,1% em serviço multiprofissional de acompanhamento de crianças de risco do Hospital das Clínicas de Universidade Federal de Minas Gerais (ACRIAR) ao longo de 7 anos, entre 2002 e 2009. Mais recentemente, em 2018, Gontijo *et al.* observaram

taxa de evasão de 43,7% dos lactentes de risco que foram acompanhados no ambulatório ACRIAR entre 2009 e 2013. Contrastando com o atual estudo, Vázquez *et al.* (2011) na Espanha e Tuduri *et al.* (2011) na Argentina encontraram menores taxas de evasão em ambulatório de acompanhamento de prematuros no período de 2 anos, com cerca de um quinto dos lactentes abandonando o serviço. As razões para uma pobre adesão aos serviços de *follow-up* de lactentes são multifatoriais. (CALLANAN *et al.*, 2001; SALT; REDSHAW, 2006; COKER *et al.*, 2013)

Entre os motivos para a perda de seguimento, a distância do domicílio até o Ambulatório de Seguimento do HSF foi o mais citado, apesar da maioria das famílias serem provenientes de Belo Horizonte e região metropolitana. Outros estudos também mostram a distância do local de acompanhamento como motivo de evasão dos serviços (FRÔNIO *et al.*, 2009; VÁZQUEZ *et al.*, 2011; GONTIJO *et al.*, 2018). “Dificuldades financeiras” também foram mencionadas diversas vezes como motivos para o abandono do seguimento. Ao se considerar a dependência do transporte coletivo, o tempo e a dificuldade de deslocamento com uma criança pequena em uma cidade grande, os custos de alimentação, dentre outros, podemos inferir que a questão econômica foi determinante da taxa de evasão no Projeto C&C. Algumas estratégias utilizadas no Projeto C&C, como oferecer alimentação durante a permanência no serviço e auxílio financeiro para o deslocamento da família para o ambulatório podem ter evitado uma taxa de evasão ainda maior. O transporte sanitário, oferecido pelas secretarias de saúde dos municípios de origem para participantes do interior, pode explicar porcentagem relativamente menor de abandono destas famílias. Uma possível solução, citada em vários estudos como Magalhães *et al.* (2002), Frônio *et al.* (2009), Tuduri *et al.* (2011) e Gontijo *et al.* (2018) seria a organização da rede de saúde de forma a oferecer atendimento regular e especializado a esses lactentes em localidades mais próximas de suas residências, facilitando o acesso e fortalecendo o vínculo com as equipes de saúde responsáveis pelo acompanhamento.

É possível também que as famílias com baixa escolaridade tenham maiores dificuldades no entendimento da necessidade e importância do acompanhamento sistemático. Elas podem também apresentar dificuldades para enfrentar os desafios do seguimento especializado, como a necessidade de realização de exames complementares, para compreender e executar atividades propostas pelos profissionais, dentre outros. Alcançar essa população, com estratégias de conscientização atrativas e de fácil entendimento ainda é um desafio para os profissionais responsáveis pelo acompanhamento dessas crianças (FRÔNIO *et al.*, 2009; DIAS, 2017; GONTIJO *et al.*, 2018).

No presente estudo, o percentual de entrevistados que relatou não achar o acompanhamento importante (16,2%) foi menor do que o encontrado em outros estudos como Del Ciampo, Rosa e Ricco (1994) e Vitolo, Gama e Campagnolo (2010) e semelhante ao relatado por Frônio *et al.* (2009), Vázquez *et al.* (2011), e Gontijo *et al.* (2018). Estratégias utilizadas pela equipe do Projeto C&C, como contatos telefônicos frequentes antes das consultas e após eventual ausência a um atendimento programado, ajudaram a fortalecer o vínculo entre as famílias e a equipe e podem ter promovido uma melhor adesão ao serviço, apesar da distância e das dificuldades econômicas.

O crescente uso de meios de tecnologia como fonte de informação em saúde, de fácil acesso, mas nem sempre de fontes confiáveis, pode levar à desvalorização de informações obtidas de profissionais de saúde, comprometendo a adesão a serviços que se baseiam na educação e na promoção em saúde. Entretanto, estratégias que visam orientar sobre o uso racional dos recursos tecnológicos existentes, oferecendo informações que sejam compreensíveis, com linguagem acessível e adequada, objetivas e práticas, podem restabelecer o vínculo e a confiança nos profissionais de saúde como fonte segura de informação e esclarecimento de inverdades e mitos. Profissionais de saúde envolvidos com o cuidado infantil precisam refletir sobre o acompanhamento que oferecem e se as informações que oferecem estão adequadas e abrangentes às mudanças sociais, comportamentais e de saúde dos últimos anos, compatíveis com uma sociedade que convive com a tecnologia e acesso à informação com grande facilidade. Uma abordagem moderna favorece a adesão das mães, ao proporcionar um cuidado consciente, atualizado e que aumente o interesse delas em participar das consultas. O emprego da tecnologia pode também se mostrar útil em promover uma melhor adesão utilizando-se de iniciativas como: marcação e lembretes de consultas por meio telefônico ou de aplicativos, informativos sobre as atividades e exames complementares propostos para a criança, questionários sobre a evolução da criança, dentre outros. (CALLANAN *et al.*, 2001; DIAS, 2017)

O presente estudo mostrou que, apesar da elevada taxa de evasão, apenas 3 lactentes não realizavam acompanhamento sistemático de saúde nos últimos 12 meses e que a maioria dos lactentes que não retornaram ao atendimento no ambulatório de referência do HSF realizou 5 ou mais consultas de rotina em outros serviços de saúde. Tendo em vista que a média de idade das crianças incluídas no estudo foi 30 meses, o número de consultas foi acima do mínimo proposto pelo Ministério da Saúde para a faixa etária (BRASIL, 2012). Das crianças em acompanhamento sistemático de saúde, 86,4% o faziam com o pediatra e/ou outros profissionais e 77% destes atendimentos eram realizadas em unidades básicas de saúde. Estes

dados corroboram o relato de 20% dos entrevistados de que abandonaram o seguimento no Ambulatório do HSF porque já eram acompanhados em outros serviços. Sugere-se, portanto, um protagonismo da atenção primária a saúde como coordenadora do cuidado, com atuação longitudinal, e com participação de diferentes profissionais (BRASIL, 2012). Esse papel preponderante pode ser resultado de intensos esforços em prol da educação em saúde e da sensibilização para a puericultura junto à população, apontada como necessária por Del Ciampo, Rosa e Ricco (1994) e Vitolo, Gama e Campagnolo (2010) e iniciada nos últimos anos com várias ações em âmbito nacional (BRASIL, 2014; BRASIL, 2018), estadual (MINAS GERAIS, 2004) e municipal (BELO HORIZONTE, 2014). Apesar disto, pode-se questionar se o acompanhamento recebido foi adequado e suficiente para este grupo de crianças com elevado risco biológico e social para atrasos no desenvolvimento e alterações comportamentais. O diferencial do Projeto C&C foi o atendimento baseado em ações sistemáticas de uma equipe multiprofissional com o uso de ferramentas específicas para avaliação do desenvolvimento e o fornecimento de orientações para estimulação e prevenção de agravos, fundamentais para atenção integral de saúde em crianças de alto risco.

Barreiras logísticas de organização assistencial citadas por Frônio *et al.* (2009), Vitolo, Gama e Campagnolo (2010), Dias (2017), Gontijo *et al.* (2018) estão relacionadas a evasão em serviços de acompanhamento sistemático de saúde infantil. No presente de estudo, 13% dos entrevistados relataram falhas de comunicação no agendamento de consultas no ambulatório de referência do HSF, que podem estar relacionadas ao tempo decorrido entre o recrutamento na Casa do Bebê e o primeiro atendimento aos dois meses de idade gestacional corrigida no ambulatório de seguimento, que em alguns casos chegou a ser de quatro meses. Por outro lado, apesar das inúmeras tentativas de “resgate” dos faltosos às consultas, houve grande dificuldade de constato com estas famílias em virtude das frequentes mudanças de endereço e telefone, o que representa um grande desafio para as equipes de saúde. Como resultado dessa dificuldade, 43,2% das famílias que abandonaram o serviço foram contatadas novamente pelos entrevistadores no presente estudo.

Os dados coletados revelam uma amostra populacional com nascimento prematuro e/ou baixo peso, caracterizando vulnerabilidade biológica. É sabido que essa população é mais suscetível a complicações perinatais e alterações de desenvolvimento (WALKER *et al.*, 2011; SOUZA; MAGALHAES, 2012; WICKREMASINGHE *et al.*, 2013) e necessita de acompanhamento sistemático e especializado visando a detecção precoce de problemas e implementação de medidas de intervenção adequadas (SALT; REDSHAW, 2006; SHONKOFF *et al.*, 2012; MOREIRA *et al.*, 2018). Embora existissem vários fatores de risco, os recém-

nascidos incluídos no estudo demonstraram boa vitalidade ao nascer e baixos índices de complicações no período neonatal. Estes dados refletem a boa qualidade na assistência perinatal do HSF e reforçam o propósito da Casa do Bebê: um ambiente de continuidade da assistência hospitalar de recém-nascidos clinicamente estáveis, acompanhados de suas mães, visando à preparação para a ida para casa (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2015⁴). Apesar disto, seis crianças e uma mãe recrutadas na Casa do Bebê evoluíram para o óbito durante o período de execução do Projeto C&C.

A alta prevalência de adoecimentos ao longo de 12 meses encontrada no presente estudo, com mais de 85% dos lactentes apresentando pelo menos uma intercorrência no período, é esperada para esta população nesta faixa etária (WILSON-COSTELLO, 2007; SAIGAL; DOYLE, 2008; DARLOW, 2015). Entretanto, apenas 14% desses bebês necessitaram de internação hospitalar após a alta da Casa do Bebê e todos eles em apenas uma ocasião. Esses dados parecem apontar que, apesar da ocorrência de adoecimentos, estes foram decorrentes de condições com baixa morbi-mortalidade.

A avaliação do desenvolvimento é uma das ações centrais do acompanhamento sistemático de saúde na infância (BRASIL, 2018). A aplicação de questionários de triagem para atrasos no desenvolvimento é largamente indicada no acompanhamento sistemático da criança, uma vez que possibilita a detecção daqueles indivíduos que necessitam de propeidética mais aprofundada para elucidação diagnóstica. Há evidências de que apenas um pequeno percentual de atrasos do desenvolvimento pode ser detectado apenas pela avaliação clínica e sugere que o uso de instrumentos de triagem pode melhorar a acurácia na detecção destes problemas (ALY; TAJ; IBRAHIM, 2010; MARKS PAGE GLASCOE; MACIAS, 2011; SHELDRIK; MERCHANT; PERRIN, 2011). Além disso, quando comparados com ferramentas de diagnóstico, os questionários para triagem de atraso de desenvolvimento são de mais fácil aplicação e demandam menos tempo, tornando-os ideais para uso em larga escala na saúde pública (FERNALD *et al.*, 2009; SABANATHAN; WILLS; GLADSTONE, 2015).

A triagem para alterações no desenvolvimento e comportamento infantil foi realizada por meio do questionário SWYC. O SWYC, enquanto ferramenta de triagem de desenvolvimento, tem qualidades de medida aceitável para ser utilizado na população brasileira, (SHELDRIK; PERRIN, 2013; MOREIRA *et al.*, 2018). Apesar da sua importância, os questionários de triagem ainda são pouco utilizados no contexto mundial (MARKS; PAGE GLASCOE; MACIAS, 2011). Em artigo de revisão da literatura, Zeppone, Volpon e Del

⁴ <http://www.sofiafeldman.org.br/o-hospital>.

Ciampo (2012) identificaram o pequeno uso de ferramentas de *screening* para atrasos de desenvolvimento por parte de pediatras responsáveis pelo acompanhamento de crianças em serviços públicos e privados e concluíram que existe importante lacuna na formação destes profissionais quanto à detecção precoce de crianças em risco para atraso no desenvolvimento. Diante disso, a validação, divulgação e ampliação do uso de ferramentas de *screening* de fácil utilização, rápida execução e, principalmente, com possibilidade de execução à distância (por meio telefônico ou online) se coloca como importante estratégia visando a vigilância do desenvolvimento infantil.

No presente estudo, foi encontrada uma prevalência de suspeita de atraso nos marcos de desenvolvimento de 27,6%, comparável a outros estudos nacionais utilizando instrumentos de triagem (HALPERN *et al.*, 2000; FIGUEIRAS *et al.*, 2001). No estudo de Souza *et al.* (2008), ao aplicar o teste Denver-II em 960 crianças com idade entre quatro e seis anos incompletos matriculados na rede pública municipal de ensino de Cuiabá, detectou uma prevalência de 30,2% de questionários com resultado questionável e 2,8% com resultados anormais. Coelho *et al.* (2016), em estudo realizado com 282 crianças de 0 a 36 meses matriculadas em escolas da rede pública de um município no Rio Grande do Sul, encontrou prevalência de 32% de suspeita de atraso de desenvolvimento utilizando a teste de Denver II. No entanto, Magalhães *et al.* (2011) ao comparar uma amostra de 177 lactentes prematuros e/ou de baixo peso ao nascer com a população normativa (padrão) do teste de Denver II, encontrou melhor desempenho na triagem para a população prematura aos 12 meses e desvantagem no escore a partir dessa idade. Esses resultados reforçam a hipótese da influência dos fatores sociais e culturais no desempenho das crianças, uma vez que as funções motoras cognitivas, comunicativas e adaptativas tem seu desenvolvimento baseado na interação entre a criança e o ambiente, sendo esta intrinsecamente dependente da quantidade e qualidade dos estímulos oferecidos à criança. (MAGALHÃES *et al.*, 2011)

Outros aspectos avaliados pelo SWYC são as alterações de comportamento por meio do questionário PPSC. Entre as crianças cujos pais responderam a entrevista telefônica foi encontrada prevalência de 41% de crianças com suspeita de alterações comportamentais. McCoy *et al.* (2016), ao realizar avaliação do desenvolvimento de 99.222 crianças entre três e quatro anos de idade, provenientes de 35 países de baixa e média renda, utilizando o *Early Childhood Development Index (ECDI)* também identificaram que 26,2% das crianças avaliadas demonstravam dificuldades no domínio socioemocional, como evitar distrações, controlar impulsos agressivos e dificuldade no convívio com outras crianças, entre outros. No Brasil, a proporção de crianças com suspeita de alterações de comportamento variou de 16 a 26%, sendo

que a prevalência de alterações aumentava em proporção inversa à condição socioeconômica e qualidade dos serviços educacionais e de saúde. (MCCOY *et al.*, 2016)

Em revisão sistemática da literatura, Murray *et al.* (2013), ao analisarem 14 estudos nacionais utilizando ferramentas de *screening* em crianças e adolescentes de várias idades, encontraram prevalência média de 20,8% para problemas de conduta. Entretanto, constataram também, variabilidade significativa nos resultados dos estudos avaliados. Esta variabilidade está relacionada aos locais de recrutamento de participantes, faixa etária, instrumentos de avaliação, uso de critérios diferentes para definição de casos, dentre outros (MURRAY *et al.*, 2013). Assim como realizado no presente estudo, Murray *et al.* (2013) e Moreira (2016) ressaltam a necessidade do estabelecimento de padrões de referência para instrumentos de triagem baseados em estudos normativos com a população brasileira, pois os pontos de corte podem não ser adequados à realidade brasileira e mostrar taxas exageradas de alterações comportamentais em relação a outros países.

A suspeita de Transtorno do Espectro Autista (TEA) é outro aspecto analisado pelo SWYC, por meio do questionário POSI, aplicado para crianças de 18 a 36 meses de idade. A prevalência de risco para TEA no presente estudo foi de 30%, o que é superior ao relatado na literatura (ROBINS, 2008; ZAQUEU *et al.*, 2015; MOREIRA, 2016). Moreira (2016), utilizando também o SWYC como ferramenta de triagem em crianças sem fatores de risco para problema do desenvolvimento e do comportamento, encontrou uma prevalência geral de suspeita de TEA de 6,93% numa amostra de 101 crianças. A faixa etária mais afetada foi de 18 a 22 meses (9,9%), seguida das crianças de 23 a 28 meses (5,94%) e de 29 a 34 meses (4,95%). Zaqueu *et al.* (2015), em estudo realizado em creches de Barueri/SP, utilizando a ferramenta de triagem “*Modified Checklist for Autism in Toddlers*” (M-CHAT) com 92 crianças na faixa etária de 16 a 24 meses, encontrou prevalência global de suspeita de TEA de 5,4%. Robins (2008) verificaram que, de 4.797 crianças norte-americanas avaliadas na atenção primária aos 15, 18 ou 24 meses, 466 tiveram M-CHAT positivo, correspondendo a prevalência de 9,7%.

Alguns fatores podem ter contribuído para as grandes diferenças encontradas nas taxas de prevalência de suspeita de TEA tanto em estudos nacionais quanto internacionais, usando o SWYC e também o M-CHAT. No presente estudo, as crianças incluídas eram majoritariamente de elevado risco biológico e/ou socioambiental e a entrevista foi feita pelo telefone, o que pode ter dificultado a compreensão das perguntas e das opções de resposta, especificamente no caso do questionário POSI. Ao analisar o desempenho das crianças nos outros questionários do SWYC percebeu-se sobreposição de problemas comportamentais e/ou de desenvolvimento, além de alguns casos estarem em acompanhamento com especialistas da área médica

(neuropediatras, principalmente) e da reabilitação (fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, etc) e uso contínuo de medicações, sugerindo, de fato, presença de alterações em alguma área do neurodesenvolvimento. Smith, Sheldrick e Perrin, (2013), no estudo que deu origem à esta ferramenta, relataram que não houve diferença com significância estatística entre a sensibilidade do POSI e do MCHAT para a suspeita de autismo. A especificidade do M-CHAT foi maior do que a do POSI, mas os autores ressaltaram que a maioria dos casos falso-positivos detectados pelo POSI apresentavam outros problemas de desenvolvimento que necessitavam de diagnóstico específico. A percepção, portanto, é que o questionário é adequado para a identificação de transtornos que cursam com deficiência na interação social.

O Transtorno do Espectro do Autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento, de manifestação durante a infância e que persiste durante toda a vida. O TEA é caracterizado por alterações na linguagem e interação social, apresentando padrões repetitivos e restritos de comportamento e interesse, e que causa prejuízos significativos no desenvolvimento global, limitação nas atividades e restrição da participação social (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013). Observa-se um crescimento exponencial do TEA nas últimas décadas, com prevalência calculada em 2010 de 1 para cada 68 crianças (CENTERS FOR DISEASE CONTROL, 2014). Nos países em desenvolvimento, incluindo o Brasil, são escassos os dados de prevalência de TEA. (TEIXEIRA *et al.*, 2010)

Apesar dos sintomas deste transtorno poderem ser identificados em lactentes por volta dos 18 meses de idade, a maior parte dos diagnósticos ocorre apenas na idade escolar (BRENTANI *et al.*, 2013). É nesta fase que pais e professores começam a se preocupar com a inabilidade social dos filhos/alunos em fazer amizades e interagir com outros. O hiato entre a percepção dos sintomas e a idade de diagnóstico de TEA torna evidente a necessidade de triagem de alterações do desenvolvimento na atenção primária para identificar este transtorno. A Academia Americana de Pediatria (AAP) recomenda fazer triagem específica para TEA aos 18, 24 ou 30 meses, uma vez que a detecção precoce leva a melhores desfechos com intervenções adequadas. O SWYC insere-se como questionário de triagem adequado para tal fim. (BLUMBERG *et al.*, 2013)

Foi constatado no presente estudo, usando o questionário do SWYC, percentual significativo de uso familiar de tabaco, álcool e drogas, além da presença de conflitos familiares. Esses resultados também reforçam o perfil de risco ambiental para essas crianças, não só para atraso no desenvolvimento e alterações comportamentais, mas também para tabagismo e abuso de substâncias psicoativas na adolescência e vida adulta. (GILMAN *et al.*, 2009; LOPES *et al.*, 2013)

A depressão pós-parto (DPP) é outro fator de risco ambiental importante para atraso de desenvolvimento (STEIN *et al.*, 2014). No presente estudo, cerca de 10% das entrevistadas relataram sintomas depressivos durante a entrevista, segundo critérios do SWYC. Esses achados estão em consonância com o reportado na literatura, onde até 13% das mães com DPP imediatamente após o nascimento da criança, ainda apresentam sintomas depressivos dois anos após o parto. (STEWART; VIGOD, 2016)

No presente estudo, com risco aumentado há correlação entre escore baixo nos questionários de triagem nos marcos de desenvolvimento, alterações comportamentais e risco para TEA, e aumento da preocupação parental em relação ao desenvolvimento de seus filhos.

Entre os fatores de risco analisados no presente estudo, apenas a preocupação dos pais com o desenvolvimento/aprendizado e/ou comportamento de seus filhos manteve-se associada a risco aumentado de alterações nestes domínios. O risco de alterações foi de três a seis vezes maior quando os pais relataram alguma preocupação com estes aspectos da saúde de seus filhos, proporção importante e que aponta para a importância do olhar dos pais. O *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents*, que é um conjunto de princípios, estratégias e ferramentas baseadas em evidências científicas que objetiva o bem-estar infantil por meio de intervenções familiares, ressalta a importância em se valorizar a preocupação dos pais com o desenvolvimento e comportamento de seus filhos (HAGAN; SHAW; DUNCAN, 2008). A opinião dos pais tem papel de destaque na vigilância do desenvolvimento infantil. São eles que passam a maior parte do tempo com a criança, sendo bons observadores e detectores acurados de eventuais deficiências (FIGUEIRAS *et al.*, 2005). Há consenso na literatura de que o *input* parental possui alta sensibilidade, especificidade e valor preditivo na detecção de problemas no desenvolvimento de seus filhos (GLASCOE, 2000). A opinião dos pais é também valorizada na Caderneta de Saúde da Criança e faz parte da estratégia de atenção integral no acompanhamento sistemático de saúde da criança. (BRASIL, 2014)

A valorização das percepções dos pais em relação as alterações de desenvolvimento de seus filhos pelos profissionais de saúde ainda é um desafio a ser enfrentado. Estratégias que privilegiem a sensibilização dos profissionais envolvidos no acompanhamento do desenvolvimento infantil para questões familiares e mais especificamente, privilegiem o exercício da escuta qualificada, podem fazer a diferença para o sucesso da atenção integral e de qualidade à criança. (MALAQUIAS, BALDISSERA; HIGARASHI, 2015; DIAS, 2017)

Os mesmos fatores de risco que impactam negativamente o desenvolvimento, como baixa condição socioeconômica, baixa quantidade e qualidade de estímulos ambientais e

aspectos psicológicos parentais, também exercem influência sobre desvios comportamentais (SHELDRIK, 2012; MURRAY *et al.*, 2013). Sabendo que os transtornos comportamentais e de saúde mental, detectáveis ainda durante a infância, podem afetar o indivíduo até a vida adulta, a detecção precoce dessas alterações torna-se ação fundamental em saúde pública (KIELING *et al.*, 2011; MURRAY *et al.*, 2013). Em comparação aos atrasos no desenvolvimento, as alterações comportamentais na infância são ainda mais difíceis de se detectar e intervir (SHELDRIK, 2012). A inexistência de ferramentas de triagem para crianças e manuais nacionais como guias para o reconhecimento de problemas de comportamento foi evidenciada por Eickmann, Emond e Lima (2016) ao revisar a literatura sobre o papel do pediatra no manejo de transtornos de saúde mental na infância. Estudos mostram que menos de 30% das alterações e transtornos comportamentais são detectáveis clinicamente durante o acompanhamento (SHELDRIK, 2012; COELHO *et al.*, 2016). Diante disso, o SWYC se propõe a ser ferramenta útil para triagem de alterações de desenvolvimento comportamental e transtornos de saúde mental em crianças de 0 a 65 meses de idade. Além da facilidade de aplicação e interpretação, o SWYC se baseia no extenso conhecimento dos pais acerca do comportamento e atitudes de seu filho e na percepção acurada de suas variações (SHELDRIK, 2012; PERRIN *et al.*, 2016). No entanto, por se tratar de uma ferramenta nova e desenvolvida em um país social e culturalmente bastante diferente do Brasil, mais estudos são necessários para validar e ajustar este promissor instrumento às características da população brasileira.

A proposta deste estudo foi compreender os motivos da perda de acompanhamento e conseguiu localizar número significativo de famílias que abandonaram o seguimento. Demonstrou a importância de se conhecer os desfechos das crianças que perderam o seguimento, avaliando-as quanto a sua condição de saúde e desenvolvimento neuropsicomotor e comportamental. Utilizou um questionário adaptado para o Brasil (SWYC) e demonstrou seu uso, com sucesso. E, por fim, reforçou de forma relevante a importância da opinião dos pais na detecção de problemas no desenvolvimento e comportamento de seus filhos.

Com relação às limitações, destaca-se a realização das entrevistas por telefone e a grande dificuldade na localização das famílias, mesmo após diversas tentativas de contato, limitando o tamanho da amostra e sua variabilidade. A entrevista realizada por meio telefônico não permite o exame *in loco* da criança, tornando os resultados dependentes do relato e interpretação do entrevistado. Por fim, foi utilizada uma amostra de conveniência e o tempo de acompanhamento das crianças no projeto C&C foi variável. O efeito do tempo de acompanhamento sobre as variáveis resposta não foi analisado e assim como a comparação com o grupo de crianças que completou o acompanhamento no Projeto C&C.

Este estudo abre perspectivas futuras para o desenvolvimento de estratégias para aumentar a adesão das famílias aos programas de acompanhamento tanto na atenção primária como nos serviços de referência. O formato de aplicação do questionário SWYC neste estudo foi pioneiro ao realizar entrevistas por meio telefônico. São necessários mais estudos no sentido de ampliar a utilização das informações parentais e a avaliação à distância na vigilância no desenvolvimento infantil, como sugerido por Callanan *et al.* (2001). São necessários mais estudos visando a comparação da assistência em saúde e acompanhamento do desenvolvimento entre serviços de referência e outros cenários de atendimento de rotina de crianças.

7 CONCLUSÃO

A taxa de evasão global de ambulatório de referência encontrada neste estudo foi comparável à relatada na literatura. Quase a metade das famílias que abandonaram o seguimento no Ambulatório de Referência do HSF responderam a entrevista telefônica, o que demonstra boa taxa de resgate. Os lactentes apresentavam vulnerabilidade biológica, devido à prematuridade, baixo peso ao nascer, e exposição a risco ambiental, por serem parte de famílias de baixa condição socioeconômica e baixa escolaridade. Observou-se na amostra baixo índice de complicações perinatais e internações posteriores, mas apresentaram alta prevalência de intercorrências em saúde, atribuídas a condições de baixa morbimortalidade.

A assistência recebida após a perda de seguimento no ambulatório de referência parece ter sido adequada, tendo em vista o número de consultas e o tipo e local de acompanhamento recebido.

A aplicação do SWYC mostrou prevalências de atraso no desenvolvimento e alteração comportamental comparáveis aos relatados na literatura e se mostra como questionário de triagem viável para aplicação rotineira. Os dados encontrados para risco de desenvolver TEA foram superiores aos descritos na literatura. Demonstrou-se também a viabilidade do uso de questionários de triagem, mesmo à distância, para rastreamento de atrasos no desenvolvimento e comportamento.

A preocupação dos pais quanto ao desenvolvimento, aprendizado e comportamento de seus filhos mostrou-se associada a risco aumentado de suspeita de alterações no desenvolvimento, comportamentais e risco para TEA. Esse achado reforça a importância da valorização do olhar e opinião dos pais enquanto recurso para vigilância em desenvolvimento e saúde integral da criança.

Comentado [CA4]: Sugiro substituir validade e aplicabilidade por viabilidade

REFERÊNCIAS

AGRESTI, A. **Categorical data analysis**. New York: Wiley, 2002.

ALY, Z.; TAJ, F.; IBRAHIM, S. Missed opportunities in surveillance and screening systems to detect developmental delay: A developing country perspective. **Brain Dev**, v.32, n.2, p.90–97, 2010.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. AAP. Workgroup, Bright Futures Periodicity Schedule, and Committee on practice and ambulatory medicine. "2017 recommendations for preventive pediatric health care." **Pediatrics**, e20170254., 2017. Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2017/02/15/peds.2017-0254>. Acesso em 15 jul 2018.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. APA. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 5th ed. Washington: American Psychiatric Publishing; 2013. 1-970 p.

BLACK, M. M.; *et al.* Early childhood development coming of age: science through the life course. **The Lancet**, v.389, n.10064, p.77-90, 2017.

BLUMBERG, S.J.; *et al.* Changes in prevalence of parent-reported autism spectrum disorder in school-aged U.S. children: 2007 to 2011-2012. **Natl Health Stat Report.**, n.65, p.1-11, Mar 2013.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças. **D.O.U.**, Brasília, DF, 26 de abril de 2017. Disponível em : <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2017/lei-13438-26-abril-2017-784640-publicacaooriginal-152405-pl.html>. Acesso em 15/07/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 32p. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_tratamento_aids.pdf. Acesso em 16 Jul 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. DATASUS. **Indicadores e Dados Básicos:**Brasil. 2017. IDB-2017. Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc). Disponível em : datasus.saude.gov.br/indicadores-e-dados-basicos-idb. Acesso em 15/07/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Área Temática de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Caderneta de Saúde da Criança:** passaporte para a cidadania. 9ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Presidência da República.Casa Civil.Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004. Regulamenta a Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004, que cria o Programa Bolsa Família, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 de setembro de 2004a. Disponível em : http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5209.htm. Acesso em 13/07/2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004b, 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em : http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_compro_crianca.pdf. Acesso em 13 jul 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 ago. 2015. Seção 1, p. 37, artigo 6º. Disponível em : http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1130_05_08_2015.html. Acesso em 13 jul 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança:** Orientações para Implementação. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança:** crescimento e desenvolvimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33)

CENTER FOR DISEASE CONTROL. CDC. Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years: autism and developmental disabilities monitoring network. United States, 2010. **Morbidity and Mortality Weekly Report Surveillance Summary**, v. 63, n. 2,

p. 1-22, 2014. Disponível em: https://www.cdc.gov/mmwr/indss_2014.html. Acesso em 13 jul 2018.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. (PBH) Secretaria Municipal de Saúde. **BH viva criança**: compromisso com a assistência integral à saúde da criança e adolescente. Belo Horizonte:PBH, 2004. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/geas/agendadacrianca.pdf>. Acesso em 16 jul 2018.

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (PBH). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2014/2017**. Belo Horizonte: PBH, 2014. Disponível em: https://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwitqvCV593TAhWGUZAKHbLCD0UQFggjMAA&url=http%3A%2F%2Fportalpbh.pbh.gov.br%2Fpbh%2Fecp%2Ffiles.do%3Fevento%3Ddownload%26urlArqPlc%3Dpms_2014_2017.pdf&usg=AFQjCNGJUqB9H727iu1i2sYT5m_yLLsvfA&sig2=2ELIAknmrvtHfGRiTÑ584Q. Acesso em 16 jul 2018.

BOYLE, C.A.; *et al.* Trends in the prevalence of developmental disabilities in US children, 1997-2008. **Pediatrics.**, v.127, n.6, p.1034-42. Jun 2011.

BRENTANI, H.; *et al.* Autism spectrum disorders: an overview on diagnosis and treatment. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 35, supl. 1, p. S62-S72, 2013 . Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462013000500008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 13 Jul 2018.

BROWN, J.B.; *et al.* Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. **Am Med.**, v.28, n.6, p.422-8. Jun. 1996.

BROWN, R.L.; *et al.* A two-item conjoint screen for alcohol and other drug problems' **Am Board Fam Pract.** v.14, n.2, p.95-106, Mar-Apr 2001.

CALLANAN, C.; *et al.* Children followed with difficulty: How do they differ? **J Paediatr Child Health**, v.37, n.2 p. 152-156, 2001.

COELHO, R.; *et al.* Child development in primary care: a surveillance proposal. **Jornal de Pediatria (Versão em Português)**, v.92, n.5, p.505-511,2016.

COKER, T. R.; *et al.* Well-child care clinical practice redesign for young children: a systematic review of strategies and tools. **Pediatrics**, v.131, Supplement 1, S5-S25, 2013.

DARLOW, B.A.; *et al.* The New Zealand 1986 very low birth weight cohort as young adults: mapping the road ahead. **BMC Pediatr.** v.15, p.90. Aug 2015.

DEL CIAMPO, L.A.; ROSA, F.; RICCO, R.G. Puericultura: uma prioridade a ser resgatada. **Pediatria (São Paulo)**, v.16, p.158-60, 1994.

DEL CIAMPO, L.A.; *et al.* O Programa de Saúde da Família e a Puericultura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 739-743, Sept. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000300021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 Jul 2018.

DIAS, P. R. D. M. **A consulta de puericultura na perspectiva de mães e profissionais de unidades básicas de saúde de Belo Horizonte.** 2017. 159 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2017.

DOURADO, J. S. **Trajatória assistencial e desempenho escolar de crianças nascidas prematuras entre 2002 e 2004 e acompanhadas no Ambulatório de Crianças de Risco do Hospital das Clínicas da UFMG (ACRIAR).** 2014. 102 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

EFROYMSON, M. A. Multiple regression analysis. In: RALSTON, A.; WILF, H. S. (Eds.). **Mathematical methods for digital computers.** New York: John Wiley & Sons, 1960. cap.1, p.191-203.

ESCOBAR, A.M.U.; GRISI, S.J.F.E. **A promoção da saúde na infância.** Barueri, SP: Manole, 2009-2010. 476 p.

EICKMANN, S.H.; EMOND, A.M.; LIMA, M. Evaluation of child development: beyond the neuromotor aspect. **J Pediatr (Rio J)**. v.92, n.3 Suppl 1, p.S71-83. May-Jun 2016.

FERNALD, L. C. H., *et al.* **Examining early child development in low-income countries: A toolkit for the assessment of children in the first five years of life.** Washington, D.C: The World Bank, 2009. 2010p. Disponível em : http://siteresources.worldbank.org/INTCY/Resources/395766-1187899515414/Examining_ECD_Toolkit_FULL.pdf. Acesso em 12 jul 2018.

FIGUEIRAS, A. C. M.; *et al.* Avaliação do desenvolvimento de crianças até 2 anos de idade no arquipélago do Combu. **Rev. Par. Med.**, v.15, n.3, p. 39. 2001.

FIGUEIRAS, A. C. M.; *et al.* **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI.** Washington, D.C.: OPAS,2005. (Serie OPS/FCH/CA/05.16.P)
Disponível em : <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1711.pdf>. Acesso em 13 jul 2018.

FRANÇOZO, M. F.C.; *et al.* Adesão a um Programa de Triagem Auditiva Neonatal. **Saude soc.**, São Paulo , v. 19, n. 4, p. 910-918, Dec. 2010. Disponível em :
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Jul 2018.

FRÔNIO, J.S. *et al.* Análise da evasão em serviço de follow-up de recém-nascidos de alto risco. **HU ver.**, v.35, n.3,p.219-226, jul.-set. 2009.

GILMAN, S.E.; *et al.* Parental smoking and adolescent smoking initiation: an intergenerational perspective on tobacco control. **Pediatrics.**, v.123, n.2, p.e274-81. Feb 2009.

GLASCOE, F.P. Evidence-based approach to developmental and behavioural surveillance using parents' concerns. **Child Care Health Dev.**, v.26, n.2, p.137-49, Mar 2000 .

GODEIRO, A.L.S.; *et al.* Participação no acompanhamento da criança: como está a adesão dos cuidadores? **Rev. APS**, v.16, n.2, p.146-150, abr. 2013.

GONTIJO, M.L.; *et al.* Evasão em ambulatório de seguimento do desenvolvimento de pré-terminos: taxas e causas. **Cad. Bras. Ter. Ocup.**, São Carlos, v. 26, n. 1, p.73-83, 2018.

GOLDIM, J. R. Núcleo interdisciplinar de bioética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Consentimento Informado no Brasil: Primeiras Normas.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2012.

GRANTHAM-MCGREGOR, S.; *et al.* Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. **Lancet** v. 369, n.9555, p.60-70, 2007.

HACK, M.; *et al.* Outcomes in young adulthood for very-low-birth-weight infants. **N Engl J Med**, Boston, v. 346, no. 3, p. 149-157, Jan. 2002.

HAGAN, J.F.; SHAW, J.S.; DUNCAN, P.M. (Eds.). **Bright Futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents** (3rd ed.). Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2008.

HALPERN, R.; *et al.* Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. **J Pediatr (Rio J)**, v.76, n.6, p.421-8, 2000.

HWANG, A.W.; CHAO, M.Y.; LIU, S.W. A randomized controlled trial of routines-based early intervention for children with or at risk for developmental delay. **Res. Dev. Disabil.**, v.34, n.10, p.3112-23, 2013.

HOSMER, D.; LEMESHOW, S. **Applied Logistic Regression**. New York: Wiley, 2013.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **O Hospital**. 2015. Disponível em:
<http://www.sofiafeldman.org.br/o-hospital>. Acesso 16 jul 2018.

ISSLER H, L.C.; MARCONDES, E. **Pediatria na atenção primária**. São Paulo: Sarvier; 2002. p. 156-161.

KIELING, C.; *et al.* Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. **Lancet**, v.378, n.9801, p.1515-25, Oct. 2011.

KIKUCHI, B.A. Assistência de enfermagem na doença falciforme nos serviços de atenção básica. **Rev. Bras. Hematol. Hemoter.**, São José do Rio Preto, v. 29, n. 3, p. 331-338, Set. 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842007000300027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Jul 2018.

KROENKE, K.; SPITZER, R.L.; WILLIAMS, J.B. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. **Med Care**, v.41, n.11, p.1284-92, Nov. 2003.

LOPES, G.M.; *et al.* Use of psychoactive substances by adolescents: current panorama. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 35, supl. 1, p. S51-S61, 2013. Disponível em
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462013000500007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Jul 2018.

LINHARES, A.O.; *et al.* Avaliação dos registros e opinião das mães sobre a caderneta de saúde da criança em unidades básicas de saúde, Pelotas, RS. **Rev. AMRIGS**, v.56, n.3, p.245-250, jul.-set. 2012.

MALAQUIAS, T.S.M.; BALDISSERA, V.A.D.; HIGARASHI, I.H. Percepções da equipe de saúde e de familiares sobre a consulta de puericultura. **Cogitare enferm.**, v.20, n.2, p.367-373, Abr-Jul. 2015.

MARLOW, N.; *et al.* Neurologic and developmental disability at six years of age after extremely preterm birth. **N Engl J Med.**, v.352, n.1, p.9-19. Jan 2005

MCCOY, D. C.; *et al.* Early childhood developmental status in low-and middle-income countries: national, regional, and global prevalence estimates using predictive modeling. **PLoS Medicine**, v.13,n.6, e1002034, 2016.

MENDES, E. V. Os níveis 3, 4 e 5 do modelo de atenção às condições crônicas na aps. as mudanças na clínica e na gestão da ESF. In: MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p. cap.7.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde. Atenção à Saúde da Criança. Maria Regina Viana et al. Belo Horizonte: SAS/DNAS, 2004. 224p.

MOURA-RIBEIRO, M.V.L.; GONÇALVES, V.M.G. **Neurologia do Desenvolvimento da criança.**2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

MAGALHÃES, L. C., *et al.* Desempenho de crianças pré-termo com muito baixo peso e extremo baixo peso segundo o teste Denver-II. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 11, n. 4, p. 445-453, Dec. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292011000400011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Jul 2018.

MAGALHÃES, L. C.; *et al.* Documentando evasão em um programa de acompanhamento do desenvolvimento infantil. **Infanto rev neuropsiquiatr infanc adolesc**, São Paulo, v. 10, n. 1, p. 10-17, 2002.

MARKS, K.P.; PAGE GLASCOE, F.; MACIAS, M.M. Enhancing the algorithm for developmental-behavioral surveillance and screening in children 0 to 5 years. **Clin Pediatr (Phila)**, v.50, n.9, p.853-68, Sep. 2011.

MOREIRA, R. S.; MAGALHÃES, L. C.; ALVES, C. R. Effect of preterm birth on motor development, behavior, and school performance of school-age children: a systematic review. **Journal of Pediatrics**, New York, v. 90, n. 2, p. 119-134, 2014.

MOREIRA, R. S. **Triagem de Atraso de Desenvolvimento e de Alterações de Comportamento: Estudo Normativo do Survey of Wellbeing of Young Children (SWYC) no**

contexto brasileiro. 2016. 172f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2016.

MOREIRA, R.S.; *et al.* "Survey of Wellbeing of Young Children (SWYC)": how does it fit for screening developmental delay in Brazilian children aged 4 to 58 months? **Res Dev Disabil.**, V.78, p.78-88, Jul. 2018.

MURRAY, J.; *et al.* Epidemiology of childhood conduct problems in Brazil: systematic review and meta-analysis. **Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.**, v.48, n.10, p.1527-38, Oct. 2013.

NAGELKERKE, N.J.A. **Note on a general definition of the coefficient of determination.** *Biometrika*, v. 78, n.3, p. 691-692, 1991.

PERRIN, E.C.; *et al.* **The Survey of Well-being of Young Children (SWYC) User's Manual.** 1.01 ed. Boston: Center, Tufts Medical, 2016. 1-157 p.

POLEJACK, L.; SEIDL, E.M.F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1201-1208, June 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Jul 2018.

REINERS, A.A.O.; *et al.* Produção bibliográfica sobre adesão/não-adesão de pessoas ao tratamento de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 2299-2306, Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900034&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Jul. 2018.

ROBINS, D.L. Screening for autism spectrum disorders in primary care settings. **Autism**, v.12, n.5, p.537-56, 2008.

RODRIGUES, M.C. C.; MELLO, R.R.; FONSECA, S.C. Dificuldade de aprendizagem em escolares de muito baixo peso ao nascer. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 82, n. 1, p. 6-14, Fev. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572006000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Jul 2018.

SABANATHAN, S.; WILLS, B.; GLADSTONE, M. Child development assessment tools in low-income and middle-income countries: how can we use them more appropriately? **Arch Dis Child.**, v.100, n.5, p.482-8, May 2015.

SAIGAL, S.; DOYLE, L.W. An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. **Lancet**. v.371, n.9608, p.261-9, Jan. 2008.

SALT, A.; REDSHAW, M. Neurodevelopmental *follow-up* after preterm birth: follow up after two years. **Early Hum Dev.**, v.82, n.3, p.185-97, Mar 2006.

SANTOS, R. C.K.; RESEGUE, R.; PUCCINI, R.F. Puericultura e a atenção à saúde da criança: aspectos históricos e desafios. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 160-165, 2012. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822012000200006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 jul. 2018.

SANTOS, R.S.; ARAUJO, A.P.Q.C.; PORTO, M.A.S. Diagnóstico precoce de anormalidades no desenvolvimento em prematuros: instrumentos de avaliação. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre, v. 84, n. 4, p. 289-299, Ago. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572008000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Jul 2018.

SANTOS, R. V.; PENNA, C.M.M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 652-660, Dec. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000400006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Jul 2018.

SHONKOFF, J. P.; BOYCE, W. T.; MCEWEN, B. S. Neuroscience, molecular biology and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. **JAMA**, v. 301, n.21, p. 2252-2259, 2009.

SHONKOFF, J. P.; *et al.* An integrated scientific framework for child survival and early childhood development. **Pediatrics**, v.129, n.2, p.e460-e472, 2012.

SHELDRIK, R. C.; MERCHANT, S.; PERRIN, E. C. Identification of developmental-behavioral problems in primary care: a systematic review. **Pediatrics**, v.128, n.2, p.356-63, 2011.

SHELDRIK, R. C.; *et al.* The Preschool Pediatric Symptom Checklist (PPSC): development and initial validation of a new social/emotional screening instrument. **Academic pediatrics**, v.12, n.5, p.456-467, 2012.

SHELDRIK, R.C.; PERRIN, E.C. Evidence-based milestones for surveillance of cognitive, language, and motor development. **Acad Pediatr.** v.13, n.6, p.577-86 Nov-Dec.2013.

SILVA, J.; *et al.* Pacing opportunities at home and skill of children with potential changes in functional development. **Rev. bras. crescimento desenvolv. hum.**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 19-26, 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822015000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 13 jul. 2018.

SILVA, S.F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, Jun 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Jul 2018.

SMITH, N. J.; SHELDRIK, R. C.; PERRIN, E. C. An abbreviated screening instrument for autism spectrum disorders. **Infant Mental Health Journal**, v.34, n.2, p.149-155, 2013.

SOUZA, E.S.; MAGALHAES, L.C. Desenvolvimento motor e funcional em crianças nascidas pré-termo e a termo: influência de fatores de risco biológico e ambiental. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 462-470, Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822012000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso 13 Jul 2018.

SOUZA, S.C.; *et al.* Desenvolvimento de pré-escolares na educação infantil em Cuiabá, Mato Grosso, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1917-1926, ago. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Jul 2018.

SQUIRES, J.; *et al.* **ASQ-3 User's Guide**. 3rd Ed. Baltimore, MD: Paul H. Brookes Publishing Co, Inc, 2009.

STEIN, A.; *et al.* Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. **Lancet**. v.384, n.9956, p.1800-19. Nov 2014.

STEWART, D.E.; VIGOD, S. Postpartum Depression. **N Engl J Med.**, v.375, n.22, p.2177-2186. Dec 2016.

The CANADIAN TASK FORCE on the Periodic Health Examination. Public Health Agency of Canada. **The Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care**, 1994. <https://canadiantaskforce.ca/wp-content/uploads/2016/09/1994-red-brick-en.pdf>

TEIXEIRA, M.C.T.V.; *et al.* . Literatura científica brasileira sobre transtornos do espectro autista. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo , v. 56, n. 5, p. 607-614, 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302010000500026&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 13 jul. 2018.

TUDURI, Marina et al. Deserción al programa de seguimiento de prematuros en el Hospital materno infantil" Ramón Sardá. **Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá**, v. 30, n. 4, 2011

UNICEF. United Nations International Children's Emergency Fund. **UNICEF's Programme Guidance For Early Childhood Development**. New York: United Nations International Children's Emergency Fund, 2017. 36p.

https://www.unicef.org/earlychildhood/files/FINAL_ECD_Programme_Guidance._Septembre._2017.pdf

VASCONCELOS, D. M.V.P. **Assistência prestada a crianças com Doença Falciforme na rede de atenção à saúde de Belo Horizonte, com ênfase nos eventos clínicos e na adesão aos protocolos assistenciais**. 2015, 92f. Dissertação (mestrado) -Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Belo Horizonte, 2015.

VÁZQUEZ, M.; *et al.* Abandonos en el seguimiento de recién nacidos de muy bajo peso antes de los 2 años. **Anales de pediatría**, v.74, n.5, p.309-316, 2011.

VITOLLO, M.R.; GAMA, C.M; CAMPAGNOLO, P.D.B. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **J. Pediatr. (Rio J.)**, Porto Alegre , v. 86, n. 1, p. 80-84, Feb. 2010 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572010000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Jul. 2018.

WALKER, S.P.; *et al.* Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. **Lancet.**,v.378, n.9799, p.1325-38, 2011.

WICKREMASINGHE, A. C.; *et al.* Children born prematurely have atypical sensory profiles. **J Perinatol.**, New York, v. 33, n. 8, p. 631-638, 2013.

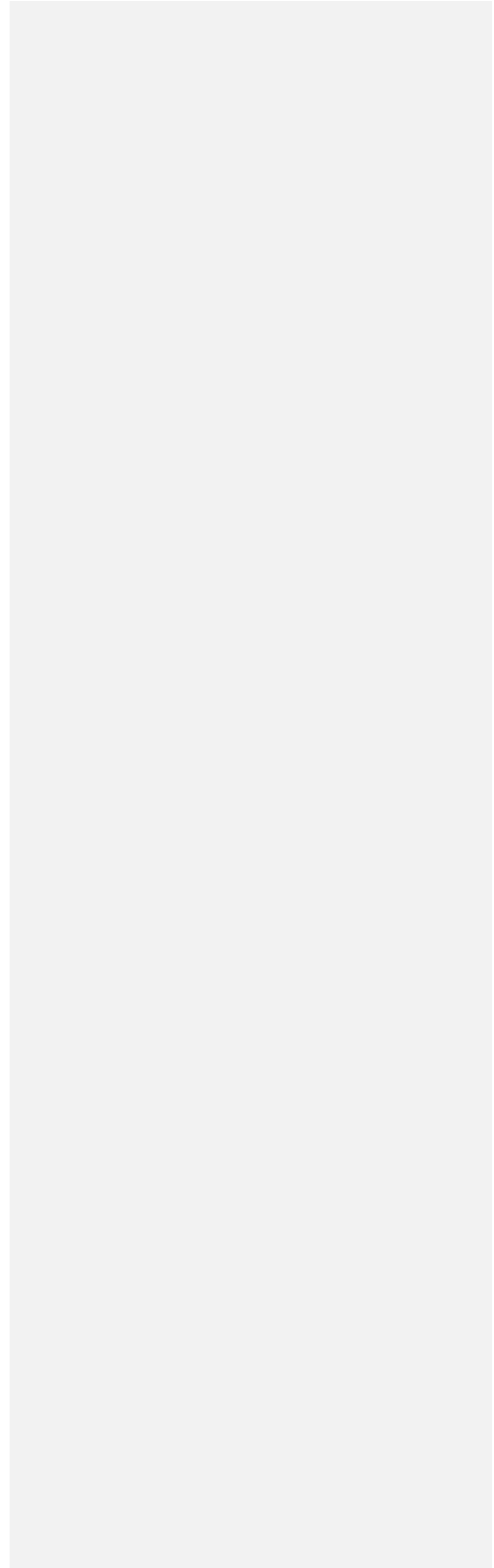
WILSON-COSTELLO, D. Is there evidence that long-term outcomes have improved with intensive care? **Semin Fetal Neonatal Med.**, v.12, n.5, p.344-54, Oct. 2007.

ZAQUEU, L.C.C.; *et al.* Associações entre Sinais Precoces de Autismo, Atenção Compartilhada e Atrasos no Desenvolvimento Infantil. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 31, n. 3, p. 293-302, Set. 2015 . Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722015000300293&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 Jul 2018.

ZEPPONE, S.C.; VOLPON, L.C; DEL CIAMPO, L.A. Monitoring of child development held in Brazil. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo , v. 30, n. 4, p. 594-599, Dec. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822012000400019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Jul 2018.

ANEXOS



**ANEXO A - Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG
(CAAE nº 29437514.1.0000.5149)**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE - 29437514.1.0000.5149

Interessado(a): **Profa. Claudia Regina Lindgren Alves**
Departamento de Pediatria
Faculdade de Medicina - UFMG

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 08 de maio de 2014, o projeto de pesquisa intitulado "**Avaliação do desenvolvimento infantil e intervenção precoce em crianças de alto risco e suas famílias no Brasil**" bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG

ANEXO B - Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBeC)



Claudia Regina Lindgren Alves <lindgrenalves@gmail.com>

Approved Submission - RBR-6ct969

Rebec <rebec@icict.fiocruz.br>

14 de dezembro de 2016 12:13

Para: lindgrenalves@gmail.com, rebec@icict.fiocruz.br, dtostes@gmail.com

Message sent by the site:
Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos
<http://www.ensaiosclinicos.gov.br>

Message:

Url do registro(trial url):<http://www.ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-6ct969/>
Numero de Registro (Register Number):RBR-6ct969

Prezado Registrante,

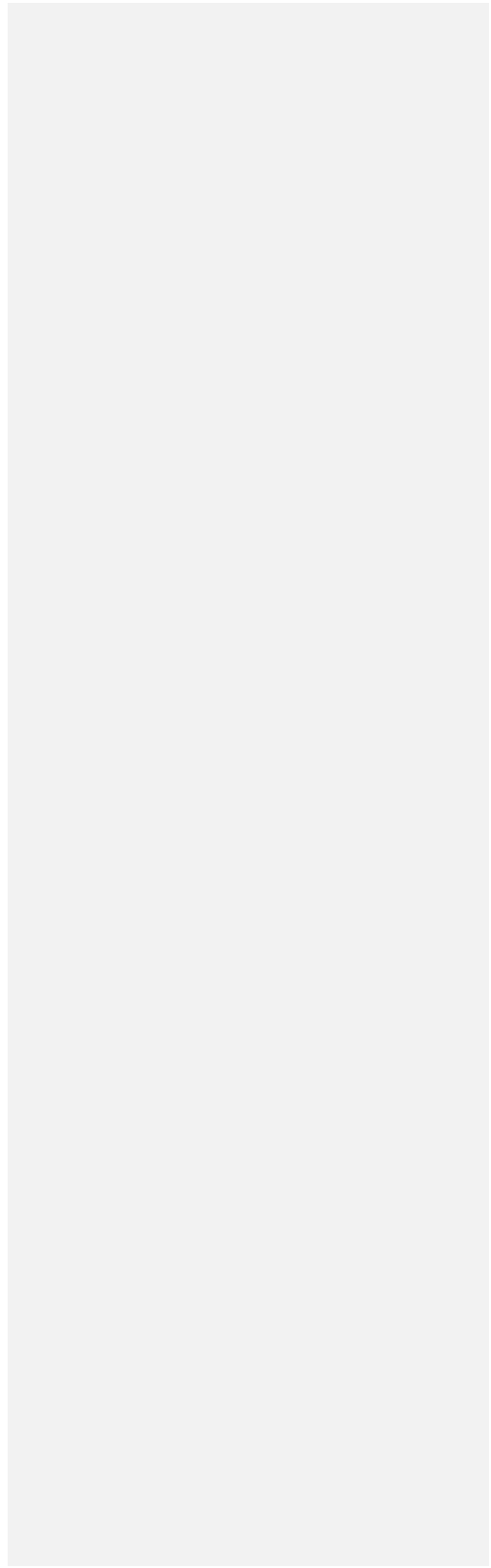
Temos o prazer de informar que seu estudo foi publicado no Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos (ReBeC).

Agradecemos por seu registro e colaboração e, desde já, nos colocamos à disposição para esclarecer quaisquer dúvidas que possam surgir, seja em caso de atualização do registro ou, até mesmo, uma nova submissão.

Por favor, não hesite em contactar-nos.

Cordialmente,

ReBEC Staff - ReBEC/ICICT/LIS
Av. Brasil 4036 - Maré - sala 807
Rio de Janeiro RJ CEP: 21040-360
Tel: +55(21)3882-9227
www.ensaiosclinicos.gov.br



ANEXO C - Questionário SWYC



SWYC™:
24 meses

23 meses, 0 dias a 28 meses, 31 dias

Nome da Criança:

Data de Nascimento:

Idade Gestacional:

IG corrigida:

MARCOS DO DESENVOLVIMENTO

As perguntas a seguir são sobre o desenvolvimento de sua criança. Por favor, conte para nós o quanto sua criança faz cada uma destas coisas. Se sua criança já deixou de fazer alguma destas coisas, escolha a resposta que melhor descreve o quanto ela/ela costumava fazer isso antes. Por favor, verifique se respondeu TODAS as perguntas

	Ainda não	Um Pouco	Muito
Fala o nome de pelo menos 5 partes do corpo como nariz, mão ou barriga	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sobe escadas sozinho apoiando com as mãos na parede ou no corrimão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa palavras como "eu" ou "meu"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pula com os dois pés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Combina duas ou mais palavras como "dá água" ou " vamos embora"	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usa palavras para pedir ajuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fala o nome de pelo menos uma cor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fala alguma coisa para chamar atenção das pessoas para o que ele/ela está fazendo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sabe dizer seu próprio nome	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Desenha linhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LISTA DE SINTOMAS PEDIÁTRICOS (PPSC)

Estas perguntas são sobre o comportamento da sua criança. Pense sobre o que você esperaria de outras crianças da mesma idade e nos conte o quanto cada pergunta descreve o comportamento da sua criança.

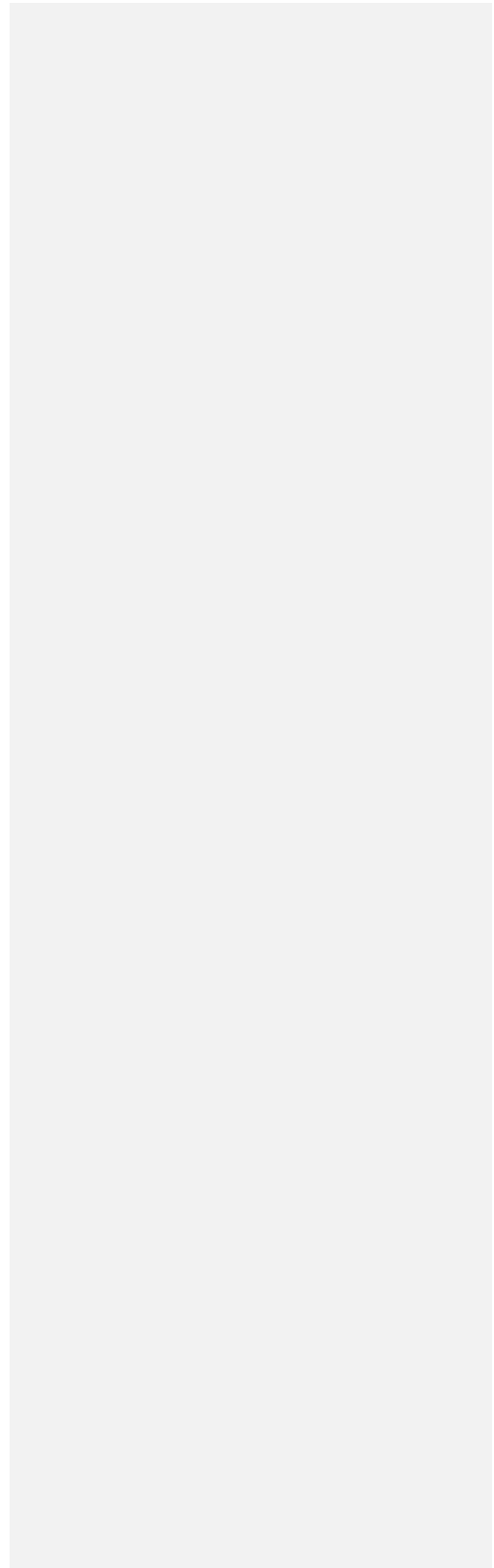
	Não	Um Pouco	Muito	
Sua criança...	Parece medrosa ou nervosa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Parece triste ou infeliz?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Fica chateada quando as coisas não são feitas do jeito que ela está acostumada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tem dificuldade para lidar com mudanças na rotina?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tem dificuldades para brincar com outras crianças?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Quebra coisas de propósito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Briga com outras crianças?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tem dificuldade para prestar atenção?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Tem dificuldade para se acalmar sozinho?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sua criança é...	Agressiva?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Inquieta ou incapaz de ficar sentada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Brava/zangada?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
É difícil para você...	Ir com sua criança a locais públicos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Acalmar sua criança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Saber o que sua criança precisa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Mantê-la nas rotinas do dia a dia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	Fazer sua criança obedecer você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hooper Hospital
for Children
Tufts Medical Center

Version 2, 5-23-18

OBSERVAÇÕES DOS PAIS SOBRE INTERAÇÃO SOCIAL (POSI)					
Sua criança traz coisas para mostrar a você?	Muitas vezes ao dia <input type="radio"/>	Algumas vezes ao dia <input type="radio"/>	Algumas vezes na semana <input type="radio"/>	Menos de uma vez por semana <input type="radio"/>	Nunca <input type="radio"/>
	Sempre	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Sua criança se interessa de brincar com outras crianças?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Quando você fala uma palavra ou acena com a mão, sua criança tenta imitar você?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sua criança olha para você quando a chama pelo nome?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sua criança olha se você aponta para alguma coisa do outro lado da sala?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marque todas as opções que desejar:					
Como sua criança geralmente mostra para você o que ela quer?	Fala uma palavra para mostrar o que ela quer <input type="checkbox"/>	Apointa para o que quer com o dedo <input type="checkbox"/>	Alcança o que quer <input type="checkbox"/>	Me puxa ou coloca minha mão no objeto <input type="checkbox"/>	Resmunga, chora ou grita <input type="checkbox"/>
Quais são as brincadeiras favoritas de sua criança?	Brincar com bonecos ou bichos de pelúcia <input type="checkbox"/>	Ler livros com você <input type="checkbox"/>	Subir nas coisas, correr e movimentar-se <input type="checkbox"/>	Enfileirar brinquedos ou outras coisas <input type="checkbox"/>	Ficar olhando coisas que giram como ventiladores ou rodas <input type="checkbox"/>
PREOCUPAÇÕES DOS PAIS					
Com relação ao comportamento atual da sua criança:					
Você tem alguma preocupação com o aprendizado ou com o desenvolvimento de sua criança?			Não <input type="radio"/>	Um Pouco <input type="radio"/>	Muito <input type="radio"/>
Você tem alguma preocupação com o comportamento de sua criança?			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PERGUNTAS SOBRE A FAMÍLIA					
1 Alguém fuma cigarro dentro de casa?				Sim <input type="radio"/>	Não <input type="radio"/>
2 No último ano, alguma vez você consumiu mais álcool ou drogas do que pretendia?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 No último ano, você sentiu vontade ou necessidade de diminuir o seu consumo de álcool ou drogas?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Alguma vez, o uso de álcool ou drogas por algum membro da família trouxe consequências negativas para sua criança?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 No último mês, houve algum dia em que você ou qualquer membro da família passou fome por não ter dinheiro suficiente para comprar comida?				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Durante as últimas duas semanas, com que frequência você ficou chateada por:					
6 Ter pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?	Nenhum dia <input type="radio"/>	Alguns Dias <input type="radio"/>	Mais da metade dos dias <input type="radio"/>	Quase todos os dias <input type="radio"/>	
7 Ficar desanimado(a), deprimido(a) ou sem esperança?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
8 Em geral, como você descreveria seu relacionamento com seu marido/companheiro(a)?	Não tem conflito <input type="radio"/>	Com algum conflito <input type="radio"/>	Muito conflito <input type="radio"/>	Não se aplica <input type="radio"/>	
9 Você e seu/sua marido/companheiro(a) resolvem seus desentendimentos	sem dificuldade <input type="radio"/>	Com alguma dificuldade <input type="radio"/>	Com muita dificuldade <input type="radio"/>	Não se aplica <input type="radio"/>	

APÊNDICES



APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Avaliação do desenvolvimento infantil e intervenção precoce em crianças de alto risco e suas famílias no Brasil
Pesquisadoras responsáveis: Dra. Cláudia Regina Lindgren Alves e Dra. Livia de Castro Magalhães

Senhores Pais, ou responsáveis por mães adolescentes,

Estamos fazendo uma pesquisa sobre desenvolvimento infantil e gostaríamos de convidá-los para participar deste estudo, juntamente com seu bebê. Este estudo faz parte de uma parceria entre a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e o Hospital Sofia Feldman. Com esta pesquisa pretendemos estudar sobre como as crianças se desenvolvem e o impacto do nascimento prematuro na vida do bebê e de suas famílias. Para isto, serão realizadas 5 consultas (aos 2, 4, 6, 9 e 12 meses) para avaliação detalhada do desenvolvimento do seu filho(a). Estas consultas acontecerão no ambulatório do Hospital Sofia Feldman – Unidade Carlos Prates e no ambulatório ACRIAR do Hospital das Clínicas da UFMG. Os pais também serão entrevistados na Casa do Bebê e durante as consultas de rotina de seu bebê. A partir dos 6 meses algumas mães serão convidadas a realizar filmagens brincando com seu filho(a) por cerca de 8 minutos em uma das consultas de rotina do Bebê. Sua família também poderá ser sorteada para receber uma visita domiciliar de nossa equipe para fazermos uma entrevista com vocês. Você poderá escolher se quer ou não participar dessas atividades e, no caso da filmagem, você receberá uma cópia do vídeo, para guardar e ver em casa. As filmagens, entrevistas e visitas domiciliares serão sempre feitas de acordo com sua conveniência, procurando tornar o momento agradável para você e sua criança. Em cada consulta serão feitas avaliações, com brincadeiras e atividades apropriadas para sua criança, demorando mais do que uma consulta de rotina. Caso haja algum sinal de desconforto ou cansaço seu ou do bebê, interromperemos a consulta e remarcaremos para outro dia. Garantimos que nenhuma informação que identifique você ou sua família será divulgada em nenhum relatório ou publicação. Será mantido o sigilo e a integridade individual de cada participante e de sua família e serão respeitadas as recomendações de ética em pesquisas. A participação nesse estudo é voluntária e você poderá interromper os procedimentos a qualquer momento, sem qualquer prejuízo para você ou seu filho(a). A participação do seu filho(a) lhe trará benefícios diretos, pois ele(a) fará avaliações de saúde completas e gratuitas, com equipe multidisciplinar e também lhe fornecerá informações importantes sobre o desenvolvimento infantil. Os resultados desta pesquisa poderão ainda contribuir para a melhor compreensão sobre o desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nascidas prematuras e como ajudar as famílias a estimular o desenvolvimento dessas crianças. Informamos que vocês tem a garantia de acesso aos dados, em qualquer etapa do estudo, e quaisquer dúvidas que tiverem serão esclarecidas. Para tanto, basta nos ligar nos telefones indicados abaixo. É garantida a liberdade da retirada de seu consentimento a qualquer momento e você e seu filho(a) poderão deixar de participar do estudo, sem prejuízo de qualquer atividade que possa estar ocorrendo ou vir a ocorrer. É nosso compromisso usar os dados coletados somente para pesquisa. Os resultados deverão ser publicados como artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível sua identificação.

Autorização

Estou ciente das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo “Avaliação do desenvolvimento infantil e intervenção precoce em crianças de alto risco e suas famílias no Brasil”. Ficaram claros

para mim quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Tirei todas as minhas dúvidas sobre o estudo e sobre participação como a responsável por meu filho(a). Minha participação é isenta de despesas e tenho garantia do acesso aos resultados e de esclarecer minhas dúvidas em qualquer tempo. Concordo voluntariamente em participar deste estudo sabendo que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade, prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido anteriormente ao estudo. Caso o(a) Sr.(a) concorde com os procedimentos acima descritos, favor assinar a autorização que segue abaixo, devolvendo a carta à pesquisadora. O(a) Sr(a) ficará com uma cópia idêntica a que está lendo. Agradecemos, sinceramente, sua colaboração e a de sua criança.

Nome do pesquisador:

Nome da criança:.....

Nome da Mãe: _____ Data: ____/____/____ Assinatura
da mãe: _____

Prof. Claudia Regina Lindgren Alves

Prof. Livia de Castro Magalhães

Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Universidade Federal de Minas Gerais, situado na Av. Antônio Carlos, 6627, Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005- Campus Pampulha, Belo Horizonte - MG, fone: (031) 3409-4592.

APÊNDICE B - Manual entrevistador pacientes com perda de seguimento

PROJETO CUIDAR & CRESCER JUNTOS

Universidade Federal de Minas Gerais
Hospital Sofia Feldman

MANUAL ENTREVISTADOR PACIENTES COM PERDA DE SEGUIMENTO

Abril de 2017

Caro(a) entrevistador(a),

Esta pesquisa é intitulada “**Avaliação do desenvolvimento infantil e intervenção precoce em crianças de alto risco e suas famílias no Brasil**” e é o resultado da parceria entre a Universidade Federal de Minas Gerais e Hospital Sofia Feldman.

Os resultados serão muito importantes na identificação de atrasos no desenvolvimento infantil de crianças nascidas prematuras e fatores de risco relacionados e na elaboração de medidas de intervenção para promoção de saúde global dessas crianças e suas famílias.

O trabalho de cada entrevistador(a) é essencial para que a pesquisa aconteça e traga resultados a nossa população.

Referências Técnicas:

Tiago Simões Leite

Cláudia Regina Lindgren Alves

Sumário:

1. Informações sobre a pesquisa e seus objetivos
2. Atribuições do entrevistador
3. Procedimentos
4. Instruções para preencher os questionários
5. Anexos

1. INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA E SEUS OBJETIVOS

Este manual faz parte capacitação de profissionais da pesquisa: “*Avaliação do desenvolvimento infantil e intervenção precoce em crianças de alto risco e suas famílias no Brasil*”, aprovado pelo COEP-UFMG (CAAE nº 29437514.1.0000.5149). Esta pesquisa segue todas as normas brasileiras de projetos de pesquisa que envolvam seres humanos.

Em 2014, o projeto foi selecionado para financiamento, por meio de seleção mundial, pelo *Grand Challenges Canada, Saving Brains – Seed Grants*. Esta organização canadense financia projetos direcionados a grandes desafios mundiais na área de saúde e de desenvolvimento humano. Neste projeto, estabeleceu-se uma parceria entre equipe de pesquisadores da UFMG e do Hospital Sofia Feldman. Tem como pesquisadores principais a Prof. Dra. Cláudia Regina Lindgren Alves e Prof. Dra. Livia de Castro Magalhães. A equipe de pesquisa conta com

médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogas e psicólogas, altamente comprometidos com o projeto original.

2. ATRIBUIÇÕES DO ENTREVISTADOR(A)

A qualidade do trabalho de entrevistador(a) reflete diretamente na qualidade da pesquisa. Desta forma, é importante ressaltar que o entrevistador(a) deve:

- a) Conhecer detalhadamente os procedimentos e instrumentos utilizados. O trabalho do entrevistador(a) é pessoal e intransferível.
- b) Participar da capacitação e reuniões de ajuste quando necessário, reportando as dificuldades, dúvidas e problemas encontrados. É importante ter uma visão global de toda pesquisa.
- c) Cumprir a escala de trabalho, responsabilizando pela possível troca de entrevistador quando não for possível comparecer. A perda de dados é extremamente danosa a qualquer pesquisa.
- d) Responsabilizar-se sobre todo o material utilizado durante a entrevista. Inicialmente os dados serão coletados em formulários de papel específicos e depois transferidos para o computador. É fundamental manter a fidedignidade da informação coletada e evitar perda de indivíduos da amostra. Sempre ao final da entrevista, conferir todas as informações preenchidas.
- e) Manter postura cordial com os entrevistados. A entrevista deve ser realizada com ética, humanização e privacidade. Evitar entrevistar na presença de outras pessoas.
- f) Reportar, imediatamente, toda e qualquer dúvida ou dificuldade as referências técnicas definidas para cada etapa da pesquisa.

3. PROCEDIMENTOS

A primeira fase da pesquisa ocorreu na Casa do Bebê do Hospital Sofia Feldman e no ACRIAR do Ambulatório Bias Fortes, onde as mães foram convidadas a participar.

A Casa do Bebê é um anexo do Hospital Sofia Feldman onde mães e bebês ficam alojados até estarem prontos para alta, geralmente são bebês nascidos prematuros procedentes da UTI Neonatal do Hospital Sofia Feldman, mas alguns bebês a termo também ficam lá quando demandam algum tipo de cuidado ou observação.

Critérios de exclusão:

- crianças cujos pais não assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE);
- crianças cujas mães faleceram ao nascimento;
- crianças cujas mães apresentarem transtornos mentais que comprometam sua compreensão ou seguimento de sua criança;
- crianças com deficiências sensoriais previamente diagnosticadas;
- crianças com malformação do sistema nervoso ou do sistema locomotor;
- crianças com doenças neurogenéticas ou cromossomopatias previamente diagnosticadas;
- crianças com presença de lesões hipóxico-isquêmicas (encefalomalácia multicística ou leucomalácia periventricular) previamente diagnosticadas.

Passo a passo:

- a) Os questionários serão aplicados via telefone. O entrevistador deve se certificar que possui os dados necessários dos pacientes (e responsáveis) para realização da ligação, além dos questionários ao alcance. Estas informações estão disponíveis na agenda eletrônica do Projeto C&C na aba Cadastrar mãe/criança.
- b) O entrevistador deverá preencher os dados do paciente e responsável (cabeçalho) no “Roteiro de Entrevista para Pacientes com Perda de Seguimento ANTES de realizar a ligação. Fazer o cálculo da idade corrigida e anotar no roteiro.
- c) Cálculo da Idade Corrigida: A idade de todo prematuro deve ser corrigida para 40 semanas (recém-nascido a termo), por exemplo: um bebê nascido com 35 semanas e com 2 meses de vida - sua idade cronológica é 2 meses, mas sua idade corrigida é de 3 semanas (2 meses = 8 semanas; faltavam 5 semanas para completar 40, restaram 3 semanas). Cálculo Online: <https://calcume.com/pt/premature-baby-corrected-age-calculator-pt/>
- d) O entrevistador deverá estar de posse do questionário SWYC APROPRIADO PARA A IDADE CORRIGIDA do paciente (consultar idade no cabeçalho do questionário SWYC) e marcar o campo designado no Roteiro.
- e) O entrevistador ao ligar, deve se identificar como parte da equipe do projeto Crescer & Cuidar e perguntar se o responsável (deve ser o cuidador principal) pelo paciente dispõe de aproximadamente 15 minutos para responder perguntas à respeito de seu filho(a) (neto, sobrinho, etc), visando avaliação de saúde e desenvolvimento dos pacientes nascidos no Hospital Sofia Feldman. Caso haja dificuldade na aceitação da entrevista, lembrar ao responsável que ele assinou um termo de consentimento e aceitação de participação no projeto enquanto estavam na Casa do Bebê.
- f) Caso a resposta seja negativa ou não consiga contato telefônico, tentar novo contato por 3 vezes em diferentes horários e dias (sendo um contato durante o dia, um contato à noite e um contato no final de semana). Anotar os dias e horários das tentativas no caderno de campo. Se possível, tentar agendar um horário em que o entrevistado possa responder às perguntas. Caso não consiga contato, o entrevistador deverá relatar em folha de campo e o paciente será considerado como PERDA NÃO RESGATADA.
- g) Caso o contato inicial não seja com a mãe ou o pai, perguntar ao entrevistado se ele é O PRINCIPAL CUIDADOR da criança. Caso negativo, pedir o número de contato do cuidador principal e informar que tentará contato com este. Caso o contato com o cuidador principal não seja possível (dentro das orientações do item f), RETORNAR ao contato inicial e perguntar se o seu contato com a criança é de 8 horas semanais ou mais. Caso a resposta seja positiva, realizar a entrevista.
- h) É importante perguntar, escutar e registrar as respostas. Faça cada pergunta individualmente e espere a resposta ANTES de passar para a próxima. Nunca opinar ou influenciar as respostas. Evitar mudança no tom de voz ou expressar opiniões durante a entrevista. É imprescindível respeitar a opinião do(a) informante. Procure um local tranquilo e privativo, de modo não haja interrupções na ligação.
- i) Caso seja identificado alguma demanda ou problema de saúde ou desenvolvimento do paciente, informar ao entrevistado que um PEDIATRA da equipe entrará em contato para orientações e esclarecimentos.
- j) Serão aplicados dois questionários ao longo da ligação. Realizar primeiramente o Questionário SWYC apropriado para a idade e em seguida o Roteiro de Entrevista para Pacientes com Perda de Seguimento.

- k) Todas as perguntas foram redigidas de forma cuidadosa e detalhada, com intuito de não induzir ou sugerir resposta. Os questionários são elaborados com uma sequência específica seguindo uma linha de raciocínio. ***Desta forma, o entrevistador deve ler em voz alta, de forma clara, exata e completa, todas as perguntas dos questionários, respeitando a sequência das perguntas.*** Certifique-se de que as instruções e perguntas foram compreendidas pela mãe. A pergunta pode ser repetida, caso o informante não tenha entendido inicialmente a questão. Não interprete a pergunta, pois há o risco do significado da pergunta ser alterado. Evite presumir respostas. Espere a resposta própria do entrevistado. Deve-se evitar fazer perguntas que não estejam relacionadas ao questionário durante a entrevista.
- l) É fundamental preservar a ***privacidade e o sigilo*** das informações coletadas durante a entrevista. As respostas coletadas não devem ser divulgadas, de forma alguma, portanto evite comentar ou discutir o preenchimento do questionário na frente de outras pessoas. O questionário respondido deve ficar sob responsabilidade do entrevistador e guardado de forma segura.
- m) Ao terminar de preencher o questionário, o entrevistador deve guardar o questionário dentro de um envelope e manter consigo até que a Referência Técnica busque.
- n) É papel do entrevistador revisar todo o questionário logo após o término da entrevista e verificar o registro de todas as respostas. Caso necessário, consulte novamente o entrevistado para finalizar questionário. Não é permitido, sob nenhuma hipótese, falsificar, alterar e/ou excluir informação (ex: completar perguntas deixadas em branco sem consultar o entrevistado).
- o) Situações inusitadas e/ou incômodas podem acontecer, tais como interrupções, rejeições bruscas e/ou violentas, reclamações, choro, etc. Ouça e quando possível retome a sequência de perguntas do questionário. Em caso de não ser possível manter a entrevista, comunique imediatamente as referências técnicas. O entrevistador deve se manter calmo e no controle da situação.

4. INSTRUÇÕES PARA PREENCHER OS QUESTIONÁRIOS

O preenchimento correto e uniforme do questionário é essencial para que se alcancem os objetivos da pesquisa. O Roteiro de Entrevista para Pacientes com Perda de Seguimento possui um cabeçalho de Identificação e 10 perguntas.

Antes de começar a entrevista, anote seu nome e a data de realização da mesma nos espaços reservados para isto. Observe que há um espaço reservado para o registro do Número do Grupo e do protocolo. Foram formados 5 tipos de grupos, que receberam a seguinte denominação:

Grupo 1 – prematuros do grupo controle da Casa do Bebê

Grupo 2 – RNs termo do grupo controle da Casa do Bebê

Grupo 3 – prematuros do grupo controle do ACRIAR/HC (não participarão da pesquisa de Perda de Seguimento)

Grupo 4 - prematuros da Casa do Bebê que receberam a intervenção

Grupo 5 - RNs termo da Casa do Bebê que receberam a intervenção

Grupo 6 – segunda coorte prematuros (intervenção)

Grupo 7 – segunda coorte a termo (intervenção)

Grupo 8 – controle extra

O entrevistador deverá anotar o número do grupo e protocolo ao qual a mãe/criança pertence. Esses dados estão nos envelopes de prontuários dos pacientes.

IMPORTANTE: Pacientes gemelares NÃO FARÃO parte do estudo de Perda de Seguimento e não precisam da aplicação dos questionários.

O entrevistador deve sempre ler TODAS as alternativas e ESPERAR a resposta do entrevistado quando múltiplas opções forem possíveis. Quando APENAS UMA for válida, LER TODAS as opções e após aguardar a resposta.

- **Q1:** Queremos saber qual o tipo e a qualidade do acompanhamento recebido pela criança até a idade da entrevista. Buscar com o entrevistado todas as alternativas que se apliquem ao paciente.
Marcar apenas uma alternativa na primeira pergunta. Marcar todas as alternativas que se aplicarem na segunda pergunta.
- **Q2:** Nosso objetivo é quantificar o acompanhamento do lactente FORA dos períodos de adoecimento e em qual ambiente. A consulta de rotina é aquela agendada com frequência prevista no calendário da Puericultura do Ministério da Saúde e Programa de Saúde da Família (mensal até os 6 meses de idade, bimensalmente até os 12 meses e trimestralmente até os 24 meses de idade).
Marcar apenas uma alternativa na primeira pergunta. Marcar todas as alternativas que se aplicarem na segunda pergunta.
- **Q3:** O objetivo é saber quem cuida da criança primariamente. Colocamos alternativas com mais de um cuidador para que haja apenas uma alternativa possível.
Marcar apenas uma alternativa.
- **Q4:** Nessa questão queremos saber quais os alimentos ingeridos pela criança (todos os possíveis) e também qualificar o Aleitamento Materno. Por isso é importante saber até qual idade ocorreu o aleitamento materno exclusivo, em qual idade houve o desmame (introdução de outros alimentos) e quando ocorreu a suspensão completa do Leite Materno.
Marcar todas as alternativas que se aplicarem e preencher as lacunas, caso necessário na primeira pergunta. Preencher as lacunas na segunda e terceira perguntas.
- **Q5:** Aqui queremos saber sobre o uso do Ferro e Polivitamínicos. Mesmo que a criança não esteja usando mais, é importante saber SE USOU em algum momento e até que idade.
Marcar apenas uma alternativa na primeira e segunda perguntas.
- **Q6:** O objetivo dessa questão é saber sobre o uso de medicação contínua (controle de condição patológica crônica).
Marcar todas as alternativas que se aplicarem e preencher a lacuna, caso necessário.
- **Q7:** Questão importante para se quantificar e qualificar possíveis adoecimentos da criança. Por isso, tentar que o entrevistado relate todos os episódios que ele(a) se lembre. Salientamos que nessa questão estão incluídas patologias agudas e crônicas, que geraram internação OU NÃO e que geraram uma ida ao pronto-socorro/médico OU NÃO. Obviamente, dependendo da idade da criança, a chance maior é que o entrevistado se lembre daquelas doenças que geraram alguma complicação ou ida a serviço de saúde.

Marcar apenas uma alternativa na primeira pergunta e preencher a lacuna, caso necessário. Marcar todas as alternativas que se aplicarem na segunda pergunta e preencher as lacunas, caso necessário.

- **Q8:** Nessa questão, queremos saber especificamente de episódios de adoecimento que geraram INTERNAÇÃO, em teoria mais graves.

Marcar apenas uma alternativa e preencher as lacunas, caso necessário.

- **Q9:** Aqui nosso objetivo é saber se a criança frequenta algum ambiente educacional, de que modo (público ou privado) e com qual frequência.

Marcar apenas uma alternativa na primeira pergunta. Marcar todas as alternativas que se aplicarem na segunda pergunta e preencher a lacuna, caso necessário.

- **Q10:** Deixamos essa questão por último devido a uma possível dificuldade de resposta pelo entrevistado. Usar de bom senso ao abordar a questão e procurar identificar, se possível, todos os motivos da perda de seguimento.

Marcar todas as alternativas que se aplicarem.

APÊNDICE C - Roteiro de entrevista para pacientes com perda de seguimento

PROJETO CUIDAR & CRESCER JUNTOS
Universidade Federal de Minas Gerais
Hospital Sofia Feldman

Nº grupo _____

Nº protocolo _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PACIENTES COM PERDA DE SEGUIMENTO

Nome da criança: _____ Sexo: (1) M (2) F

Data de nascimento: _____ Telefone de contato: _____

Nome da mãe/responsável: _____

Idade atual: _____ Entrevistador: _____

SWYC aplicado: ()24m ()18m ()15m ()12m ()9m

<p>1 – Que motivos contribuíram para que a criança deixasse de fazer o acompanhamento no ambulatório do Hospital Sofia Feldman (Projeto Cuidar & Crescer)? (1) – distância (2) – dificuldade financeira (4) – falta de tempo (8) – não achou necessário/não gostou (16) – já tinha acompanhamento com outro profissional (32) – outro: _____</p>	<p>MOTIVPERDA</p>
<p>2 – No último ano, a criança foi ATENDIDA/ACOMPANHADA por outros profissionais de saúde? (1) sim (2) não (8) não sabe (caso a resposta seja (2) ou (8), passar para a próxima pergunta) Caso afirmativo, quais foram estes profissionais? (0) Não se aplica (1) – pediatra (2) – médico PSF/ generalista/ clínico (4) – enfermeiro (8) – fisioterapeuta (16) – psicólogo (32) – nutricionista (64) – outro: _____</p>	<p>ACOMP ACOMPQUAL</p>
<p>3 – Nesse último ano, quantas vezes a criança compareceu a consultas de ROTINA? (1) 0 (2) 1-2 (3) 3-4 (4) Mais de 5 (8) Não sabe Em que local aconteceram essas consultas? (0) Não se aplica (1) posto de saúde (2) consultório/clínica particular (4) hospital (8) ambulatório da universidade (16) Outro: _____</p>	<p>ROTINA ROTINAQUAL</p>

<p>4 - Quais são os alimentos que a criança consome atualmente? (assinale todos os tipos de alimentos que a criança está recebendo atualmente) (1) – Leite Materno. (2) – Fórmula Infantil. Especificar: _____ (4) – Leite de Vaca. Outros leites: _____ (8) – Farinhas/Açúcar . Especificar: _____ (16) – Suco de Frutas/Frutas (32) – Papa de Legumes/Comida da Família (64) – Outros: _____</p> <p>Até que idade a criança mamou exclusivamente o leite materno? _____ meses Com que idade a criança deixou de receber totalmente o leite materno? _____meses</p>	<p>ALIMENTA</p> <p>LMEXCLUS</p> <p>DESMAME</p>
<p>5 – A criança está recebendo sulfato ferroso (Ferrinsol, Neutrofer, Noripurum, Combiron, Ultraferr, etc)? (1) sim (2) não (8) Não sabe Se não está usando, usou em algum momento? (1) sim (2) não (8) Não sabe Se sim, até que idade usou o sulfato ferroso? _____ meses (8) Não sabe</p> <p>A criança está em uso de vitaminas (Protovit, Growvit, Adera, Nutrinfan, etc)? (1) sim (2) não (8) Não sabe Se não está usando, usou em algum momento? (1) sim (2) não (8) Não sabe Se sim, até que idade usou as vitaminas? _____ meses (8) Não sabe</p>	<p>FERRO</p> <p>USOU FERRO</p> <p>IDADE FERRO</p> <p>POLIVIT</p> <p>USOU VIT</p> <p>IDADE VIT</p>
<p>6 – A criança faz uso contínuo de algum medicamento? (1) sim (2) não (8) Não sabe Quais? _____</p>	<p>MEDICAMENTO</p>
<p>7 – No último ano, a criança apresentou algum problema de saúde? (1) sim. (2) não (8) Não sabe (caso a resposta seja (2) ou (8), passar para a próxima pergunta) Se sim, quantas vezes, aproximadamente? _____ Se sim, quais? (0) Não se aplica (1) febre (2) resfriado /gripe (4) broncoespasmo (“chieira”) (8) vômitos/ diarreia (16) crise convulsiva (32) acidente doméstico. Qual? _____ (64) Outros: _____</p>	<p>INTERCOR</p> <p>INTERQUANTAS</p> <p>INTERQUAL</p>

<p>8 – A criança foi internada em algum momento neste último ano? (1) sim. (2) não (8) Não sabe (caso a resposta seja (2) ou (8), passar para a próxima pergunta) Se sim, quantas vezes, aproximadamente? _____ Local(is): _____ _____ Motivo(s): _____ _____ Duração (de cada): _____ _____</p>	<p>INTERNAÇÃO INTERNAQTS</p>
<p>9 – Quem é o principal cuidador da criança? (1) mãe e pai (2) só a mãe (3) só o pai (4) avós/avós (5) outros familiares: _____ (6) amigos/ vizinhos (7) creche Cuidador remunerado: (8) na casa da família (9) na casa do cuidador</p>	<p>CUIDADOR</p>
<p>10 – A criança frequenta a educação infantil/creche/escolinha? (1) sim (2) não (8) Não sabe Caso afirmativo: Idade de início _____ meses (8) Não sabe (1) período integral (2) meio período (8) Não sabe (1) gratuita (2) Paga/Privada (8) Não sabe</p>	<p>FREQCRECHE IDADECRECHE PERIODCRECHE TIPOCRECHE</p>