

Agnes Flórida Santos da Cunha

**PRIORIDADES PARENTAIS NO CUIDADO DOMICILIAR DE RECÉM-NASCIDOS
PRÉ-TERMO E A TERMO**

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG

2019

Agnes Flórida Santos da Cunha

**PRIORIDADES PARENTAIS NO CUIDADO DOMICILIAR DE RECÉM-NASCIDOS
PRÉ-TERMO E A TERMO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Ciências da Reabilitação.

Área de Concentração: Desempenho Funcional Humano

Linha de Pesquisa: Avaliação do desenvolvimento e desempenho infantil

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Marisa Cotta Mancini

Co orientadora: Prof.^a Dr.^a Marina de Brito Brandão

Belo Horizonte

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG

2019

C972p Cunha, Agnes Flórida Santos da
2019 Prioridades parentais no cuidado domiciliar de recém-nascidos pré-termo e a termo [manuscrito] / Agnes Flórida Santos da Cunha – 2019.
77 f., enc. : il.

Orientadora: Marisa Cotta Mancini
Coorientadora: Marina de Brito Brandão

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional.
Bibliografia: f. 46-51

1. Prematuros – Teses. 2. Recém-nascidos – cuidados e higiene – Teses. 3. Crianças – Desenvolvimento – Teses. I. Mancini, Marisa Cotta. II. Brandão, Marina de Brito. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. IV. Título.

CDU: 616.8

Ficha catalográfica elaborada pelo bibliotecário Danilo Francisco de Souza Lage, CRB 6: n° 3132, da Biblioteca da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da UFMG.



ATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO DA ALUNA AGNES FLÓRIDA SANTOS DA CUNHA

Realizou-se, no dia 17 de maio de 2019, às 08:30 horas, Auditório Maria Lúcia Paixão, da Universidade Federal de Minas Gerais, a defesa de dissertação, intitulada *PRIORIDADES PARENTAIS NO CUIDADO DOMICILIAR DE RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO E A TERMO*, apresentada por AGNES FLÓRIDA SANTOS DA CUNHA, número de registro 2017715675, graduada no curso de FISIOTERAPIA, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em CIÊNCIAS DA REABILITAÇÃO, à seguinte Comissão Examinadora: Prof(a). Marisa Cotta Mancini - Orientador (UFMG), Prof(a). Débora Marques de Miranda (UFMG), Prof(a). Ana Cristina Resende Camargos (UFMG).

A Comissão considerou a dissertação:

Aprovada

Reprovada

Finalizados os trabalhos, lavrei a presente ata que, lida e aprovada, vai assinada por mim e pelos membros da Comissão.

Belo Horizonte, 17 de maio de 2019.

Marisa Cotta Mancini

Prof(a). Marisa Cotta Mancini (Doutor)

Debora Marques de Miranda

Prof(a). Débora Marques de Miranda (Doutor)

Ana Cristina Resende Camargos

Prof(a). Ana Cristina Resende Camargos (Doutora)

Dedico este trabalho aos meus pais, Artemizia e Altair, por serem exemplos de amor, suporte e dedicação, e por me apoiarem em todos os momentos. Vocês são a luz da minha vida. Gratidão eterna.

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Artemizia. Mesmo morando há mais de 2000 km de distância de mim, distantes fisicamente há 10 anos, sempre esteve presente na minha vida em todos os momentos, me acompanhando com suas palavras de carinho, fé e apoio, suas promessas para São Benedito, me amando incondicionalmente, e compreendendo minhas escolhas de vida. Todas as minhas conquistas são suas conquistas.

Ao meu pai, Altair. Que com todo o seu suporte e companheirismo abraçou, como seu, os meus sonhos, e proporcionou que eu os alcançasse, mesmo quando nem eu mesma acreditava mais. O que sinto é uma imensa gratidão por tudo que o senhor fez e faz por mim constantemente. Todas as minhas conquistas são suas conquistas.

A Gisele. Por ter estado ao meu lado em todos os momentos dessa jornada, me incentivando a sempre buscar o melhor para a minha vida e carreira profissional. Obrigada pelo suporte nos momentos difíceis e por comemorar comigo as alegrias e conquistas. Obrigada por segurar a minha mão e por enxergar o melhor em mim.

A minha linda e imensa família, meus avós, tios e primos, que demonstram a todo tempo o seu orgulho e amor. Sei que posso contar com vocês e que sempre estarão ao meu lado trilhando o caminho da vida. Obrigado por serem tão presentes e pelo imenso amor que emanam.

À Prof.^a Dr.^a Marisa Mancini. Que honra ter tido a oportunidade de ser orientada por você. Minha gratidão é imensa pelo seu suporte, dedicação e acolhimento. Levarei sua excelência e profissionalismo como exemplos a serem seguidos. Obrigada pela confiança, por acreditar no meu potencial, pelos ensinamentos contínuos e duradouros nessa jornada.

À Prof.^a Dr.^a Marina Brandão. Você é uma pessoa que emana competência, dedicação e brilhantismo acadêmico. Sou muito grata pelo imenso auxílio no

desenvolvimento e implementação desse projeto, pelos conhecimentos transmitidos ao longo do caminho e pelo constante apoio e disponibilidade.

Ao meu colega de mestrado Ricardo Rodrigues. Continue essa pessoa gentil, educada e cheia de positividade, você é excepcional e brilhante, merece tudo de melhor que a vida pode oferecer. Sucesso!

À equipe do Hospital Risoleta Tolentino Neves, que compartilha comigo plantões recompensadores e gratificantes, e que me ajudou imensamente na execução desse projeto. Todos os fisioterapeutas, enfermeiros, fonoaudiólogos e técnicos de enfermagem. Vocês são ótimos.

As minhas colegas professoras da Universo-BH, por terem sempre me auxiliado e apoiado nessa trajetória, desse o início. Vocês são exemplos de amor a profissão e de competência.

Às famílias que participaram desse lindo projeto de cuidado e compreensão. Obrigada por me receberem nas suas casas, com tanta educação e afeto, e compartilharem comigo as suas lutas diárias. Serei eternamente grata e levarei essa experiência para o resto da minha vida.

“Todas as pessoas, no começo da juventude, sabem qual é a sua Lenda Pessoal. Nessa época, tudo é claro, tudo é possível, e elas não tem medo de sonhar e desejar tudo aquilo que gostariam de fazer na vida. Entretanto, à medida que o tempo vai passando, uma misteriosa força começa a tentar provar que é impossível realizar a Lenda Pessoal. São forças que parecem ruins, mas na verdade estão ensinando a você como realizar a sua Lenda Pessoal. Estão preparando o seu espírito e a sua vontade neste planeta: seja você quem for ou o que faça, quando quer com vontade alguma coisa, é porque esse desejo nasceu na alma do universo. É a sua missão na terra.”

O Alquimista, Paulo Coelho

PREFÁCIO

Dissertação elaborada e estruturada em três seções de acordo com as normas estabelecidas pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). A primeira seção contém a introdução com o embasamento teórico para a problematização e justificativa do estudo, assim como uma revisão da literatura sobre o tema central, seguido dos objetivos da pesquisa. A segunda seção traz o artigo científico referente ao estudo realizado, formatado segundo as normas do periódico *Child: Care, Health and Development*. Após as considerações da banca examinadora, o artigo será revisado, traduzido para o inglês e submetido à publicação. A terceira seção traz as considerações finais referentes aos resultados encontrados no estudo. Segue-se as referências bibliográficas, anexos, apêndices e mini currículo.

RESUMO

INTRODUÇÃO: As primeiras semanas de um recém-nascido em casa são um período de adaptação para a família, que precisa lidar com cuidados básicos, como amamentação, banho, sono, além de estabelecer vínculos afetivos com o bebê. Conhecer as prioridades parentais nessa convivência inicial pode contribuir para o entendimento das necessidades no cuidado de um recém-nascido. **OBJETIVO:** Comparar prioridades parentais no cuidado de recém-nascidos pré-termo (RNPT) e a termo (RNT) nos primeiros dois meses após alta hospitalar, identificar mudanças nas prioridades ao longo do tempo e comparar oportunidades disponíveis no ambiente domiciliar. **MÉTODO:** Pais de 44 recém-nascidos (22 RNT e 19 RNPT) foram acompanhados ao longo de dois meses após alta hospitalar, com três avaliações longitudinais (7 dias, 30 e 60 dias). Eles relataram demandas no cuidado dos bebês através de entrevista semiestruturada e responderam ao teste Affordances in the Home Environment for Motor Development – Infant Scale (AHEMD - IS) para verificar oportunidades de estimulação nos domicílios. **RESULTADOS:** Houve similaridades de demandas na comparação entre grupos, com exceção daquelas relacionadas à alimentação da criança, com mais relatos no grupo RNT, na primeira avaliação. Mudanças nas demandas ocorreram ao longo do tempo. As prioridades 'Banho' e 'Cuidado com o Umbigo' tiveram redução significativa, e 'Cuidado com a Saúde' aumento de relatos nos grupos. 'Alimentação' e 'Sono' apresentaram redução de relatos nos RNT, e constância nos RNPT. A categoria 'Adaptação de Rotinas', aumentou significativamente no grupo RNPT. Prioridades relacionadas a Choro, Troca de Fraldas, Supervisão da Criança e Colo/Carinho tiveram poucos relatos. As oportunidades ambientais foram semelhantes nos grupos, com aumento dos escores totais e do domínio Brinquedos de Motricidade Grossa ao longo do tempo. **CONCLUSÃO:** O conhecimento das prioridades de cuidado domiciliar e oportunidades ambientais de RNPT e RNT permite à equipe de saúde definição de metas adequadas às necessidades parentais, bem como norteia e aprimora as orientações disponibilizadas.

Palavras Chave: Parentalidade. Cuidado. Recém-nascido. Prematuro.

ABSTRACT

INTRODUCTION: The first few weeks of a newborn at home are a time of adaptation for the family, who need to deal with basic care such as breastfeeding, bathing, sleeping and bonding with the baby. Knowing the parental priorities in this initial coexistence can contribute to the understanding of the needs in the newborn's care.

AIMS: Compare parental priorities in the care of preterm (PT) and full term (FT) newborns in the first two months after hospital discharge, identify changes in priorities over time and compare affordances in the home environment.

METHOD: Parents of 44 newborns (22 FT and 19 PT) were followed up for two months after discharge from the hospital, with three longitudinal evaluations (7 days, 30 and 60 days). They reported demands on infant care through a semi - structured interview and responded to the Affordances in the Home Environment for Motor Development – Infant Scale (AHEMD – IS) to check the environmental affordances.

RESULTS: We found similarities in the reports of priorities in the comparison between groups, except for 'Feeding', which presented more reports in the FT group, in the first evaluation. Changes in demands have occurred over time. Priorities 'Bath' and 'Beware of the Navel' have significantly reduced, and 'Health Care' increased reporting in both groups. 'Feeding' and 'Sleep' presented a reduction in reports in the FT group , and constancy in PT group. The 'Routine Adaptation' category increased significantly in the PT group. Priorities related to 'Cry', 'Diaper Changing', 'Child Supervision' and 'Lap/ Affection' had few reports. Environmental affordances were similar in the groups, with an increase of the domains Total Score and Gross-Motor Toys over time.

CONCLUSION: The knowledge of the priorities of care-giving and environmental affordances of PT and FT allows the health team to set goals appropriate to the parental needs, as well as guide and improve the guidelines available.

Keywords: Parenting. Care-giving. Newborn. Premature.

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Categorização funcional das prioridades no cuidado domiciliar identificadas pelos cuidadores principais | 42 |
|--|----|

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Caracterização da amostra | 43 |
| Tabela 2 - Comparação intragrupo e entre grupos (3 avaliações) nos escores totais e dimensões do teste AHEMD-IS | 44 |
| Tabela 3 - Prioridades parentais no cuidado domiciliar entre grupos e ao longo do tempo | 45 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

RN – Recém-nascido

RNPT – Recém-nascido pré-termo

RNT – Recém-nascido a termo

IG – Idade Gestacional

HRTN – Hospital Risoleta Tolentino Neves

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

ABEP – Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa

AIMS – Alberta Infant Motor Scale

AHMD – IS - Affordances in the Home Environment for Motor Development – Infant Scale

T1 – Tempo 1

T2 – Tempo 2

T3 – Tempo 3

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| Introdução | 14 |
| Objetivos | 20 |
| Artigo: “ <i>Prioridades parentais no cuidado domiciliar de recém-nascidos pré-termo e a termo</i> ” | 21 |
| Resumo | 22 |
| Introdução | 23 |
| Material e Método | 25 |
| Resultados | 29 |
| Discussão | 31 |
| Referências | 37 |
| Figuras | 42 |
| Tabelas | 43 |
| Considerações Finais | 46 |
| Referências Bibliográficas | 47 |
| Anexos | 52 |
| Anexo 1 – Aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa | 52 |
| Anexo 2 – Critério de Classificação Econômica | 56 |
| Anexo 3 – Affordances in the home environment for motor development | 58 |
| Anexo 4 – Alberta Infant Motor Scale | 66 |
| Apêndices | 72 |
| Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 72 |
| Apêndice 2 – Autorização para Fotografia e Filmagem | 74 |
| Apêndice 3 – Avaliação de Prioridades Funcionais | 75 |
| Mini Currículo | 76 |

INTRODUÇÃO

A parentalidade é uma construção multifatorial baseada nas ações intencionais dos pais ou cuidadores principais (e.g.: avós, tios etc.) em relação aos filhos, com o objetivo de promover o crescimento e o desenvolvimento da prole. Segundo Neel *et al.* (2018), uma das características do estilo parental é a responsividade, definida como a sensibilidade dos pais aos sinais verbais e não verbais da criança. O estabelecimento da relação parental é pautado por aspectos sociais, culturais, psicológicos e práticos, de forma a assumir papel central na estruturação das relações familiares.¹

O cuidado parental exerce papel fundamental sobre o desenvolvimento da criança, sendo representado pelo comportamento de cuidado dos pais e pela qualidade da relação entre pais e filhos.² O estabelecimento precoce dessas relações está ancorado na responsividade e sincronia dos pais aos sentimentos e sinais do bebê, tidas como características de interação positiva com efeito protetor. Os primeiros meses após o parto podem ser desafiadores até que os pais reconheçam devidamente as necessidades de seus bebês. As respostas parentais devem ser apropriadas, efetivas e imediatas, estruturando uma relação de suporte e apego.³

A percepção e reação adequadas dos pais aos sinais da criança otimizam tanto o desenvolvimento neuropsicomotor quanto o fortalecimento dos vínculos afetivos familiares.^{2,4} Neel *et al.* (2018) encontraram na responsividade a característica da parentalidade mais fortemente associada com a melhora cognitiva e comportamental dos filhos.¹ Shah *et al.* (2013) relatam que as respostas neurocomportamentais de bebês pré-termo são influenciadas pela qualidade do cuidado parental, e que a adequada responsividade dos pais melhora aspectos comportamentais, sociais, de auto regulação e a linguagem dessas crianças.⁵ Dessa forma, os primeiros anos de convivência familiar constituem um período crítico e importante no estabelecimento das relações sociais e familiares, tendo a qualidade do cuidado e a relação parental como fatores determinantes.^{3,4,5}

Os cuidados disponibilizados pela família ao recém-nascido no ambiente domiciliar provocam profundas mudanças na rotina dos pais e de pessoas próximas. As semanas iniciais de convivência constituem um período de adaptação e reorganização, onde os pais assumem total responsabilidade pelos cuidados da criança, por vezes sentindo-se pouco preparados e apreensivos quanto as demandas exigidas.⁶ As rotinas pessoais (e.g.: trabalho, amigos) tendem a ser colocadas em segundo plano, principalmente pelo cuidador principal, priorizando-se as necessidades e demandas do recém-nascido. Rowe e colaborador (2010) argumentam que para as mães, cuidadores principais na maioria das situações, a sensação de eficácia parental se dá a partir do 3º mês de convivência, com maior resolução, confiança e habilidades para manter a rotina.⁷

Os cuidados iniciais prestados ao recém-nascido incluem a resolução de suas necessidades básicas com amamentação, banho, troca de fraldas, sono, administração de medicamentos, higiene do coto umbilical, associados a monitorização dos sinais transmitidos pela criança através de respostas comportamentais e fisiológicas, como choro recorrente.^{8,9} Essa atenção e vigilância constante da criança pode gerar preocupações e desgaste nos pais, fadiga e exaustão, aumentando as demandas e dificuldades na rotinas de cuidados. Além disso, a família deve subsidiar suporte à criança com situações de carinho, brincadeiras, interações e novas vivências, contribuindo para seu conforto e desenvolvimento.^{3,7,10}

O nascimento prematuro de um filho pode afetar as relações de cuidado e o vínculo familiar. Esses pais estão mais expostos a experiências estressantes, tais como internação prolongada do recém-nascido, adequação às rotinas hospitalares, risco de complicações médicas e incertezas quanto aos resultados e evolução clínica do bebê.^{5,11} Lundqvist *et al.* (2014) afirmam que pais de pré-termos apresentam sentimentos negativos pela separação temporária do bebê, ambiguidades quanto a parentalidade e sensação de desamparo em relação ao apoio da criança.¹²

A prematuridade é, na maioria das vezes, inesperada para a família e a hospitalização da criança afeta a percepção dos pais sobre seu papel parental.

Mediante a internação prolongada, a família sente-se sobrecarregada, preocupada com a sobrevivência e bem-estar do bebê, e impossibilitados de estar próximo e de cuidar da criança. Esses pais frequentemente descrevem um sentimento de estresse crônico, devido às incertezas do quadro clínico do bebê e da impossibilidade em exercer um papel central na criação e nas decisões sobre o filho.^{6,13,14}

Os pais desenvolvem mecanismos de enfrentamento nesse ambiente, como segurar e acolher a criança, aprender a ler os sinais que a criança emite, comunicar-se com a equipe de saúde, ancorados pelo apoio social e emocional do parceiro ou familiares.^{7,13,14} Dür *et al.* (2018) verificaram que o envolvimento dos pais de pré-termos em atividades de cuidados infantis durante a internação de seus filhos, como troca de fraldas e banho, promovem confiança no cuidar, sentimento de autonomia, desenvolvimento de vínculos afetivos, além de uma melhor transição em relação aos cuidados diários e a maturidade parental.¹⁵

As mães tendem a participar mais ativamente do cuidado ao recém-nascido, frequentemente tornando-se as responsáveis exclusivas, enquanto os pais sentem-se mais confortáveis com suporte ocasional e delegação de cuidados.^{6,7,13,14} Dessa forma, elas acabam sendo as mais afetadas pelos fatores associados ao nascimento e atenção de uma criança prematura, enfrentando níveis mais elevados de estresse e ansiedade do que os companheiros.¹⁶ Garel *et al.* (2007) avaliaram a saúde psicológica de mães de recém-nascidos pré-termo (RNPT) e identificaram sintomas de fadiga, depressão, ansiedade, isolamento social e sentimento de culpa, que se mantiveram ao longo de pelo menos um ano.¹⁷ Segundo Gray *et al.* (2013) os níveis de estresse parental, depois de um ano do nascimento da criança, foram significativamente maiores em mães de pré-termos em comparação com mães de crianças nascidas a termo.¹⁸

A qualidade de vida dessas mães afeta diretamente a sua confiança e as habilidades em relação aos cuidados prestados ao recém-nascido, assim como o engajamento e resposta às necessidades da criança.^{19,20} Segundo Premji *et al.* (2017), a confiança das mães em sua capacidade de cuidado, facilita as interações com o bebê, diminui os níveis de estresse e promove o adequado desenvolvimento

físico, cognitivo e emocional da criança.²¹ Estratégias positivas de enfrentamento e adaptação nessa etapa inicial, baseadas na co-parentalidade e apoio social, é essencial para melhor adequação das relações familiares e suporte às necessidades do bebê.

As vulnerabilidades biológicas associadas a prematuridade geram repercussões no desenvolvimento neurológico, cognitivo e comportamental dessas crianças. Até os 2 anos de idade, elas tendem a ser menos alertas, atentos e responsivos, quando comparadas com crianças nascidas a termo.^{5,13,22} Elas são vistas como passivas, menos concentradas, menos propensas a manter contato visual e com poucos sorrisos. Tais características podem levar a uma dificuldade de conexão dos pais com a criança.^{13,23} Segundo Loi *et al.* (2017), no contexto da prematuridade, a relação mãe-filho reduz as interações com o bebê, mesmo que haja similaridade quanto a sensibilidade e responsividade do cuidado, na comparação com bebês nascidos a termo.²⁴

RNPT também tem maiores chances de déficits no desenvolvimento motor, afetado por aspectos biológicos (e.g., maturação cerebral, hemorragia peri-intraventricular, hipoxemia, lesões cerebrais) e ambientais (e.g., tempo de internação, procedimentos invasivos, limitação de movimento) durante o período neonatal.^{25,26} Syrengelas *et al.* (2016) analisaram o desenvolvimento motor grosso de RNPT e recém-nascidos a termo (RNT), com idades de 1 a 19 meses, e encontraram escores significativamente inferiores no grupo pré-termo.²⁷ Wolf *et al.* (2002) analisaram o perfil neuro-comportamental de crianças pré-termo (IG \leq 32 semanas) e a termo, aos 3 e 6 meses de idade. Os resultados demonstraram déficits na orientação, motricidade, auto regulação e estabilidade autonômica dos bebês pré-termos.²⁸ Assim, as características inerentes a prematuridade podem influenciar no manejo de cuidados diários e nas interações entre pais e filho, bem como na estruturação das rotinas, que tendem a ser mais complexas com o aumento das demandas exigidas pela criança.^{1,13,25}

Grande parte das experiências motoras e de aprendizado de uma criança recém-nascida ocorrem no seu ambiente doméstico, através de atividades ofertadas pelos

pais e familiares. Assim, o contexto ambiental em que a criança está inserida influencia nas características do cuidado parental.^{29,30} Segundo Miquelote *et al.* (2012) essas situações de aprendizado têm maior impacto nos primeiros anos de vida da criança.³¹ Dessa forma, as oportunidades, recursos e interações proporcionados pelos pais no ambiente domiciliar promovem reações e respostas motoras da criança, influenciando diretamente o seu aprendizado e seu desenvolvimento.^{32,33} Saccani *et al.* (2013) argumentam que o contexto ambiental se torna ainda mais relevante para bebês em situação de risco, como os pré-termos e que as interações com os pais, a disponibilidade de brinquedos e o espaço físico adequado relacionam-se positivamente com o desenvolvimento motor de bebês nascidos pré-termo e a termo.³⁴ Os pais devem atuar como disponibilizadores de oportunidades para a exploração do ambiente, possibilitando experiências adequadas e seguras com incentivo ao constante aprendizado.^{29,30,31,34}

Todos os desafios enfrentados pelos pais nos primeiros meses de convivência com o bebê podem ser amenizados por orientações adequadas fornecidas pela equipe de saúde durante a internação e no momento da alta hospitalar.^{6,7,10} Os profissionais devem garantir a educação da família no processo de transição do cuidado hospitalar para o cuidado domiciliar, com orientações direcionadas às necessidades específicas da criança e dos pais, abrangendo aspectos de suporte social e da dinâmica familiar.^{7,14}

Um processo de alta bem planejado, baseado em treinamentos específicos e oportunidades práticas aos pais em relação ao cuidado do recém-nascido tende a aumentar a confiança da família na execução das atividades exigidas pelo bebê.^{14,35} Essa assistência é essencial para que a transição do cuidado seja um momento tranquilo, sem intercorrências, que não traga inseguranças e informações fragmentadas. No estudo de Boykova (2016), os pais afirmaram que o suporte de profissionais de saúde no momento da alta hospitalar trouxe confiança, segurança e tranquilidade. Em acréscimo, eles elencaram características como atitude dos profissionais, conhecimentos específicos, entendimento da necessidade dos pais, coordenação e consistência nas informações fornecidas, como fatores essenciais da efetividade das orientações recebidas.^{10,36}

As informações transmitidas devem ser pertinentes e efetivas, comunicadas de maneira apropriada e de fácil entendimento pelos pais. Adama *et al.* (2016) realizaram uma meta-síntese da literatura, através de estudos qualitativos relacionados ao cuidado de bebês nascidos pré-termo, após a alta hospitalar. Os pais relataram que não se sentiam adequadamente preparados para os cuidados domiciliares de seus filhos, e que o apoio formal de grupos de apoio e profissionais especializados, reduziram a ansiedade e aumentaram sua confiança.³⁶ O entendimento das prioridades parentais, ilustradas pelo conjunto de preocupações, demandas, necessidades, desejos e expectativas dos pais em relação ao cuidado do seu bebê, pode disponibilizar à equipe de saúde informações relevantes para pautar as orientações e o suporte adequado a essas famílias.^{8,14,37}

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Comparar as prioridades parentais no cuidado domiciliar de recém-nascidos pré-termo e a termo, nos primeiros dois meses após a alta hospitalar.

Objetivos Específicos

1. Comparar as prioridades parentais no cuidado domiciliar de recém-nascidos pré-termo e a termo em três momentos: sete dias, trinta dias e sessenta dias após a alta hospitalar.
2. Identificar mudanças nas prioridades parentais referentes aos cuidados domiciliares de recém-nascidos pré-termo e a termo, nos primeiros dois meses após a alta hospitalar.
3. Comparar as oportunidades ambientais disponíveis no ambiente domiciliar de recém-nascidos pré-termo e a termo, nos primeiros dois meses após a alta hospitalar.

ARTIGO

A ser submetido ao periódico Child: Care, Health and Development

**PRIORIDADES PARENTAIS NO CUIDADO DOMICILIAR DE RECÉM-NASCIDOS
PRÉ-TERMO E A TERMO**

Agnes Flórida Santos da Cunha¹, Marina de Brito Brandão², Ana Paula Bensemann Gontijo³, Juliana Vaz de Melo Mambrini⁴, Marisa Cotta Mancini⁵

- (1) Aluna de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
- (2) Doutora em Ciências da Reabilitação, Departamento de Terapia Ocupacional, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, UFMG.
- (3) Doutora em Ciências da Reabilitação, Departamento de Terapia Ocupacional, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, UFMG.
- (4) Oswaldo Cruz Foundation's René Rachou Research Center (CPqRR) (Fiocruz), Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil.
- (5) Doutora em Rehabilitation Science, Departamento de Terapia Ocupacional, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação, UFMG.

Autor Correspondente: Marisa Cotta Mancini

Programa de Pós-Graduação Ciências da Reabilitação

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Universidade Federal de Minas Gerais

Av. Antônio Carlos 6627, Campus Pampulha

Belo Horizonte, MG, Brasil 31270-901

E-mail: marisacmancini@gmail.com

Telefone: 55 31 3409-4799

RESUMO

INTRODUÇÃO: As primeiras semanas de um recém-nascido em casa constitui período de adaptação da família, que precisa lidar com cuidados básicos, como amamentação, banho, sono, estabelecendo vínculos afetivos com o bebê. Conhecer as prioridades parentais nessa convivência inicial contribui para o entendimento das necessidades no cuidado de um recém-nascido. **OBJETIVO:** Comparar prioridades parentais no cuidado de recém-nascidos pré-termo (RNPT) e a termo (RNT) nos primeiros dois meses após alta hospitalar, identificar mudanças nas prioridades ao longo do tempo e comparar oportunidades disponíveis no ambiente domiciliar. **MÉTODO:** Pais de 44 recém-nascidos (22 RNT e 19 RNPT) foram acompanhados ao longo de dois meses após alta hospitalar, com três avaliações longitudinais, aos 7, 30 e 60 dias. Eles relataram demandas no cuidado dos bebês através de entrevista semiestruturada e responderam ao teste Affordances in the Home Environment for Motor Development – Infant Scale (AHEMD - IS) para verificar oportunidades de estimulação nos domicílios. **RESULTADOS:** Houve similaridades de demandas na comparação entre grupos, com exceção daquelas relacionadas à alimentação da criança, com mais relatos no grupo RNT, na primeira avaliação. Mudanças nas demandas ocorreram ao longo do tempo. As prioridades ‘Banho’ e ‘Cuidado com o Umbigo’ tiveram redução significativa, e ‘Cuidado com a Saúde’ aumento de relatos nos grupos. ‘Alimentação’ e ‘Sono’ apresentaram redução de relatos nos RNT, e constância nos RNPT. A categoria ‘Adaptação de Rotinas’, aumentou significativamente no grupo RNPT. Prioridades relacionadas a Choro, Troca de Fraldas, Supervisão da Criança e Colo/Carinho tiveram poucos relatos. As oportunidades ambientais foram semelhantes nos dois grupos, com aumento dos escores totais e do domínio Brinquedos de Motricidade Grossa ao longo do tempo. **CONCLUSÃO:** O conhecimento das prioridades de cuidado domiciliar e oportunidades ambientais de RNPT e RNT permite à equipe de saúde definição de metas adequadas às necessidades parentais, bem como norteia e aprimora as orientações disponibilizadas.

Palavras Chave: Parentalidade. Cuidado. Recém-nascido. Prematuro.

INTRODUÇÃO

O cuidado parental constitui fator determinante no desenvolvimento infantil e baseia-se na qualidade da relação entre pais e filhos, pautada por preceitos culturais e psicológicos (Treyvaud *et al.*, 2009). Estudos sugerem que a percepção e resposta adequada dos pais em relação aos sinais da criança otimizam tanto o desenvolvimento neuropsicomotor quanto o fortalecimento dos vínculos afetivos familiares (Naughton, Perkins, McMinn, & Kemp, 2018; Feldman, 2007). O ponto de partida dessas relações de cuidado se dá com o início da gravidez, quando a parentalidade começa a se estabelecer. A partir do nascimento da criança, ocorre a real efetivação desses vínculos, por meio das atitudes parentais em relação ao cuidado, incluindo comportamentos de responsividade e sensibilidade, que promovem a sincronia na relação entre pais e filhos (Neel, Stark, & Maitre, 2018).

Os cuidados fornecidos pela família ao recém-nascido no ambiente domiciliar provocam profundas mudanças na rotina dos pais e de pessoas próximas. As semanas iniciais de convivência constituem um período de adaptação e reorganização, no qual os pais assumem total responsabilidade pelos cuidados da criança (Boykova, 2016). Os pais devem fornecer os cuidados básicos ao bebê, como alimentação, banho, manutenção de temperatura e sono (Jefferies *et al.*, 2014). Em meio a essa rotina, é preciso estabelecer um vínculo afetivo com o filho recém-nascido, disponibilizando suporte, carinho e brincadeiras, com monitorização constante das respostas comportamentais e fisiológicas do bebê. Tal relação contribui para o conforto, segurança e desenvolvimento da criança (Garfield, Lee & Kim, 2014; Rowe & Jones, 2010).

O nascimento prematuro de um filho pode afetar as relações de cuidado e formação do vínculo familiar. Esses pais estão mais expostos a experiências estressantes, tais como internação prolongada do recém-nascido, adequação às rotinas hospitalares, risco de complicações médicas e incertezas quanto à evolução clínica do bebê (Bilgin & Wolke, 2015). Segundo Lundqvist, Hellström-Westas, & Hallström (2014), pais de recém-nascidos pré-termo (RNPT) apresentam sentimentos negativos pela separação temporária do bebê, ambiguidades quanto a parentalidade e sensação de desamparo. As mães, que frequentemente tornam-se as responsáveis exclusivas

pelo cuidado, são mais afetadas por esses fatores de stress associados ao nascimento e atenção requeridos a um RNPT (McMahon et al, 2019). Garel, Dardennes, & Blondel (2007) avaliaram a saúde psicológica de mães de RNPT e identificaram sintomas de fadiga, depressão, ansiedade, isolamento social e sentimento de culpa, que se mantiveram ao longo de pelo menos um ano. A conexão da mãe com o bebê pode ser afetada pela prematuridade, com uma redução das interações com a criança, quando comparado a recém-nascidos a termo (RNT) (Loi *et al.*, 2017).

Crianças prematuras têm maiores chances de apresentar déficits no desenvolvimento neurológico e cognitivo. Até os 2 anos de idade, essas crianças tem tendência a serem menos alertas, atentas e responsivas, quando comparadas com crianças nascidas a termo (Neel *et al.*, 2018; Muller-Nix *et al.*, 2004). Wolf *et al.* (2002) analisaram o perfil neuro-comportamental de RNPT (idade gestacional \leq 32 semanas) e RNT, aos 3 e 6 meses de idade. Os resultados revelaram déficits na orientação, motricidade, auto regulação e estabilidade autonômica de lactentes pré-termo. Assim, as características inerentes ao nascimento pré-termo podem influenciar no manejo de cuidados diários e nas interações entre pais e filhos, bem como na estruturação das rotinas dos pais, que tendem a ser mais complexas com o aumento das demandas exigidas pela criança (Yaari *et al.*, 2018).

O ambiente físico e os recursos disponíveis na casa da criança podem promover interações entre pais e filhos e oferecer oportunidades de brincadeiras e estímulos. Tais oportunidades promovem reações e respostas motoras da criança, influenciando no seu aprendizado e desenvolvimento. (Gibson, 2002; Stoffregen, 2000). Sacconi *et al.* (2013) argumentam que o contexto ambiental se torna ainda mais relevante para bebês em risco, como os pré-termos, e que as interações com os pais, a disponibilidade de brinquedos e o espaço físico adequado relacionam-se positivamente com o desenvolvimento motor. Logo, os pais atuam como disponibilizadores de oportunidades para a exploração do ambiente, possibilitando experiências adequadas e seguras com incentivo ao constante aprendizado.

As orientações fornecidas pela equipe de saúde durante a internação por ocasião do nascimento do bebê podem amenizar os desafios enfrentados pelos pais nos primeiros meses de convivência domiciliar. O suporte de profissionais de saúde no momento da alta hospitalar traz confiança, segurança e tranquilidade para os pais (Boykova, 2016). As informações compartilhadas com os pais devem ser pertinentes e efetivas, comunicadas de maneira apropriada para facilitar o entendimento. No estudo de Adama, Candidate, Bayes, Lecturer, & Sundin (2016), pais de recém-nascidos prematuros relataram que não se sentiam preparados para os cuidados domiciliares de seus filhos após a alta hospitalar. O apoio formal de grupos e profissionais especializados, reduziram a ansiedade e aumentaram sua confiança (Adama, Candidate, Bayes, Lecturer, & Sundin; 2016). O entendimento das prioridades parentais, ilustradas pelo conjunto de preocupações, demandas, necessidades, desejos e expectativas dos pais em relação ao cuidado do seu bebê, pode disponibilizar à equipe de saúde informações relevantes para pautar ações de suporte adequadas às famílias (King, Williams, & Goldberg, 2017).

O presente estudo teve como objetivo principal comparar as prioridades dos pais no cuidado domiciliar de recém-nascidos pré-termo e a termo após a alta hospitalar. Os objetivos secundários incluem avaliar mudanças nas prioridades aos 30 e 60 dias após a alta hospitalar e comparar a estimulação ambiental disponível no ambiente domiciliar dessas crianças.

MATERIAL E MÉTODO

Delineamento do Estudo

Estudo observacional prospectivo com três avaliações longitudinais. Foram avaliados pais de recém-nascidos pré-termo e a termo nascidos no Hospital Risoleta Tolentino Neves - HRTN, Belo Horizonte, MG, Brasil. O período de coleta dos dados aconteceu entre junho e dezembro de 2018. Este estudo, juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi aprovado pelo Núcleo de Ensino e Pesquisa do HRTN e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG (Parecer nº 2.533.697, CAAE: 82095717.3.0000.5149).

Participantes

A amostra incluiu, inicialmente, 44 RNT e RNPT, juntamente com suas famílias. Houve perda de 3 famílias ao longo do estudo (2 RNT e 1 RNPT), por motivo de viagem e/ou falta de disponibilidade de horários dos pais para as avaliações. Ao final das coletas, os participantes foram 22 RNT e 19 RNPT, e suas famílias. O cálculo amostral, realizado com o software estatístico G*Power, baseou-se em tamanho de efeito estimado de magnitude moderada ($w=0.60$), teste bidirecional, $\alpha=0.05$, poder de 0.80, dois grupos independentes e três avaliações longitudinais. Uma amostra de 36 participantes (18 em cada grupo) foi estimada como necessária para evidenciar os efeitos testados. Foram incluídos RNPT (IG < 37 semanas) e a RNT (IG \geq 37 semanas) saudáveis, provenientes de gravidez única, com ausência de má-formação congênita ou complicações genéticas.

Instrumentos

Prioridades no Cuidado Domiciliar

As prioridades e demandas relacionadas ao cuidado do recém-nascido, ou seja, as principais dificuldades e necessidades em cada um dos três momentos de convivência domiciliar, foram identificadas em entrevista semiestruturada realizada com o cuidador principal da criança, através da seguinte solicitação: *“Por favor, cite as prioridades no cuidado do seu recém-nascido, ou seja, as principais dificuldades e necessidades que você está tendo que lidar referentes ao cuidado do seu filho. O que está sendo mais complicado e desafiador para você no momento? Classifique essas dificuldades/necessidades em ordem de importância, ou seja, da mais importante para a menos importante, de acordo com a sua opinião”*. As demandas relatadas foram elencadas em ordem de importância ou dificuldade de realização, em cada avaliação longitudinal, pelo cuidador principal, sem limitações quanto a quantidade de prioridades, e registradas por escrito.

Classificação Socioeconômica das Famílias

Os pais responderam o questionário de classificação socioeconômica da Associação Brasileira das Empresas de Pesquisa (ABEP, 2018), com informações sobre a presença e quantidade de itens eletrodomésticos, bens de consumo e grau de escolaridade do chefe da família. A pontuação final varia de 0 a 100 e é convertida

em estratos socioeconômicos hierárquicos (A, B1, B2, C1, C2, D, E), fornecendo também a renda média da família. Estratos superiores refletem maior pontuação e ilustram nível socioeconômico mais elevado.

Alberta Infant Motor Scale (AIMS)

A AIMS é uma escala observacional padronizada que avalia a atividade motora grossa do nascimento aos 18 meses de idade, considerando a idade corrigida para crianças nascidas pré-termo (Piper & Darrah, 1994). Ela é composta por 58 itens que analisam habilidades motoras, movimentos antigravitacionais e descarga de peso, em quatro subescalas: prono, supino, sentado e de pé. Cada item é pontuado com resposta dicotômica simples, com escore 1 (um) para “item observado” e 0 (zero) para “item não observado”. O somatório das pontuações das subescalas resulta no escore total. A aplicação foi realizada nas casas das crianças e as avaliações foram filmadas e pontuadas por examinador treinado. Essa escala foi traduzida e validada para aplicação em crianças brasileiras (Valentini & Sacconi, 2012). No presente estudo o teste AIMS foi utilizado para caracterizar a amostra quanto ao seu desenvolvimento motor grosso.

Affordances in the Home Environment for Motor Development – Infant Scale (AHEMD – IS)

O AHEMD-IS é um instrumento de avaliação que utiliza o relato dos pais para informações sobre a qualidade e quantidade de oportunidades no ambiente domiciliar que favorecem o desenvolvimento motor infantil (Caçola, Gabbard, Santos, & Batistela, 2011). Esse estudo utilizou a versão específica para bebês, que apesar de ter sido desenvolvida para bebês de idade entre 3 e 18 meses, já foi utilizada em outras pesquisas com bebês a partir do nascimento (Sacconi *et al.*, 2013). O AHEMD-IS contém 35 itens divididos em 4 dimensões: espaço físico, variedade de estimulação, brinquedos de motricidade grossa e brinquedo de motricidade fina. Os itens são pontuados em três tipos de escalas: dicotômica simples, escala Likert (4 pontos) e frequência. O escore de cada dimensão e o escore total são obtidos pela soma das pontuações dos itens. Intervalos de escores das dimensões são estratificados em quatro categorias que descrevem a estimulação do ambiente onde a criança vive como sendo “menos que adequada”,

“moderadamente adequada”, “adequada” e “excelente”. Este questionário apresenta tradução e validação para aplicação no Brasil (Caçola, Gabbard, Montebelo & Santos, 2015).

Procedimentos

Os pais de RNPT e RNT nascidos no HRTN, que cumpriram os critérios de inclusão, foram contatados por telefone logo após a alta hospitalar. Aqueles que se interessaram em participar do estudo receberam explicações sobre os objetivos e procedimentos, bem como verificação sobre a disponibilidade de participação. Buscou-se equivalência entre os grupos quanto a ordem de nascimento da criança na família.

As avaliações ocorreram no domicílio das famílias, em horário de maior conveniência informado pelos pais. As visitas foram realizadas em três momentos: sete dias (tempo 1: T1), trinta dias (tempo 2: T2) e sessenta dias (tempo 3: T3) após a alta hospitalar. O Critério de Classificação Econômica (ABEP, 2018) foi administrado com o cuidador principal somente na primeira avaliação. A aplicação do teste AIMS deu-se nas duas últimas avaliações (T2 e T3), com filmagem das coletas. A avaliação das prioridades no cuidado domiciliar e o AHEMD-IS foram realizados nos três momentos.

Dados clínicos e demográficos foram verificados nos prontuários hospitalares, incluindo informações maternas (idade, acompanhamento pré-natal, complicações gestacionais, tipo de parto, número de gestações/filhos/abortos) e informações do nascimento (idade gestacional e peso ao nascimento, Apgar no 1º e 5º minuto, tempo de internação, complicações clínicas).

No intuito de controlar importante ameaça a validade interna do presente estudo, buscou-se a equivalência entre grupos quanto a ordem de nascimento do bebê, que pode interferir na habilidade da família em lidar com as demandas do cuidado.

Análise dos dados

As prioridades no cuidado domiciliar reportadas pelo cuidador principal foram agrupadas em áreas funcionais, de acordo com suas características e similaridades. A distribuição de frequência das categorias de prioridades em cada grupo e em cada momento de avaliação foram analisadas. Testes qui-quadrado compararam os dois grupos (RNPT e RNT) em uma mesma área de prioridade funcional. A análise do efeito do tempo na determinação de mudanças nos relatos de prioridade em cada grupo foi feita com o teste de Cochran.

Testes de Shapiro-Wilk avaliaram a normalidade dos dados em cada grupo, para cada variável. Quando as distribuições apresentaram características gaussianas, testes-t para grupos independentes foram usados, caso contrário, testes de Mann-Whitney U compararam os grupos. Quanto às oportunidades ambientais na residência, utilizamos testes-t para grupos independentes e testes de Mann-Whitney U para comparar os grupos nas pontuações das dimensões/escore total do AHEMD. Modelo de regressão linear misto testou o efeito do tempo nas oportunidades ambientais em cada grupo. As mudanças intragrupo no escore bruto do teste AIMS foram verificadas através de testes-t pareado. Em todas as análises, considerou-se nível de significância $\alpha=0,05$.

RESULTADOS

Caracterização da Amostra

A amostra incluiu 41 bebês, sendo 22 RNT e 19 RNPT. Com relação a ordem de nascimento da criança, 59.1% e 57.9% eram o primeiro filho nas famílias dos grupos a termo e pré-termo, respectivamente. Informações descritivas sobre os participantes estão na Tabela 1.

Inserir Tabela 1

Os grupos foram estatisticamente diferentes quanto a idade gestacional ($p=0.001$), idade cronológica ($p=0.009$), peso ao nascimento ($p=0.001$) e tempo de internação ($p=0.002$). Bebês pré-termo permaneceram mais tempo internados e apresentaram mais complicações neonatais do que os RNT ($p=0.007$). O grupo RNPT teve renda média familiar inferior ao grupo RNT ($p=0.031$).

Desenvolvimento Motor

O percentil de desenvolvimento motor grosso, de ambos os grupos, manteve-se acima do indicativo de atraso no desenvolvimento motor. O percentil médio no grupo RNT foi 51TH e no grupo RNPT foi 67.9TH. Na análise intragrupo ao longo do tempo, houve aumento significativo dos escores em ambos os grupos (RNT: $p=0.001$; RNPT: $p=0.001$). Essas informações estão detalhadas na Tabela 1.

Oportunidades no Ambiente Domiciliar

Resultados das análises entre os grupos revelaram semelhança nos escores totais e dimensões do teste AHEMD – IS (Tabela 2). Observou-se efeito do tempo nas oportunidades fornecidas pelos pais no ambiente domiciliar de ambos os grupos, com aumento significativo das oportunidades associadas aos brinquedos e ao escore total. A Tabela 2 detalha os escores do teste AHEMD – IS e as comparações intra e entre grupos.

Inserir Tabela 2

Prioridades no Cuidado Domiciliar

As prioridades no cuidado domiciliar, relatadas pelo cuidador principal, foram agrupadas em dez áreas funcionais. O Quadro 1 detalha cada área funcional e caracteriza as prioridades identificadas.

Inserir Quadro 1

Resultados revelaram semelhanças entre os grupos nas prioridades de cuidado relatadas, exceto na categoria alimentação, em T1. Nessa avaliação, observou-se maior frequência de relatos de demandas relacionadas à amamentação no grupo RNT, comparado às demandas das mães do grupo RNPT ($p=0.001$).

Inserir Tabela 3

Mudanças intragrupo nos relatos de prioridades revelaram diferenças significativas, na maioria das áreas funcionais. No grupo RNT, houve redução significativa nos relatos de prioridades nas categorias alimentação ($p=0.007$), banho ($p=0.002$), sono

($p=0.028$) e cuidado com o umbigo ($p=0.001$). A categoria cuidado com a saúde apresentou aumento significativo na frequência dos relatos nesse grupo ($p=0.003$). Relatos referentes a choro, adaptação de rotinas, troca de fraldas, supervisão da criança e colo/carinho, não apresentaram mudanças significativas ao longo do tempo.

No grupo RNPT, houve redução significativa nos relatos de prioridades nas categorias banho ($p=0.015$) e cuidado com o umbigo ($p=0.001$). As prioridades referentes a cuidado com a saúde ($p=0.002$) e adaptação de rotinas ($p=0.049$) apresentaram aumento significativo ao longo do tempo. Observou-se ainda constância dos relatos referentes a alimentação ($p=0.779$) e sono ($p=0.584$), mantendo alta frequência ao longo do tempo. Demandas nas categorias choro, troca de fraldas, supervisão da criança e colo/carinho, tiveram baixa frequência de relatos, sem efeito longitudinal.

DISCUSSÃO

As demandas parentais do cuidado domiciliar de recém-nascidos pré-termo e a termo, nos primeiros dois meses de convivência em casa, foram analisadas no presente estudo. Os resultados mostraram similaridades nos relatos das prioridades entre grupos, com exceção da alimentação, cuja maior frequência de demandas ocorreu no grupo RNT, na primeira avaliação. Ao longo do tempo, os pais de crianças de ambos os grupos mudaram as prioridades de cuidado de seus filhos.

Nos primeiros dias após a alta hospitalar, quando as famílias estão estruturando uma rotina de cuidados com o recém-nascido em casa, a alimentação foi a demanda mais relatada pelos pais. Na comparação entre grupos, pais de RNT relataram com maior frequência demandas de alimentação comparados com pais de crianças pré-termo (Tabela 3). O reduzido tempo de permanência dos RNT no hospital, acrescido ao menor acesso a orientações e suporte da equipe de profissionais referente a lactação e amamentação, podem ter contribuído para esses resultados (Kunly, 2018). A vulnerabilidade clínica de RNPT resulta em mais dias de internação e, conseqüentemente, maior acesso a orientação especializada, relacionada principalmente a amamentação. Essas mães tendem a ter alta hospitalar mais

adaptadas à lactação e ao aleitamento. (Ayton, Hansen, Quinn, & Nelson, 2012). É importante destacar que no hospital onde ocorreu o recrutamento das mães, existe rotina de orientações sobre o cuidado com o bebê, disponibilizadas por profissionais treinados. Tais orientações são dadas aos pais durante a internação e no momento da alta. Nas análises longitudinais (intragrupo), as demandas de cuidado relacionadas alimentação mantiveram frequência de relatos nos dois grupos, comparada às outras demandas (T3= RNT: 50%; RNPT: 47.3%), apesar de terem diminuído significativamente no grupo RNT nos dois primeiros meses pós-alta hospitalar.

Algumas prioridades foram mais reportadas pelos pais na primeira semana em casa, mas diminuíram significativamente nas duas avaliações subsequentes (30 e 60 dias pós-alta hospitalar). Isso aconteceu com tarefas relacionadas ao banho e aos cuidados com o umbigo. As diretrizes do Cuidado Essencial ao Recém-Nascido, da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2015), trazem banho e cuidado com o umbigo como práticas essenciais na manutenção da saúde dos bebês, principalmente pela sua relação com a manutenção da temperatura corporal e susceptibilidade a infecções (Berhea, Belachew, & Abreha, 2018). Os pais tendem a pautar essas práticas de cuidado em conhecimentos prévios baseados em crenças populares, o que pode gerar ansiedade e dúvidas nos primeiros dias após a alta hospitalar (Yadav *et al.*, 2016). Tronco, Padoin, Neves e Landerdahl (2010) argumentam que mães de recém-nascidos se sentem despreparadas e receosas com relação ao banho e a higiene do coto umbilical, por medo do bebê se machucar ou ter alguma infecção, mesmo que já tenham tido essas experiências com outros filhos. À medida que a família implementa a rotina dos banhos e ocorre a queda do coto umbilical, no primeiro mês de vida da criança, verifica-se uma redução significativa de relatos nessas demandas em ambos os grupos.

Demandas relacionadas ao sono do bebê também tiveram alta frequência de relatos iniciais com redução significativa no grupo RNT e manutenção no grupo RNPT (Tabela 3). Recém-nascidos e lactentes apresentam ciclos curtos de sono, alternando momentos tranquilos com períodos de leve despertar (Dereymaeker *et al.*, 2017). Yu, Sadeh, Lam, Mindell e Li (2017) analisaram o padrão de sono de

1049 crianças com idades entre 0 e 36 meses e encontraram mudanças significativas nos padrões de sono e vigília relacionadas à idade. Nos dois primeiros meses de vida, o sono dos bebês caracterizou-se por cochilos diários longos e maior tempo acordados durante a noite, em comparação com bebês de 3 a 5 meses. A manutenção dessa demanda exclusivamente no grupo de RNPT pode ser atribuída a fatores fisiológicos, relacionados a organização do padrão de sono e a maturação cerebral (Calciolari & Montiroso, 2011). Tal demanda pode interferir na qualidade de vida dos pais de RNPT. Em uma revisão sistemática sobre o sono de pais de prematuros, Haddad, Dennis, Shah e Stremmler (2019) relataram menos horas de sono dos pais durante os primeiros meses após a alta hospitalar, em comparação com o recomendado. Em acréscimo, esses pais apresentaram uma qualidade de sono ruim e fragmentada, decorrente principalmente do estresse para lidar com a rotina diária de cuidados.

As demandas do cuidado com a saúde do bebê não foram diferentes entre os grupos, porém, apresentaram mudanças significativas ao longo do tempo em ambos os grupos. Os resultados mostraram aumento dos relatos dos pais a partir do 1º mês em casa (T2). Esse período coincide com dois eventos importantes na rotina de cuidados da criança, que são as cólicas recorrentes e a vacinação. As cólicas manifestam-se por gritos agudos e choro inconsolável do bebê nos primeiros três meses de vida, com início a partir dos 21 dias pós-termo. Tais comportamentos geram sentimento de culpa, raiva e frustração nos pais, impactando em menor interação com o bebê (Gardner, Adkins, Hart, Travagli, & Doheny, 2018). No presente estudo, queixas de choro da criança por cólica foram incluídas na categoria de cuidados com a saúde. Quanto a imunização infantil, as mães relatam dificuldade de seguir o calendário de vacinas e lidar com as respectivas reações adversas como febre e enjoos. Segundo Schimidt & Higarashi (2012), as mães apontaram que a dificuldade no acompanhamento da rotina de imunização e a falta de orientação especializada são motivos de preocupação quanto a vacinação de seus filhos. Ações efetivas de orientação e acompanhamento das mães quanto a vacinação e as cólicas neonatais reduziram as dúvidas e receios dessas famílias.

As prioridades parentais relacionadas a adaptação de rotinas tiveram um aumento significativo no grupo RNPT, com demandas associadas a organização das medicações do bebê, necessidade de ajuda no cuidado e retorno ao trabalho. As vulnerabilidades clínicas dessa população podem dificultar a terceirização do cuidado por parte dos pais, que sentem uma necessidade de vigilância constante da criança por medo e inseguranças quanto a sua possibilidade de retorno ao hospital e ao seu desenvolvimento. Em Amorim, Alves, Kelly-Irving, Ribeiro, & Silva (2018), pais de prematuros descreveram dificuldades em manter as rotinas do bebê, principalmente nos primeiros seis meses de convivência em casa, com comprometimento da qualidade de vida dessas famílias, com fadiga, stress, distúrbios de sono e ansiedade.

A necessidade das mães em retornar ao trabalho, que foram as cuidadoras principais em todas as famílias avaliadas, pode ser um momento desafiador, no qual o desejo de cuidar e manter-se próximo dos filhos vai de encontro a um realidade de empregos informais, com necessidade de retorno precoce ao trabalho e provimento financeiro da casa, realidade que pode ser afetada pelo fato desse grupo apresentar uma menor renda média familiar e um nível socioeconômico mais baixo (Moura *et al.*, 2017). É essencial um aprofundamento nessa temática, com a investigação do impacto da renda familiar nas estratégias de cuidado dos pais.

As categorias funcionais referentes a troca de fraldas, choro, supervisão da criança e colo/carinho tiveram baixa frequência de relatos em ambos os grupos. Comparadas com outras categorias, os pais de bebês nascidos pré-termo e a termo parecem não se preocupar com essas demandas, nos dois primeiros meses pós-alta hospitalar. No processo de implementação de uma rotina de cuidados do bebê, os pais criam estratégias para lidar com certas atividades e podem contar com rede de suporte para auxílio em demandas específicas do recém-nascido (Boykova, 2016). Tais estratégias facilitam a rotina, tornando-a menos exaustiva. O apoio social da família e dos amigos ajuda os pais a administrarem de maneira menos desgastante as necessidades e as demandas do cuidado do recém-nascido (Adama *et al.*, 2016).

Os bebês de ambos os grupos apresentaram ganho significativo no desenvolvimento motor grosso, com aumento dos scores entre 30 e 60 dias pós-alta hospitalar. A análise do nível de estimulação ambiental domiciliar, realizada através do teste *Affordances in the Home Environment for Motor Development (AHEMD – IS)*, revelou aumento nos escores totais e no domínio Brinquedos de Motricidade Grossa de ambos os grupos. Estímulos ambientais são essenciais para o desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida, e as mudanças longitudinais observadas em ambos os grupos demonstram relação entre as oportunidades ambientais e o desenvolvimento motor grosso (Miquelote, Santos, Caçola, Montebelo, & Gabbard, 2012). Entretanto, não é possível inferir sobre a temporalidade dessas mudanças. Não sabemos se os ganhos no desenvolvimento motor grosso dos bebês são consequentes de melhora na estimulação do seu ambiente domiciliar ou se aquisições de habilidades motoras grossas das crianças promoveram as interações dos pais com os bebês, levando-os a estimularem mais os seus filhos. Futuros estudos poderão investigar o sentido da relação entre essas mudanças (Mori, Nakamoto, Mizuochi, Ikudome, & Gabbard, 2013; Valadi & Gabbard, 2018).

Uma possível limitação desse estudo refere-se à idade gestacional do grupo RNPT. A maioria dos bebês foram prematuros tardios, com idade gestacional média de 35 semanas. Prematuros extremos são mais vulneráveis a apresentarem complicações neuromotoras e comportamentais, podendo interferir na rotina do cuidado. É necessário investigar o efeito da idade gestacional ao nascimento nas demandas de cuidado de bebês pré-termo.

As prioridades funcionais e demandas associadas à alimentação, banho, sono e cuidado com a saúde foram o principal foco nos relatos de necessidades enfrentados pelos pais nos primeiros dois meses após a alta hospitalar. Além disso, pais de prematuros apresentaram maior dificuldade em relação a adaptação das rotinas de cuidado com o bebê. Os resultados encontrados contribuem para a compreensão das necessidades de cuidado dos recém-nascidos no ambiente domiciliar, permitindo o desenvolvimento de ações de saúde direcionadas as reais necessidades de cada família, com abordagens específicas para o contexto de demandas domiciliares e aprimoramento das estratégias utilizadas nas orientações

fornecidas pelos profissionais de saúde durante a internação e no momento da alta hospitalar. É importante destacar que essas orientações devem ser realizadas de maneira efetiva tanto para RNT quanto para RNPT, com formatos distintos de acordo com o tempo de internação de cada criança.

AGRADECIMENTOS

Ao Hospital Risoleta Tolentino Neves pelo apoio e logística para o recrutamento e contato com os participantes.

REFERÊNCIAS

- Adama, E. A., Candidate, R. N., Bayes, S., Lecturer, S., & Sundin, D. (2016). Parents experiences of caring for preterm infants after discharge from neonatal intensive care unit: A meta-synthesis of the literature. *Journal of Neonatal Nursing*, **22**(1), 27–51. doi:10.1016/j.jnn.2015.07.006
- Amorim, M., Alves, E., Kelly-Irving, M., Ribeiro, A. I., & Silva, S. (2018). Quality of life of parents of very preterm infants 4 months after birth: a mixed methods study. *Health and Quality of Life Outcomes*, **16**(1), 178. doi:10.1186/s12955-018-1011-y
- Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa - ABEP. (2018). Critério de Classificação Econômica Brasil. Disponível em <http://www.abep.org/criterio-brasil>.
- Ayton, J., Hansen, E., Quinn, S., & Nelson, M. (2012). Factors associated with initiation and exclusive breastfeeding at hospital discharge: late preterm compared to 37 week gestation mother and infant cohort. *International Breastfeeding Journal*, **7**(16), 1–6. doi:10.1186/1746-4358-7-16
- Berhea, T. A., Belachew, A. B., & Abreha, G.F. (2018). Knowledge and practice of Essential Newborn Care among postnatal mothers in Mekelle City, North Ethiopia: A population-based survey. *PLoS One*. **13**(8), e0202542. doi:10.1371/journal.pone.0202542
- Bilgin, A., & Wolke, D. (2015). Maternal sensitivity in parenting preterm children: A meta-analysis. *Pediatrics*, **136**(1), 177-193. doi:10.1542/peds.2014-3570
- Boykova, M. (2016). Life after discharge: what parents of preterm infants say about their transition to home. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, **16**(2), 58-65. doi:10.1053/j.nainr.2016.03.002
- Calciolari, G., & Montiroso, R. (2011). The sleep protection in the preterm infants. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, **24**(S1), 12-14. doi: 10.3109/14767058.2011.607563.
- Caçola, P., Gabbard, C., Santos, D. C., & Batistela, A. C. (2011). Development of the Affordances in the Home Environment for Motor Development-Infant Scale. *Pediatrics International*, **53**(6), 820–825. doi:10.1111/j.1442-200X.2011.03386.x

- Caçola, P., Gabbard, C., Montebelo, M. I. L., & Santos, D. C. (2015). The new affordances in the home environment for motor development - infant scale (AHEMD-IS): Versions in English and Portuguese languages. *Brazilian Journal of Physical Therapy*, **19**(6), 507–525. doi:10.1590/bjpt-rbf.2014.0112
- Dereymaeker, A., Pillay, K., Vervisch, J., De Vos, M., Van Huffel, S., Jansen, K., & Naulaers, G. (2017). Review of sleep-EEG in preterm and term neonates. *Early Human Development*, **113**, 87–103. doi:10.1016/j.earlhumdev.2017.07.003
- Feldman, R. (2007). Parent-infant synchrony and the construction of shared timing: physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, **48**(3/4), 329–354. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01701.x
- Gardner, F. C., Adkins, C. S., Hart, S. E., Travagli, R. A., & Doheny, K. K. (2018). Preterm stress behaviors, autonomic indices, and maternal perceptions of infant colic. *Advances in neonatal care*, **18**(1), 49–57. doi:10.1097/ANC.0000000000000451
- Garel, M., Dardennes, M., & Blondel, B. (2007). Mothers' psychological distress 1 year after very preterm childbirth. Results of the EPIPAGE qualitative study. *Child: Care, Health and Development*, **33**(2), 137-143. doi:10.1111/j.1365-2214.2006.00663.x
- Garfield, C. F., Lee, Y., & Kim, H. N. (2014). Paternal and maternal concerns for their very low-birth-weight infants transitioning from the NICU to home. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, **28**(4), 305-312. doi:10.1097/JPN.0000000000000021
- Gibson, E. J. (2002). *Perceiving the affordances: A portrait of two psychologists*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Haddad, S., Dennis, C. L., Shah, P. S., & Stremler, R. (2019). Sleep in parents of preterm infants: A systematic review. *Midwifery*, **73**, 35-48. doi:10.1016/j.midw.2019.01.009
- Jefferies, A. L. (2014). Going home: Facilitating discharge of the preterm infant. *Paediatrics & Child Health*, **19**(1), 31–42.
- King, G., Williams, L., & Goldberg, H. (2017). Family-oriented services in pediatric rehabilitation: a scoping review and framework to promote parent and family

- wellness. *Child: Care, Health and Development*, **43**(3), 334-347. doi:10.1111/cch.12435.
- Kuhnly, J. E. (2018). Sustained Breastfeeding and Related Factors for Late Preterm and Early Term Infants. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, **32**(2), 175–188. doi:10.1097/JPN.0000000000000331
- Loi, E. C., Vaca, K., Ashland, M. D., Marchman, V. A., Fernald, A., & Feldman, H. M. (2017). Quality of caregiver-child play interactions with toddlers born preterm and full term: Antecedents and language outcome. *Early Human Development*, **115**, 110–117. doi:10.1016/j.earlhumdev.2017.10.001
- Lundqvist, P., Hellström-Westas, L., & Hallström, I. (2014). Reorganizing life: A qualitative study of fathers' lived experience in the 3 years subsequent to the very preterm birth of their child. *Journal of Pediatric Nursing*, **29**(2), 124-131. doi:10.1016/j.pedn.2013.10.008
- McMahon, G. E., Spencer-Smith, M. M., Pace, C. C., Spittle, A. J., Stedall, P., Richardson, K., Cheong, J.L.Y., Doyle, L.W., Anderson, P.J., & Treyvaud, K. (2019). Influence of Fathers' Early Parenting on the Development of Children Born Very Preterm and Full Term. *The Journal of Pediatrics*, **205**, 195-205. doi:10.1016/j.jpeds.2018.09.073
- Miquelote, A. F., Santos, D. C. C., Caçola, P. M., Montebelo, M. I., & Gabbard, C. (2012). Effect of the home environment on motor and cognitive behavior of infants. *Infant Behavior and Development*, **35**(3), 329–334. doi:10.1016/j.infbeh.2012.02.002
- Mori, S., Nakamoto, H., Mizuochi, H., Ikudome, S., & Gabbard, C. (2013). Influence of affordances in the home environment on motor development of young children in Japan. *Child Development Research*, **2013**, 1–5. doi:10.1155/2013/898406
- Moura, M. R., Araújo, C. G., Prado, M. M., Paro, H. B., Pinto, R.M., Abdallah, V. O., Mendonça, T. M., & Silva, C. H. (2017). Factors associated with the quality of life of mothers of preterm infants with very low birth weight: a 3-year follow-up study. *Quality of Life Research*, **26**(5), 1349–1360. doi:10.1007/s11136-016-1456-6
- Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Jaunin, L., Borghini, A., & Ansermet, F. (2004). Prematurity, maternal stress and mother-child

- interactions. *Early Human Development*, **79**(2), 145–158. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2004.05.002
- Naughton, A., Perkins, L., McMinn, B., & Kemp, A. (2018). Using an observation tool (Parent–Infant Interaction Observation Scale) to assess parent–infant interaction in the first 2 weeks of life: A feasibility study. *Child: Care, Health and Development*, **45**(2), 271–285. doi: 10.1111/cch.12637.
- Neel, M. L. M., Stark, A. R., & Maitre, N. L. (2018). Parenting style impacts cognitive and behavioural outcomes of former preterm infants: A systematic review. *Child: Care, Health and Development*, **44**(4), 507–515. doi: 10.1111/cch.12561
- Piper, M. C., & Darrah, J. (1994). *Motor Assessment of the Developing Infant*. Philadelphia: Saunders.
- Rowe, J., & Jones, L. (2010). Discharge and beyond. A longitudinal study comparing stress and coping in parents of preterm infants. *Journal of Neonatal Nursing*, **16**(6), 258–266. doi:10.1016/j.jnn.2010.07.018
- Saccani, R., Valentini, N. C., Pereira, K. R., Müller, A.B., Gabbard, C. (2013). Associations of biological factors and affordances in the home with infant motor development. *Pediatrics International*, **55**(2), 197–203. doi:10.1111/ped.12042
- Schmidt, K. T., & Higarashi, I. E. (2012). Experiência Materna no cuidado domiciliar ao recém-nascido prematuro. *Revista Mineira de Enfermagem*. **16**(3), 391–399.
- Stoffregen, T. A. (2000). Affordances and events. *Ecological Psychology*, **12**(1), 1–28. doi:10.1207/S15326969ECO1201_1
- Treyvaud, K., Anderson, V. A., Howard, K., Bear, M., Hunt, R. W., Doyle, L. W., Inder, T. E., Woodward, L., & Anderson, P. J. (2009). Parenting behavior is associated with the early neurobehavioral development of very preterm children. *Pediatrics*, **123**(2), 555–561. doi: 10.1542/peds.2008-0477
- Tronco, C. S., Padoin, S. M. M., Neves, E. T., & Landerdahl, M. C. (2010). Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepção de familiares. *Revista de Enfermagem UERJ*. **18**(1), 108–113.

- Valadi, S., & Gabbard, C. (2018). The effect of affordances in the home environment on children's fine- and gross motor skills. *Early Child Development and Care*. doi:10.1080/03004430.2018.1526791
- Valentini, N. C., & Saccani, R. (2012). Brazilian validation of the Alberta Infant Motor Scale. *Physical Therapy*, **92**(3), 440–447. doi:10.2522/ptj.20110036
- WHO, UNICEF. (2015). *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: a guide for essential practice*. 3rd. Geneva: Switzerland.
- Wolf, M. J., Koldewijn, K., Beelen, A., Smit, B., Hedlund, R., & de Groot, I. J. (2002). Neurobehavioral and developmental profile of very low birthweight preterm infants in early infancy. *Acta Paediatrica*, **91**(8), 930-938. doi:10.1111/j.1651-2227.2002.tb02858.x
- Yadav, S. P., Saund, M., Thakur, J., Yadav, P., & Yadav, S. K. (2016). Knowledge, attitude and practices on the care of the newborn in postnatal mothers delivering at a tertiary care centre in Nepal. *Sri Lanka Journal of Child Health*. **45**(3), 189–192.
- Yaari, M., Mankuta, D., Harel-Gadassi, A., Friedlander, E., Bar-Oz, B., Eventov-Friedman, S., Maniv, N., Zucker, D., & Yirmiya, N. (2018). Early developmental trajectories of preterm infants. *Research in Developmental Disabilities*, **81**, 12-23. doi:10.1016/j.ridd.2017.10.018
- Yu, X., Sadeh, A., Lam, H. S., Mindell, J. A., & Li, A. M. (2017). Parental behaviors and sleep/wake patterns of infants and toddlers in Hong Kong, China. *World Journal of Pediatrics*, **13**(5), 496–502. doi:10.1007/s12519-017-0025-6

Quadro 1. Categorização funcional das prioridades no cuidado domiciliar identificadas pelos cuidadores principais.

| CATEGORIA FUNCIONAL | DESCRIÇÃO DAS PRIORIDADES RELATADAS PELO CUIDADOR PRINCIPAL |
|------------------------------|--|
| Alimentação | Aspectos maternos (e.g., dor ao amamentar, lesão nos seios e mamilos, introdução de fórmula/ mamadeira) e da criança (e.g., orientação de livre demanda para amamentação, arrotar, refluxos) no processo de amamentação. |
| Banho | Dificuldade ou receio de dar banho na criança, devido a motivos como: ser muito pequena, medo de segurá-la na banheira, dores durante o banho devido ao posicionamento pós-parto. |
| Sono | Ausência de rotina noturna da criança, com intervalos curtos de sono, acordando inúmeras vezes durante a noite. |
| Cuidado com a saúde | Relatos referentes ao cuidado ou preocupação com a saúde da criança, incluindo cólicas, vacinação, adoecimento, temperatura corporal e do ambiente e limpeza geral do ambiente. |
| Choro | Dificuldade em lidar com o choro constante da criança, sem ter clareza sobre os motivos do choro. |
| Adaptação de rotinas | Adaptação das rotinas familiares às necessidades e demandas da criança. |
| Troca de fraldas | Necessidade de trocas recorrentes de fraldas ou dificuldade na realização da atividade. |
| Supervisão da criança | Preocupação com a observação constante e segurança da criança. |
| Cuidado com o umbigo | Higiene e limpeza diária do coto umbilical. |
| Colo e carinho | Necessidade e solicitação constante da criança por colo/aconchego/carinho. |

Tabela 1. Caracterização da amostra

| Informações Neonatais | RNT (n=22) | | | RNPT (n=19) | | | Valor-p |
|---------------------------------|------------|----------|--------------|-------------|----------|-------------|-------------------|
| | Média | DP | Mín - Máx | Média | DP | Mín - Máx | |
| Idade Gestacional (semanas) | 39.31 | 1.23 | 37.1 - 41.2 | 35.36 | 2.58 | 25.2 - 36.8 | 0.001* |
| Idade Cronológica (dias) | 11.04 | 2.05 | 8 - 17 | 19.15 | 24.89 | 8 - 121 | 0.009* |
| Peso ao Nascimento (gramas) | 3212 | 475 | 2425 - 3995 | 2365 | 590 | 750 - 3260 | 0.001** |
| Tempo de Internação (dias) | 3 | 1.77 | 1 - 8 | 11.36 | 25.03 | 1 - 114 | 0.002* |
| Apgar 1º minuto | 7.68 | 1.4 | 4 - 9 | 7.57 | 1.89 | 2 - 9 | 0.924† |
| Apgar 5º minuto | 9.13 | 0.77 | 7 - 10 | 8.94 | 0.70 | 7 - 10 | 0.337† |
| Idade Corrigida (semanas) | | | | 37.87 | 7.37 | 36 - 41.2 | |
| | N | % | | N | % | | |
| Sexo Feminino | 13 | 54.1% | | 7 | 36.8% | | 0.155† |
| Sexo Masculino | 9 | 40.9% | | 12 | 63.2% | | |
| Complicações Neonatais | 15 | 68.2% | | 19 | 100% | | 0.007† |
| Informações Familiares | Média | DP | Mín - Máx | Média | DP | Mín - Máx | |
| Idade Materna (anos) | 27,59 | 5,80 | 18 - 41 | 26,57 | 7,34 | 18 - 37 | 0.591* |
| Idade Paterna (anos) | 30,95 | 7,02 | 20 - 43 | 28,21 | 9,56 | 18 - 57 | 0.135* |
| Renda Média (R\$) | 4140 | 4529 | 1691 - 23345 | 2619 | 2476 | 708 - 10386 | 0.031* |
| Número de Pessoas na Residência | 4,45 | 2,06 | 2 - 12 | 4,63 | 1,49 | 2 - 7 | 0.346* |
| | N | % | | N | % | | |
| <u>Escolaridade Materna</u> | | | | | | | |
| Ensino Fundamental Completo | 6 | | 27.3% | 8 | | 42.1% | |
| Ensino Médio Completo | 16 | | 72.7% | 11 | | 57.9% | 0.318† |
| <u>Escolaridade Paterna</u> | | | | | | | |
| Ensino Fundamental Completo | 11 | | 50% | 11 | | 57.9% | |
| Ensino Médio Completo | 11 | | 50% | 8 | | 42.1% | 0.613† |
| <u>Número de Filhos</u> | | | | | | | |
| 01 | 13 | | 59.1% | 11 | | 58% | |
| 02 | 6 | | 27.3% | 4 | | 21% | 0.782† |
| 03 ou mais | 3 | | 13.6% | 4 | | 21% | |
| AIMS (Score Bruto) | Média | DP | Mín - Máx | Média | DP | Mín - Máx | |
| Tempo 2 | 7,81 | 1,00 | 6 - 10 | 6,26 | 1,69 | 8 - 12 | |
| Tempo 3 | 9,40 | 1,00 | 4 - 9 | 8,26 | 1,79 | 5 - 12 | |
| T2 x T3 | | | | | | | p= 0.001†† |

RNT: Recém-nascido a termo; RNPT: Recém-nascido pré-termo; AIMS: Alberta Infant Motor Scale; T2 (Tempo 2): 30 dias após a alta; T3 (Tempo 3): 60 dias após a alta.

*Teste Mann-Whitney U

**Teste-t para grupos independente

†Teste qui-quadrado

††Teste-t pareado

Tabela 2. Comparação intragrupo e entre grupos (3 avaliações) nos escores totais e dimensões do teste AHMED-IS

| Espaço Físico (EF) | RNT (n=22) | | | RNPT (n=19) | | | Valor-p |
|--|------------|---------------------|-----------|-------------|---------------------|-----------|---------|
| | Média | DP | Mín / Máx | Média | DP | Mín / Máx | |
| T1 | 2.72 | 1.72 | 0 - 6 | 2.73 | 1.48 | 0 - 6 | 0.985** |
| T2 | 2.90 | 2.02 | 0 - 7 | 3.05 | 1.31 | 0 - 6 | 0.792** |
| T3 | 2.95 | 2.01 | 0 - 7 | 3.10 | 1.19 | 0 - 6 | 0.777** |
| T1 x T2 | | $p = 0.318^\dagger$ | | | $p = 0.064^\dagger$ | | |
| T2 x T3 | | $p = 0.212^\dagger$ | | | $p = 0.031^\dagger$ | | |
| Variedade de Estimulação (VE) | | | | | | | |
| T1 | 11.04 | 1.36 | 9 - 14 | 11.42 | 1.38 | 8 - 14 | 0.388** |
| T2 | 11.31 | 1.91 | 8 - 15 | 11.73 | 1.32 | 9 - 16 | 0.648* |
| T3 | 11.63 | 1.89 | 7 - 15 | 11.63 | 1.57 | 8 - 14 | 0.993** |
| T1 x T2 | | $p = 0.587^\dagger$ | | | $p = 0.466^\dagger$ | | |
| T2 x T3 | | $p = 0.240^\dagger$ | | | $p = 0.627^\dagger$ | | |
| Brinquedos de Motricidade Grossa (MG) | | | | | | | |
| T1 | 1.04 | 0.89 | 0 - 3 | 1.52 | 0.90 | 0 - 3 | 0.096** |
| T2 | 2.27 | 1.38 | 1 - 6 | 2.63 | 1.25 | 1 - 6 | 0.253* |
| T3 | 3.36 | 1.64 | 1 - 7 | 2.94 | 1.26 | 1 - 6 | 0.376** |
| T1 x T2 | | $p = 0.001^\dagger$ | | | $p = 0.001^\dagger$ | | |
| T2 x T3 | | $p = 0.001^\dagger$ | | | $p = 0.001^\dagger$ | | |
| Brinquedos de Motricidade Fina (MF) | | | | | | | |
| T1 | 0.13 | 0.46 | 0 - 2 | 0.15 | 0.37 | 0 - 1 | 0.565* |
| T2 | 0.59 | 0.79 | 0 - 3 | 0.36 | 0.59 | 0 - 2 | 0.354* |
| T3 | 1.36 | 1.00 | 0 - 4 | 1.05 | 0.97 | 0 - 4 | 0.229** |
| T1 x T2 | | $p = 0.007^\dagger$ | | | $p = 0.183^\dagger$ | | |
| T2 x T3 | | $p = 0.001^\dagger$ | | | $p = 0.001^\dagger$ | | |
| Pontuação Total (T) | | | | | | | |
| T1 | 14.95 | 2.29 | 11 - 19 | 15.84 | 2.11 | 11 - 19 | 0.208** |
| T2 | 17.09 | 3.10 | 10 - 23 | 17.78 | 2.17 | 15 - 23 | 0.416** |
| T3 | 19.31 | 3.57 | 11 - 26 | 18.73 | 2.05 | 15 - 23 | 0.536** |
| T1 x T2 | | $p = 0.001^\dagger$ | | | $p = 0.001^\dagger$ | | |
| T2 x T3 | | $p = 0.001^\dagger$ | | | $p = 0.001^\dagger$ | | |

RNT: Recém-nascido a termo; RNPT: Recém-nascido pré-termo; T1 (Tempo 1): 7 dias após a alta hospitalar; T2 (Tempo 2): 30 dias após a alta hospitalar; T3 (Tempo 3): 60 dias após a alta hospitalar.

AHEMD: Affordances in the Home Environment for Motor Development; Pontuação das dimensões: EF: 0 - 7; VE: 0 - 20; MG: 0 - 12; MF: 0 - 10; T: 0 - 49.

*Teste Mann-Whitney U

**Teste-t para grupos independentes

†Modelo de Regressão linear misto

Tabela 3. Prioridades parentais no cuidado domiciliar entre grupos e ao longo do tempo.

| Prioridades | Tempo | Grupos [†] | | Entre grupos | Intra RNT | Intra RNPT |
|-----------------------|-------|---------------------|---------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | RNT N (%) | RNPT N (%) | Valor-p [*] | Valor-p ^{**} | Valor-p ^{**} |
| Alimentação | T1 | 21 (95.4%) | 10 (52.6%) | 0.001 | | |
| | T2 | 14 (63.6%) | 8 (42.1%) | 0.168 | 0.007 | 0.779 |
| | T3 | 11 (50%) | 9 (47.3%) | 0.867 | | |
| Banho | T1 | 10 (45.4%) | 6 (31.5%) | 0.364 | | |
| | T2 | 3 (13.6%) | 2 (10.5%) | 0.762 | 0.002 | 0.015 |
| | T3 | 2 (9%) | 1 (5.2%) | 0.639 | | |
| Sono | T1 | 12 (54.5%) | 9 (47.3%) | 0.647 | | |
| | T2 | 13 (59%) | 10 (52.6%) | 0.678 | 0.028 | 0.584 |
| | T3 | 6 (27.2%) | 7 (36.8%) | 0.511 | | |
| Cuidado com a Saúde | T1 | 9 (40.9%) | 8 (42.1%) | 0.938 | | |
| | T2 | 19 (86.3%) | 15 (78.9%) | 0.529 | 0.003 | 0.002 |
| | T3 | 18 (81.8%) | 18 (94.7%) | 0.207 | | |
| Choro | T1 | 1 (4.5%) | 2 (10.5%) | 0.463 | | |
| | T2 | 2 (9%) | 2 (10.5%) | 0.877 | 0.368 | 1.000 |
| | T3 | 0 (0%) | 2 (10.5%) | 0.119 | | |
| Adaptação de Rotinas | T1 | 1 (4.5%) | 0 (0%) | 0.347 | | |
| | T2 | 3 (13.6%) | 2 (10.5%) | 0.762 | 0.549 | 0.049 |
| | T3 | 2 (9%) | 4 (21%) | 0.280 | | |
| Troca de Fraldas | T1 | 1 (4.5%) | 1 (5.2%) | 0.915 | | |
| | T2 | 0 (0%) | 0 (0%) | - | 0.368 | 0.368 |
| | T3 | 0 (0%) | 0 (0%) | - | | |
| Supervisão da criança | T1 | 2 (9%) | 1 (5.2%) | 0.639 | | |
| | T2 | 1 (4.5%) | 0 (0%) | 0.347 | 0.311 | 0.174 |
| | T3 | 4 (18.1%) | 3 (15.7%) | 0.839 | | |
| Cuidado com o umbigo | T1 | 10 (45.4%) | 9 (47.3%) | 0.902 | | |
| | T2 | 1 (4.5%) | 0 (0%) | 0.347 | 0.001 | 0.001 |
| | T3 | 0 (0%) | 0 (0%) | - | | |
| Colo e Carinho | T1 | 0 (0%) | 0 (0%) | - | | |
| | T2 | 3 (13.6%) | 1 (5.2%) | 0.368 | 0.165 | 0.074 |
| | T3 | 3 (13.6%) | 4 (21%) | 0.529 | | |

RNT: Recém-nascido a termo; RNPT: Recém-nascido pré-termo;

T1 (Tempo 1): 7 dias após a alta hospitalar; T2 (Tempo 2): 30 dias após a alta hospitalar; T3(Tempo 3): 60 dias após a alta hospitalar.

[†]Frequência dos relatos das prioridades em cada categoria (porcentagem).^{*}Teste qui-quadrado^{**}Teste de Cochran.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo explora as demandas, necessidades e preocupações dos pais ou cuidadores principais de recém-nascidos, tanto pré-termo como a termo, no cuidado e atenção diária realizado nos primeiros meses de convivência em casa. Demandas relacionadas a alimentação, banho, sono e cuidado com o umbigo foram as mais referidas na primeira semana após a alta hospitalar, e com o tempo e adaptação dos pais nesses cuidados, essas demandas se reduziram.

As prioridades parentais associadas ao cuidado com a saúde da criança, que incluíam vacinação, cólicas e doenças neonatais, apresentaram um aumento ao longo do tempo, ilustrando preocupação excessiva dos pais ou falta de informações referente a esses acontecimentos. Prioridades associadas a choro, troca de fraldas, supervisão da criança e necessidade de colo/carinho, foram pouco frequentes, o que evidencia que os pais tem um melhor ajuste quanto a resposta a essas demandas. Pais de recém-nascidos pré-termo tiveram uma maior dificuldade com a adaptação das rotinas de cuidado, demonstrando as necessidades específicas dessa população.

O conhecimento sobre as prioridades parentais no cuidado possibilita a equipe de saúde o aprimoramento das orientações transmitidas durante a internação dessas crianças, que ficam no mínimo um dia no hospital, bem como no momento da alta hospitalar. Servem também para nortear na elaboração de estratégias específicas que facilitem a compreensão das famílias sobre as especificidades do cuidado neonatal, tornando-as mais seguras e confiantes na resolução das demandas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NEEL, M. L. M.; STARK, A. R.; MAITRE, N. L. Parenting style impacts cognitive and behavioural outcomes of former preterm infants: A systematic review. *Child Care Health Dev.*, v. 44, n. 4, p. 507–515, 2018.
2. TREYVAUD, K. *et al.* Parenting behavior is associated with the early neurobehavioral development of very preterm children. *Pediatrics*, v. 123, n. 2, p. 555–561, 2009.
3. NAUGHTON, A. *et al.* Using an observation tool (Parent–Infant Interaction Observation Scale) to assess parent–infant interaction in the first 2 weeks of life: a feasibility study. *Child Care Health Dev.*, v. 45, n. 2, p. 271-285, 2018.
4. FELDMAN, R. Parent-infant synchrony and the construction of shared timing: physiological precursors, developmental outcomes, and risk conditions. *J Child Psychol Psychiatry*, v. 48, n. 3, p. 329-354, 2007.
5. SHAH, P. E. *et al.* The paradox of prematurity: the behavioral vulnerability of late preterm infants and the cognitive susceptibility of very preterm infants at 36 months post-term. *Infant Behav Dev.*, v. 36, n. 1, p. 50-62, 2013.
6. GARFIELD, C. F.; LEE, Y.; KIM, H. N. Paternal and maternal concerns for their very low-birth-weight infants transitioning from the NICU to home. *J Perinat Neonatal Nurs.*, v. 28, n. 4, p. 305-312, 2014.
7. ROWE, J.; JONES, L. Discharge and beyond. A longitudinal study comparing stress and coping in parents of preterm infants. *J Neonatal Nurs.*, v. 16, n. 6, p. 258-266, 2010.
8. JEFFERIES, A. L. Going home: Facilitating discharge of the preterm infant. *J Paediatr Child Health*, v. 19, n. 1, p. 31–42, 2014.
9. BERHEA, T. A.; BELACHEW, A. B.; ABREHA, G. F. Knowledge and practice of Essential Newborn Care among postnatal mothers in Mekelle City, North Ethiopia: A population based survey. *PLos One*, v. 13, n. 8, p. e0202542, 2018
10. BOYKOVA, M. Life after discharge: what parents of preterm infants say about their transition to home. *Newborn Infant Nurs.*, v. 16, n. 2, p. 58-65, 2016.
11. BILGIN, A.; WOLKE, D. *Maternal sensitivity in parenting preterm children: A meta-analysis.* *Pediatrics*, v. 136, n. 1, p. 177-193, 2015.

12. LUNDQVIST, P.; HELLSTRÖM-WESTAS, L.; HALLSTRÖM, I. Reorganizing life: A qualitative study of fathers' lived experience in the 3 years subsequent to the very preterm birth of their child. *J Pediatr Nurs.*, v. 29, n. 2, p. 124-131, 2014.
13. FRANCK, L.S.; MCNULTY, A.; ALDERDICE, F. The perinatal-neonatal care journey for parents of preterm infants: What is working and what can be improved. *J Perinat Neonatal Nurs.*, v. 31, n. 3, 244-255, 2017.
14. SHANDRA BOS, L. *et al.* Effectiveness of the Neonatal Discharge Program for Very Low-Birth-Weight Infants on Parental Efficacy and Psychological Distress. *J Perinat Neonatal Nurs.*, v. 32, n. 4, p. E11-E22, 2018.
15. DÜR, M. *et al.* Clinical relevance of activities meaningful to parents of preterm infants with very low birth weight: A focus group study. *PLoS One*, v. 13, n. 8, p. e0202189, 2018.
16. MCMAHON, G. E. *et al.* Influence of Fathers' Early Parenting on the Development of Children Born Very Preterm and Full Term. *J Pediatr.*, v. 205, p. 195-205, 2019.
17. GAREL, M.; DARDENNES, M.; BLONDEL, B. Mothers' psychological distress 1 year after very preterm childbirth. Results of the EPIPAGE qualitative study. *Child Care Health Dev.*, v. 33, n. 2, p. 137-143, 2007.
18. GRAY, P. H. *et al.* Parenting stress in mothers of very preterm infants -- influence of development, temperament and maternal depression. *Early Hum Dev.*, v. 89, n. 9, 625-629, 2013.
19. MOURA, M. R. *et al.* Factors associated with the quality of life of mothers of preterm infants with very low birth weight: a 3-year follow-up study. *Qual Life Res.*, v. 26, n. 5, p. 1349-1360, 2017.
20. AMORIM, M. *et al.* Quality of life of parents of very preterm infants 4 months after birth: a mixed methods study. *Health Qual Life Outcomes*, v. 16, n. 1, p. 178, 2018.
21. PREMJI, S. S. *et al.* Mother's level of confidence in caring for her late preterm infant: A mixed methods study. *J Clin Nurs.*, v. 27, n. 5-6, p. e1120-e1133, 2018.
22. MULLER-NIX, C. *et al.* Prematurity, maternal stress and mother-child interactions. *Early Hum Dev.*, v. 79, n. 2, p. 145-158, 2004.

23. GATTA, M. *et al.* A Psychological Perspective on Preterm Children: The Influence of Contextual Factors on Quality of Family Interactions. *Biomed Res Int.*, v. 2017, 2017.
24. LOI, E. C. *et al.* Quality of caregiver-child play interactions with toddlers born preterm and full term: Antecedents and language outcome. *Early Hum Dev.*, v. 115, p. 110-117, 2017.
25. Yaari, M. *et al.* Early developmental trajectories of preterm infants. *Res Dev Disabil.*, v. 81, p. 12-23, 2018.
26. Ballantyne, M. *et al.* Risk of developmental delay: Comparison of late preterm and full term Canadian infants at age 12 months. *Early Hum Dev.*, v. 101, p. 27-32, 2016.
27. SYRENGELAS, D. *et al.* Alberta Infant Motor Scale (AIMS) performance of greek preterm infants: Comparisons with full-term infants of the same nationality and impact of prematurity-related morbidity factors. *Phys Ther.*, v. 96, n. 7, p. 1102-8, 2016.
28. WOLF, M.J. *et al.* Neurobehavioral and developmental profile of very low birthweight preterm infants in early infancy. *Acta Paediatrica*, v. 91, n. 8, p. 930-938, 2002.
29. MORI, S. *et al.* Influence of affordances in the home environment on motor development of young children in Japan. *Child Dev.*, v. 2013, p. 1-5, 2013.
30. VALADI, S.; GABBARD, C. The effect of affordances in the home environment on children's fine- and gross motor skills. *Early Child Dev Care*, 2018.
31. MIQUELOTE, A.F. *et al.* Effect of the home environment on motor and cognitive behavior of infants. *Infant Behav Dev.*, v. 35, n. 3, p. 329-334, 2012.
32. GIBSON, E. J. *Perceiving the affordances: a portrait of two psychologists*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers, 2002.
33. STOFFREGEN, T. A. Affordances and events. *Ecol Psychol.*, v. 12, n. 1, p. 1-28, 2000.
34. SACCANI, R. *et al.* Associations of biological factors and affordances in the home with infant motor development. *Pediatr Int*, v. 55, n. 2, p. 197-203, 2013.

35. 10. SHANDRA BOS, L. *et al.* Effectiveness of the Neonatal Discharge Program for Very Low-Birth-Weight Infants on Parental Efficacy and Psychological Distress. *J Perinat Neonatal Nurs.*, v. 32, n. 4, p. E11-E22, 2018.
36. ADAMA, E. A. *et al.* Parents experiences of caring for preterm infants after discharge from neonatal intensive care unit: A meta-synthesis of the literature. *J Neonatal Nurs.*, v. 22, n. 1, p. 27-51, 2016.
37. KING, G.; WILLIAMS, L.; GOLDBERG, H. (2017). Family-oriented services in pediatric rehabilitation: a scoping review and framework to promote parent and family wellness. *Child Care Health Dev.*, v. 43, n. 3, p. 334-347, 2017.
38. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA: Critério de Classificação Econômica Brasil. São Paulo, 2018. Disponível em <http://www.abep.org/criterio-brasil>.
39. PIPER, M. C.; DARRAH, J. *Motor Assessment of the Developing Infant*. Philadelphia: Saunders, 1994.
40. VALENTINI, N. C.; SACCANI, R. Brazilian validation of the Alberta Infant Motor Scale. *Phys Ther.*, v. 92, n. 3, p. 440-447, 2012.
41. CAÇOLA, P. *et al.* Development of the Affordances in the Home Environment for Motor Development-Infant Scale. *Pediatr Int.*, v. 53, n. 6, p. 820-825, 2011.
42. CAÇOLA, P. *et al.* The new affordances in the home environment for motor development - infant scale (AHEMD-IS): Versions in English and Portuguese languages. *Braz J Phys Ther.*, v. 19, n. 6, p. 507-525, 2015.
43. KUHNLY, J. E. Sustained Breastfeeding and Related Factors for Late Preterm and Early Term Infants. *J Perinat Neonatal Nurs.*, v. 32, n. 2, p. 175-188, 2018.
44. AYTON, J. *et al.* Factors associated with initiation and exclusive breastfeeding at hospital discharge: late preterm compared to 37 week gestation mother and infant cohort. *Int Breastfeed J.*, v. 7, n. 16, p. 1-6, 2012.
45. WHO, UNICEF. *Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: a guide for essential practice*. 3rd. Geneva: Switzerland, 2015.
46. YADAV, S.P. *et al.* Knowledge, attitude and practices on the care of the newborn in postnatal mothers delivering at a tertiary care centre in Nepal. *Sri Lanka J Child Health*. v. 45, n. 3, p. 189-192, 2016.

47. TRONCO, C. S. *et al.* Cuidado domiciliar de recém-nascidos egressos da terapia intensiva: percepção de familiares. *Rev Enferm UERJ*, v. 18, n. 1, p. 108-113, 2010.
48. Dereymaeker, A. *et al.* Review of sleep-EEG in preterm and term neonates. *Early Hum Dev.*, v. 113, p. 87-103, 2017.
49. YU, X. *et al.* Parental behaviors and sleep/wake patterns of infants and toddlers in Hong Kong, China. *World J Clin Pediatr.*, v. 13, n. 5, p. 496-502, 2017.
50. CALCIOLARI, G.; MONTIROSSO, R. The sleep protection in the preterm infants. *J Matern Fetal Neonatal Med.*, v. 24, n. S1, p. 12-14, 2011.
51. HADDAD, S. *et al.* Sleep in parents of preterm infants: a systematic review. *Midwifery*, v. 73, p. 35-48, 2019.
52. GARDNER, F. C. *et al.* Preterm stress behaviors, autonomic indices, and maternal perceptions of infant colic. *Adv Neonatal Care*, v. 18, n. 1, p. 49-57, 2018.
53. SCHMIDT, K. T.; HIGARASHI, I. E. Experiência Materna no cuidado domiciliar ao recém-nascido prematuro. *Rev Min Enferm.*, v. 16, n. 3, p. 391–399, 2012.

ANEXO 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PRIORIDADES FUNCIONAIS NO CUIDADO DOMICILIAR DE RECÉM NASCIDOS PRÉ-TERMO E A TERMO

Pesquisador: Marisa Cotta Mancini

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 82095717.3.0000.5149

Instituição Proponente: Escola de Educação Física da Universidade Federal de Minas Gerais

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.533.697

Apresentação do Projeto:

Recém nascidos pré-termo (RNPT) constituem uma população de alto risco para o desenvolvimento de morbidades, com necessidades e demandas bastante específicas e complexas. O estresse proveniente do nascimento prematuro gera reflexos importantes na família. As primeiras semanas em casa geralmente tendem a ser um período de adaptação, pois além de haver uma aproximação maior da família com a criança, há um aumento da responsabilidade do cuidar. O entendimento das prioridades, demandas e necessidades dessas famílias é de suma importância para a compreensão do cuidado prestado ao RNPT no ambiente domiciliar, de forma a otimizar as orientações disponibilizadas no momento da alta hospitalar. A compreensão dessas prioridades permite a equipe de saúde o desenvolvimento de metas adequadas às reais necessidades da família, além de demonstrar as melhores formas de abordagem, específicas para cada contexto. Para tal, a pesquisadora propõe realizar um estudo de natureza observacional prospectiva, com dados coletados a partir de Abril de 2018, com pais de recém nascidos pré-termos (com até 36 semanas de idade gestacional) e a termo (com mais de 36 semanas de idade) nascidos no Hospital Risoleta Tolentino Neves (HRTN). Serão avaliadas um total de 46 a 50 famílias. Não serão incluídas as famílias dos recém nascidos com complicações genéticas ou má formação congênita; filhos de mães em situação de vulnerabilidade social, como usuárias de drogas ou em reclusão penitenciária. As coletas de dados serão realizadas no domicílio das famílias sendo abordados no cenário hospitalar somente as famílias de recém nascidos a termo que ficarem internados na Unidade de

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad S/ 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4502

E-mail: coep@cepq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.533.697

Cuidados Intensivos do HRTN na Maternidade/Unidade Canguru. Serão 3 momentos de avaliação: 7, 30 e 60 dias após a desospitalização.

RQU NGQ Ver. 03/2014
gestacional).

Objetivo da Pesquisa:

São objetivos da presente proposta:

Geral:

Caracterizar as prioridades funcionais de pais de recém nascidos pré-termo e a termo no ambiente domiciliar nos primeiros três meses após a alta hospitalar.

Específicos:

1. Comparar as prioridades funcionais de recém nascidos pré-termo e a termo no ambiente domiciliar, nos primeiros três meses após a alta hospitalar.
2. Comparar a estimulação ambiental disponível no ambiente domiciliar de recém nascidos pré-termo e a termo, nos primeiros três meses após a alta hospitalar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Consta dos documentos entregues para análise do projeto que espera-se que não haja danos a dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do participante. A pesquisadora declara ainda que existe um possível risco de constrangimento dos participantes devido à aplicação de questionários específicos em todas as etapas da pesquisa, havendo como medida de proteção ou minimização a esse potencial risco uma aplicação sistematizada dos questionários, por pessoal qualificado, respeitando questões éticas, com foco estrito nas perguntas estabelecidas previamente.

Os benefícios esperados são indiretos uma vez que os resultados obtidos poderão contribuir para compreender as necessidades dos pais no cuidado domiciliar de bebês prematuros e a termo, possibilitando o aperfeiçoamento e adequação dessa atenção inicial, além de auxiliar os profissionais de saúde a planejarem procedimentos de intervenção pautado nos objetivos e necessidades da família em relação ao cuidado.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad. Sl 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.533.697

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é relevante, está bem fundamentado e é exequível no tempo previsto no cronograma apresentado. Os resultados deste estudo poderão contribuir para a compreensão

quanto às necessidades dos pais no cuidado domiciliar de bebês prematuros e a termo, além de auxiliar os profissionais de saúde a planejarem procedimentos de intervenção pautado nos objetivos e necessidades da família em relação ao cuidado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes termos: Informações básicas do projeto de pesquisa, folha de rosto devidamente assinada pelo pesquisador e pela vice diretora da Unidade (EEFFTO), projeto de pesquisa, cronograma, orçamento, parecer do Núcleo de Ensino Pesquisa e Extensão do HRTN e da Câmara Departamental de Terapia Ocupacional/UFMG e modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os pais do recém nascido.

Recomendações:

Recomenda-se a aprovação do projeto de pesquisa com a realização das seguintes adequações: no TCLE é preciso descrever os instrumentos que serão utilizados na coleta dos dados. No caso de uso de questionários, é preciso mencionar a temática que será abordada nas perguntas. Sobre ressarcimento: é preciso informar se haverá qualquer tipo de despesa para o participante e se este receberá alguma remuneração por sua participação. Aconselha-se inserir campo para rubrica junto com a do participante.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, salvo melhor juízo dos demais membros do COEP/UFMG, sou pela aprovação do projeto. O Comitê de ética confia que as alterações serão realizadas no TCLE.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad S/N 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE E-mail: coep@prpq.ufmg.br
 Telefone: (31)3400-4592

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 2.533.097

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|----------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1046278.pdf | 25/12/2017 10:36:02 | | Aceito |
| Parecer Anterior | Parecer_HRTN.pdf | 22/12/2017 08:51:02 | AGNES FLORIDA SANTOS DA CUNHA | Aceito |
| Parecer Anterior | Parecer.DTO_UFMG.pdf | 22/12/2017 08:50:50 | AGNES FLORIDA SANTOS DA CUNHA | Aceito |
| Cronograma | Cronograma.doc | 22/12/2017 08:50:34 | AGNES FLORIDA SANTOS DA CUNHA | Aceito |
| Orçamento | Orcamento.doc | 22/12/2017 08:50:23 | AGNES FLORIDA SANTOS DA CUNHA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.doc | 22/12/2017 08:49:22 | AGNES FLORIDA SANTOS DA CUNHA | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_de_Pesquisa.doc | 22/12/2017 08:45:29 | AGNES FLORIDA SANTOS DA CUNHA | Aceito |
| Folha de Rosto | Folha_de_Rosto.pdf | 18/12/2017 16:55:59 | AGNES FLORIDA SANTOS DA CUNHA | Aceito |
| Outros | 82095717parecer.pdf | 08/03/2018 17:01:39 | Vivian Resende | Aceito |
| Outros | 82095717aprovacao.pdf | 08/03/2018 17:01:51 | Vivian Resende | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 08 de Março de 2018

Assinado por:
Vivian Resende
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2ª Ad S/N 2005
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO 2 – CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA (ABEP, 2018)

Critério de Classificação Econômica – Brasil 2015

Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não estejam funcionando, considere apenas se tiver intenção de consertar ou repor nos próximos seis meses.

INSTRUÇÃO: Todos os itens devem ser perguntados pelo entrevistador e respondidos pelo entrevistado.

Vamos começar? No domicílio tem _____ (LEIA CADA ITEM)

| ITENS DE CONFORTO | QUANTIDADE QUE POSSUI | | | | |
|---|-----------------------|---|---|---|----|
| | NÃO POSSUI | 1 | 2 | 3 | 4+ |
| Quantidade de automóveis de passeio exclusivamente para uso particular | | | | | |
| Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalham pelo menos cinco dias por semana | | | | | |
| Quantidade de máquinas de lavar roupa, excluindo tanquinho | | | | | |
| Quantidade de banheiros | | | | | |
| DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel | | | | | |
| Quantidade de geladeiras | | | | | |
| Quantidade de freezers independentes ou parte da geladeira duplex | | | | | |
| Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks e desconsiderando tablets, palms ou smartphones | | | | | |
| Quantidade de lavadora de louças | | | | | |
| Quantidade de fornos de micro-ondas | | | | | |
| Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional | | | | | |
| Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca | | | | | |

| A água utilizada neste domicílio é proveniente de? | |
|--|----------------------------|
| 1 | Rede geral de distribuição |
| 2 | Foço ou nascente |
| 3 | Outro meio |

| Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é: | |
|--|-----------------------|
| 1 | Asfaltada/Pavimentada |
| 2 | Terra/Cascalho |

Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio.

| Nomenclatura atual | Nomenclatura anterior |
|--|---------------------------------------|
| Analfabeto / Fundamental I incompleto | Analfabeto/Primário Incompleto |
| Fundamental I completo / Fundamental II incompleto | Primário Completo/Ginásio Incompleto |
| Fundamental completo/Médio incompleto | Ginásio Completo/Colegial Incompleto |
| Médio completo/Superior incompleto | Colegial Completo/Superior Incompleto |
| Superior completo | Superior Completo |

PONTUAÇÃO

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

| Escolaridade da pessoa de referência | | |
|--|-----|---|
| Analfabeto / Fundamental I incompleto | 0 | |
| Fundamental I completo / Fundamental II incompleto | 1 | |
| Fundamental II completo / Médio incompleto | 2 | |
| Médio completo / Superior incompleto | 4 | |
| Superior completo | 7 | |
| | | |
| Serviços públicos | | |
| | Não | |
| | Sim | |
| Água encanada | 0 | 4 |
| Rua pavimentada | 0 | 2 |

ANEXO 3 – AFFORDANCES IN THE HOME ENVIRONMENT FOR MOTOR DEVELOPMENT

Affordances no Ambiente Domiciliar para o

Desenvolvimento Motor - Escala Bebê (*AHEMD-IS*)

| | |
|--------|--|
| Código | |
| Data | |

Prezados Pais ou Responsáveis

Este questionário foi desenvolvido para avaliar as oportunidades (*affordances*) que sua residência e família proporcionam ao desenvolvimento motor do seu bebê. Os pais conhecem seu bebê muito bem, portanto, são as melhores pessoas para fornecer esse tipo de informação.

É importante que você preencha cada pergunta o mais corretamente possível, pensando no que existe (por exemplo, brinquedos) ou acontece no ambiente familiar que incentiva seu bebê a se movimentar e a brincar. Esperamos que este questionário ajude você a aprender novas formas de estimular o desenvolvimento do seu bebê.

O questionário é composto por uma parte inicial com questões sobre seu bebê e sua família, seguida de três outras partes, que são: Espaço físico do domicílio, Variedade de estimulação e Brinquedos (de motricidade grossa e de motricidade fina) existentes na sua residência.

Características da Criança

| | | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|--|---|
| Nome da criança: _____ | | | | | |
| Nome da mãe, pai ou responsável: _____ | | | | | |
| Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> | Data Nascimento: ____ / ____ / ____ Peso ao nascer: _____ gramas | Prematuro: Sim ____ Não ____ Se possível, idade gestacional: ____ semanas | | | |
| Há quanto tempo o seu filho (a) frequenta a creche ou escolinha? | Nunca <input type="checkbox"/> | Menos de 3 meses <input type="checkbox"/> | 3-6 meses <input type="checkbox"/> | 7-12 meses <input type="checkbox"/> | Acima de 12 meses <input type="checkbox"/> |

Características da Família

| | | | |
|---|---|---|--|
| Tipo de domicílio? | Apartamento <input type="checkbox"/> | Casa <input type="checkbox"/> | Outro <input type="checkbox"/> |
| Quantos adultos vivem no domicílio? | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> | 3 <input type="checkbox"/> |
| Quantas crianças vivem no domicílio? | 4 <input type="checkbox"/> | 5 ou mais <input type="checkbox"/> | |
| Quantos quartos de dormir há no domicílio? (não conte banheiros, nem salas ou cozinha). | 0 <input type="checkbox"/> | 1 <input type="checkbox"/> | 2 <input type="checkbox"/> |
| | 3 <input type="checkbox"/> | 4 <input type="checkbox"/> | 5 ou mais <input type="checkbox"/> |
| Há quanto tempo sua família vive neste domicílio? | Menos de 3 meses <input type="checkbox"/> | 3-6 meses <input type="checkbox"/> | 7-12 meses <input type="checkbox"/> |
| | Acima de 12 meses <input type="checkbox"/> | | |
| Qual o grau de escolaridade do pai? | Sem instrução ou fundamental incompleto <input type="checkbox"/> | Fundamental completo <input type="checkbox"/> | Médio completo <input type="checkbox"/> |
| | Superior completo <input type="checkbox"/> | Mestrado ou Doutorado <input type="checkbox"/> | |
| Qual o grau de escolaridade da mãe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Instruções: Leia cuidadosamente cada questão e marque o quadrado (alternativa) que melhor representa sua resposta:

1. ESPAÇO FÍSICO DA RESIDÊNCIA

| | | SIM | NÃO |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. | A sua residência tem algum ESPAÇO EXTERNO, seguro, adequado e amplo para seu bebê brincar e se movimentar livremente (se arrastar, engatinhar ou andar)? (<i>área na frente, área no fundo, quintal, jardim, terraço, etc.</i>). Obs. Caso more em apartamento, considere como espaço externo o parquinho ou área de lazer do seu prédio ou condomínio. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

ATENÇÃO: Se você respondeu SIM, continue com as próximas questões. Se você respondeu NÃO, passe para a questão número 6.

| No espaço EXTERNO da sua residência existe ... | | SIM | NÃO |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| 2. | Mais do que um tipo de piso ou solo na área externa? (<i>grama, cimento, piso frio ou ladrilho, areia, madeira, etc.</i>). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Uma ou mais superfícies inclinadas? (<i>rampas no quintal, escorregador para bebês</i>). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Algum suporte ou mobília que seja seguro, na área externa, onde seu bebê possa se apoiar para se levantar e/ou andar? (<i>portão/grades, mesa baixa de jardim, bancos/cadeiras, muros baixos/mureta, etc.</i>). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Degraus ou escada na área externa? (<i>degrau na porta da frente ou dos fundos, degraus em um escorregador para bebês</i>). Obs. Escadas oferecem risco ao bebê. Use portões de segurança no topo e no pé da escada. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| No espaço INTERNO (dentro da sua residência) existe ... | | SIM | NÃO |
| 6. | Mais do que um tipo de piso no espaço interno? (<i>cimento, piso frio ou ladrilho, carpete, carpete de madeira, madeira, etc.</i>). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Degraus ou escada no espaço interno? Obs. Escadas oferecem risco ao bebê. Use portões de segurança no topo e no pé da escada. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2. VARIEDADE DE ESTIMULAÇÃO

| As questões seguintes referem-se SOMENTE ao tempo em que o seu bebê está em casa. Obs. Não considerar o que ocorre na creche ou escolinha. | | SIM | NÃO |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| 8. | O meu/nosso bebê brinca regularmente (pelo menos duas vezes por semana) com outras crianças. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | Eu/nós, regularmente (pelo menos duas vezes por semana), fazemos brincadeiras que encorajam nosso bebê a aprender sobre as partes do corpo. (Por exemplo, onde está sua mão?). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Num dia comum, como você descreveria a quantidade de tempo ACORDADO que seu bebê fica em cada uma das situações abaixo descritas? (Leia cada questão cuidadosamente e marque a alternativa que melhor descreve a sua resposta) | | | | | |
|--|--|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|
| 10. | Carregado no colo por adultos ou por algum tipo de suporte, próximo ao corpo desse adulto, como: mochila porta-bebê, baby bag, canguru, sling, etc. | Nunca <input type="checkbox"/> | Às vezes <input type="checkbox"/> | Quase sempre <input type="checkbox"/> | Sempre <input type="checkbox"/> |
| 11. | Sentado em algum tipo de cadeira/equipamento que mantenha a criança sentada (cadeira de papá, carrinho de bebê, bebê-conforto, cadeirinha do carro). | Nunca <input type="checkbox"/> | Às vezes <input type="checkbox"/> | Quase sempre <input type="checkbox"/> | Sempre <input type="checkbox"/> |
| 12. | Em um equipamento para ficar em pé ou andar (estação de atividades ou outro dispositivo no qual a criança fique em pé ou ande). | Nunca <input type="checkbox"/> | Às vezes <input type="checkbox"/> | Quase sempre <input type="checkbox"/> | Sempre <input type="checkbox"/> |
| Obs. Os andadores infantis oferecem riscos à saúde do bebê e não devem ser utilizados. | | | | | |
| 13. | Num cercado infantil, berço ou outro local semelhante, do qual a criança não possa sair sem ajuda. | Nunca <input type="checkbox"/> | Às vezes <input type="checkbox"/> | Quase sempre <input type="checkbox"/> | Sempre <input type="checkbox"/> |
| 14. | Brincando deitado de barriga para baixo. | Nunca <input type="checkbox"/> | Às vezes <input type="checkbox"/> | Quase sempre <input type="checkbox"/> | Sempre <input type="checkbox"/> |
| 15. | Livre para se movimentar pela casa (se arrastar, rolar, engatinhar ou andar). | Nunca <input type="checkbox"/> | Às vezes <input type="checkbox"/> | Quase sempre <input type="checkbox"/> | Sempre <input type="checkbox"/> |

3. BRINQUEDOS (Motricidade Grossa e Motricidade Fina)

Instruções: Para cada grupo de brinquedo listado abaixo, marque o número de brinquedos iguais ou SEMELHANTES que você utiliza (em sua casa) para brincar com seu bebê.

Por favor, leia cuidadosamente a descrição geral de cada grupo antes de decidir se você tem em casa esse tipo de brinquedo. **AS FIGURAS SÃO APENAS EXEMPLOS para ajudar você a entender melhor a descrição. Você NÃO precisa ter exatamente os mesmos brinquedos que estão neste questionário para contá-los no grupo. BRINQUEDOS SEMELHANTES do mesmo TIPO devem ser contados.**

BRINQUEDOS - MOTRICIDADE GROSSA (questões 16 a 21)

16. Brinquedos suspensos acima ou ao lado do bebê, móveis e/ou enfeites de berço.

Exemplos são:



Quantos destes brinquedos você utiliza para brincar com seu bebê em casa?

Nenhum Um - dois Três ou mais

17. Bonecos de pelúcia (musicais ou não), brinquedos emborrachados, de tecido ou outros materiais macios, de brincar na água (flutuantes, esponjas).

Exemplos são:



Quantos destes brinquedos você utiliza para brincar com seu bebê em casa?

Nenhum Um - dois Três ou mais

18. Cadeirinhas de balanços para bebês, estação de atividades (o bebê fica em pé dentro da estação brincando), balanços para bebês.

Exemplos são:



Quantos destes brinquedos você utiliza para brincar com seu bebê em casa?

Nenhum Um - dois Três ou mais

19. Bolas de diferentes tamanhos, texturas, cores e formas.

Exemplos são:



Quantos destes brinquedos você utiliza para brincar com seu bebê em casa?

Nenhum Um - dois Três ou mais

20. Materiais que estimulem a criança a se arrastar, rolar, engatinhar ou até se levantar (colchonetes, tapete emborrachado, plataformas macias, etc.).

Exemplos são:



Quantos destes brinquedos você utiliza para brincar com seu bebê em casa?

Nenhum Um - dois Três ou mais

21. Materiais musicais: instrumentos, caixas de música e brinquedos que emitem sons e melodias em resposta às ações da criança (chacoalhar, pressionar, puxar, etc.).

Exemplos são:



Quantos destes brinquedos você utiliza para brincar com seu bebê em casa?

Nenhum Um - dois Três ou mais

BRINQUEDOS - MOTRICIDADE FINA (questões 22 a 26)

22. Brinquedos manipuláveis: chocalhos, mordedores, brinquedos com diferentes texturas e/ou com espelho.

Exemplos são:



Quantos destes brinquedos você utiliza para brincar com seu bebê em casa?

Nenhum Um - dois Três ou mais

23. Carros, trens, animais ou outros brinquedos que possam ser puxados ou empurrados.

Exemplos são:



Quantos destes brinquedos você utiliza para brincar com seu bebê em casa?

Nenhum Um - dois Três ou mais

24. Brinquedos de apertar (pressionar), bater e acionar, peões, gira-giras.

Exemplos são:



Quantos destes brinquedos você utiliza para brincar com seu bebê em casa?

Nenhum Um - dois Três ou mais

25. Blocos de montar (plástico, espuma, tecido, madeira, borracha)

Exemplos são:

**Quantos destes brinquedos você utiliza para brincar com seu bebê em casa?**Nenhum Um - dois Três ou mais **26. Livros para bebês (tecido, papel cartão ou plástico).**

Exemplos são:

**Quantos destes brinquedos você utiliza para ler e brincar com seu bebê em casa?**Nenhum Um - dois Três ou mais **ATENÇÃO:**

- Se o seu bebê tem entre 03 e 11 MESES de idade PARE aqui de responder o questionário.
- Os brinquedos a seguir NÃO são recomendados para crianças com MENOS de 12 meses.
- Se o seu bebê tem 12 MESES ou mais de idade CONTINUE respondendo o questionário.

BRINQUEDOS - MOTRICIDADE GROSSA (questões 27 a 29)**27. Objetos ou brinquedos que estimulam a criança a se levantar e a caminhar com apoio (brinquedos de empurrar e puxar).**

Exemplos são:

**Quantos destes brinquedos você utiliza para brincar com seu bebê em casa?**Nenhum Um - dois Três ou mais **28. Mesinhas de atividades onde o bebê possa brincar em pé (plástico, madeira, etc.).**

Exemplos são:

**Quantos destes brinquedos você utiliza para brincar com seu bebê em casa?**Nenhum Um - dois Três ou mais

29. Balanços ao ar livre para bebês, cavalos de balanço, triciclos para bebês.

Exemplos são:



Quantos destes brinquedos você utiliza para brincar com seu bebê em casa?

Nenhum Um - dois Três ou mais

BRINQUEDOS - MOTRICIDADE FINA (questões 30 a 35)

30. Brinquedos educativos para encaixar formas variadas.

Exemplos são:



Quantos destes brinquedos que você utiliza para brincar com seu bebê em casa?

Nenhum Um - dois Três ou mais

31. Fantoches e marionetes macios.

Exemplos são:



Quantos destes brinquedos você utiliza para brincar com seu bebê em casa?

Nenhum Um - dois Três ou mais

32. Bonecos(as) e outros personagens com acessórios (mamadeira, roupas, capacete, mobiliário, etc.).

Exemplos são:



Quantos destes brinquedos você utiliza para brincar com seu bebê em casa?

Nenhum Um - dois Três ou mais

33. Brinquedos que imitam objetos existentes na casa: telefones, ferramentas, utensílios de cozinha, etc.

Exemplos são:



Quantos destes brinquedos você utiliza para brincar com seu bebê em casa?

Nenhum Um - dois Três ou mais

34. Brinquedos de empilhar.

Exemplos são:



Quantos destes brinquedos você utiliza para brincar com seu bebê em casa?

Nenhum Um - dois Três ou mais

35. Quebra-cabeças para bebês (2-6 peças).

Exemplos são:



Quantos destes brinquedos você utiliza para brincar com seu bebê em casa?

Nenhum Um - dois Três ou mais

Informações adicionais:

ANEXO 4 – ALBERTA INFANT MOTOR SCALE

ALBERTA INFANT : MOTOR SCALE : **Record Booklet :**

Name _____ Data da Avaliação

| | | |
|-----|-----|-----|
| Ano | Mês | Dia |
| / | / | / |

 Número de Identificação _____ Data de Nascimento

| | | |
|---|---|---|
| / | / | / |
|---|---|---|

 Examinador _____ Idade Cronológica

| | | |
|---|---|---|
| / | / | / |
|---|---|---|

 Local da Avaliação _____ Idade Corrigida






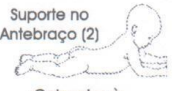

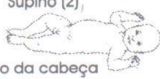








| | | |
|---|---|---|
| / | / | / |
|---|---|---|

| | Itens Creditados Previamente | Itens Creditados na Janela | Escore de Sub-escala |
|---------|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| Prono | | | |
| Supino | | | |
| Sentado | | | |
| Em Pé | | | |

Pontuação Total Percentil

.....
Comentários / Recomendações

Alberta Infant Motor Scale

| STUDY# | | | | |
|----------------|---|---|---|--|
| PRONO | <p>Prono (1)</p>  <p>Flexão fisiológica vira a cabeça para liberar o nariz</p> | <p>Prono (2)</p>  <p>Eleva a cabeça assimetricamente a 45° Não consegue manter a cabeça na linha média</p> | <p>Apoio em Prono</p>  <p>Cotovelos para tras em relação aos ombros eleva a cabeça sem sustentação até 45°</p> | <p>Mobilidade em Prono</p>  <p>Cabeça a 90° Transferência de peso não controlada</p> <p>Suporte de prono no antebraço (1)</p>  <p>Eleva e mantém a cabeça Cotovelos alinhados com os ombros</p> <p>Suporte no Antebraço (2)</p>  <p>Cotovelos à frente dos ombros chin tuck ativo com alongamento do pescoço</p> |
| SUPINO | <p>Supino (1)</p>  <p>Flexão fisiológica rotação da cabeça boca à mão movimentos braços e pernas</p> | <p>Supino (2)</p>  <p>Rotação da cabeça em direção à linha média RTCA não obrigatório</p> | <p>Supino (3)</p>  <p>Cabeça na linha média movimentam os braços mas é incapaz de trazer as mãos na linha média</p> | <p>Supino (4)</p>  <p>Flexores do pescoço ativos Chin Tuck leva mãos à linha média</p> <p>Mãos nos joelhos</p>  <p>Chin Tuck alcança os joelhos com as mãos abdominais ativas</p> |
| SENTADO | <p>Senta com suporte</p>  <p>Eleva e mantém a cabeça na linha média brevemente</p> | | <p>Senta com braços apoiados</p>  <p>Mantem a cabeça na linha média suporta brevemente o peso dos braços</p> <p>Puxado para sentar</p>  <p>Chin tuck: cabeça alinhada ou à frente do corpo</p> | |
| EM PÉ | <p>Em pé apoiado (1)</p>  <p>Pode apresentar flexão de quadril e joelho intermitentes</p> | | <p>Em pé apoiado (2)</p>  <p>Cabeça em linha com o corpo quadril para trás em relação aos ombros movimentos variados das pernas</p> | |



Suporte de peso com o braço estendido

Braços estendidos
Chic Tuck e peito elevado
transferência lateral de peso

Rolando de Prono para supino sem rotação

Movimento iniciado pela cabeça
tronco move como uma unidade

Alcança com suporte de peso no antebraço

Transferência ativa do peso para um lado
alcança c/ controle com o braço livre

Pivoteando

Pivoteia
Movimenta braços e pernas
flexão lateral do tronco

Joelho 4 apoios

Pernas flexionadas abduzidas e rodadas externamente
Lordose lombar
Mantem a posição

Nadando

Padrão extensor ativo

Rola de Prono para supino com rotação

Rotação do Tronco

Mãos nos Pés

Mantem as pernas elevadas
Mobilidade pélvica presente

Rola de Supino para Prono com rotação

Retificação lateral da cabeça
Tronco movimenta-se como uma unidade

Rola de Supino para Prono com rotação

Rotação do Tronco

Extensão ativa

Empurra-se para extensão com as pernas

Sentado sem sustentação

Adução escapular e extensão do úmero

Sentado com sustentação

Extensão da coluna torácica
cabeça movimenta livremente/apoio com os braços estendidos

Sentado sem o apoio dos braços

Não pode ser deixado sentado, sozinho indefinidamente

Transferência de peso na posição sentada

Transfere peso para frente, para os lados e para trás.
Não pode ser deixado sozinho na posição sentada.

Sentado sem o apoio dos braços (1)

Braços movem para longe do corpo. Pode brincar com um brinquedo.
Pode ser deixado sentado sozinho.








Sentado alcança com rotação

Senta independentemente alcança um brinquedo com rotação do tronco

Em pé sustentado (3)

Quadril em linha com os ombros
Controle ativo do tronco
Movimentos variados com as pernas



| | | | |
|---|---|--|---|
| <p>De lado</p>  <p>Dissociação das pernas estabilidade dos ombros rotação no eixo do corpo</p> <p>Arrastar recíproco</p>  <p>movimento recíproco de braços e pernas com rotação de tronco</p> | <p>Engatinhar recíproco (1)</p>  <p>4 apoios para sentado ou "meio-sentado"</p>  <p>Brinca na posição pode passar para sentado</p> <p>Pernas abduzidas e rodadas externamente/Lordose Lombiar Transfere o piso de um lado para o outro com flexão lateral do tronco</p> | <p>4 apoios (2)</p>  <p>Quadril alinhados coluna lombar retificada</p> <p>Alcance com um braço apoiado (estendido)</p>  <p>Alcance com os braços estendidos/rotação de tronco</p> | <p>4 apoios modificado</p>  <p>Brinca na posição pode mover à frente</p> |
|---|---|--|---|

| | | |
|---|---|---|
| <p>Sentado para Prono</p>  <p>Movimenta-se da posição sentada para prono Puxa-se com os braços pernas inativas</p> | <p>Sentado para 4 apoios</p>  <p>Elevação ativa da pelve, nadega, e assume a posição de 4 apoios</p> | <p>Sentado sem o apoio do braço (2)</p>  <p>Posição variada das pernas criança sai e volta para a posição facilmente</p> |
|---|---|---|

| | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|
| <p>Puxa-se para de pé com apoio</p>  <p>Puxa-se com os braços e joelhos estendidos</p> | <p>Puxa-se para de pé/ em pé</p>  <p>Puxa-se para de pé transfere o peso de um lado para o outro</p> | <p>Em pé com apoio com rotação</p>  <p>Rotação do tronco e pelvis</p> | <p>Anda de lado sem rotação</p>  <p>Anda de lado sem rotação</p> | <p>Semi ajoelhado</p>  <p>Pode assumir a posição de pé ou brinca na posição</p> | <p>Abaixa com controle a partir da posição de pé</p>  <p>Abaixa com controle</p> |
|---|---|--|---|--|---|

Engatinhar recíproco



Coluna lombar retificada
Move com rotação do tronco

Anda de lado com rotação



Anda de lado com rotação

Fica em pé sozinho



Fica em pé sozinho momentaneamente reações de balanço no pé

Primeiros passos



Anda independentemente movimenta rápido c/ passos pequenos

Passa para de pé a partir de agachado



Passa de agachado para de pé com controle de flexão e extensão de quadris e joelhos

Passa para de pé a partir da posição de 4 apoios



Empurra-se rapidamente com as mãos para ficar de pé

Anda sozinho



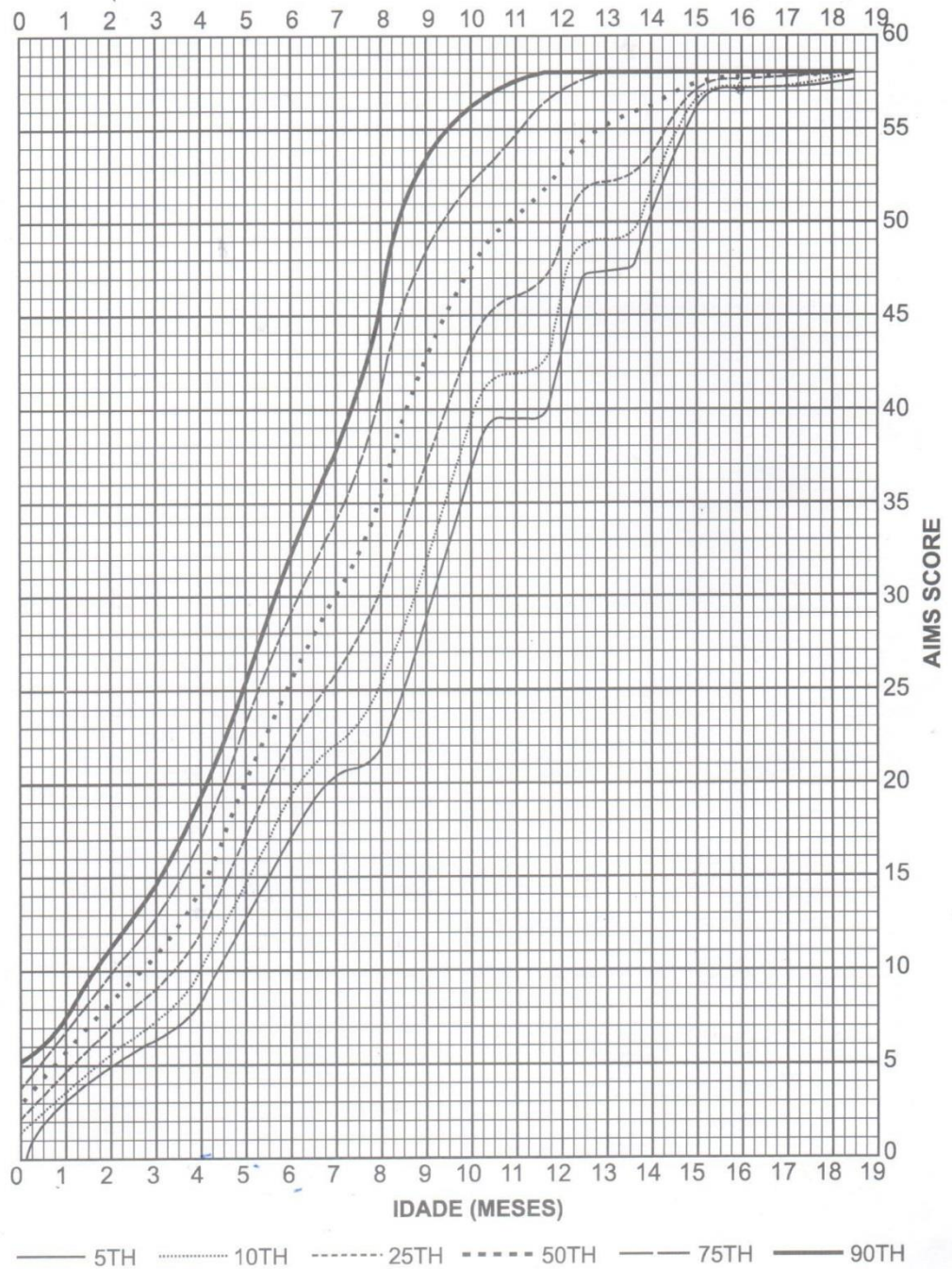
Anda independentemente

Agacha



Mantem a posição pelas reações de balanço nos pés e posição de tronco

Graus Percentuais



APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Pais, Mães ou Responsáveis de recém nascidos)

Título da Pesquisa: “Prioridades funcionais no cuidado domiciliar de recém nascidos pré-termo e a termo”

Prezados pais, mães ou responsáveis,

Obrigada pela disponibilidade e interesse em participar deste estudo. Temos o objetivo de entender as prioridades funcionais e necessidades de pais de bebês prematuros e a termo no ambiente domiciliar nos primeiros dois meses após a alta hospitalar. A pesquisa é coordenada pela Professora Marisa Cotta Mancini e contará com a aluna de mestrado Agnes Flórida Santos da Cunha, do programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG.

Nesse estudo, serão realizadas entrevistas com você no seu ambiente domiciliar, através da aplicação de três questionários referentes às suas prioridades no cuidado ao seu filho, ao ambiente no qual ele está inserido e ao nível socioeconômico da sua família, além de uma avaliação referente ao desenvolvimento motor do seu filho, que consistirá em observações do recém-nascido realizando sua movimentação espontânea em diferentes posturas, que acontecerão no momento que for mais conveniente para você e para a criança. As entrevistas e observações serão realizadas por uma fisioterapeuta, aluna do Programa de Mestrado em Ciências da Reabilitação da UFMG. Durante a entrevista, a mestrande procurará deixar você à vontade para responder às perguntas e as observações da criança só serão realizadas mediante o seu consentimento. Como será utilizada a aplicação de questionários, há risco de constrangimento por você durante os procedimentos deste estudo. Para evitar que isso aconteça, todos os detalhes dos procedimentos para sigilo das informações serão previamente explicados e discutidos com você. Entretanto, caso você se sinta constrangido com os procedimentos, em qualquer momento da pesquisa, poderemos interromper a entrevista ou a observação e será respeitada a sua vontade. Isto não trará nenhum tipo de prejuízo para você ou para sua criança ou para a relação de vocês com a mestrande, com a UFMG ou com o Hospital Risoleta Tolentino Neves. Apesar da informação deste estudo não beneficiar diretamente você ou sua criança, os resultados deste estudo poderão contribuir para compreender as necessidades dos pais no cuidado domiciliar de bebês prematuros e a termo, possibilitando o aperfeiçoamento e adequação do cuidado, além de auxiliar os profissionais de saúde a planejarem procedimentos de intervenção pautado nos objetivos e necessidades da família em relação ao cuidado.

Para garantir que as informações desse estudo sejam confidenciais, as informações obtidas de você e de sua criança receberão código de identificação ao entrar no estudo e seu nome e de seu filho não serão divulgados em qualquer situação. As informações serão mantidas em completo sigilo com a coordenadora do projeto de pesquisa e armazenados em arquivos digitais no Departamento de Terapia Ocupacional por 5 anos e, após esse período, serão descartadas. Se as informações originadas do estudo forem publicadas em revista ou evento científico, você e sua criança não serão identificadas, sendo sempre representados por pseudônimos ou código. Para realizar essa pesquisa nós precisamos que vocês deem consentimento, permitindo a participação da criança no estudo. Após a obtenção dos consentimentos, o pai, a mãe ou responsável deverá responder questões referentes à situação socioeconômica da família, as principais dificuldades e necessidades

no cuidado do seu filho e a rotina/ambiente em que a criança está inserida. Caso vocês se sintam intimidados ou não queiram responder alguma pergunta, será respeitada essa vontade, sem nenhum constrangimento ou ônus para vocês.

Ressaltamos que a sua participação nessa pesquisa é completamente voluntária, você é livre para aceitar ou não a participação. Não haverá qualquer despesa financeira para você e sua família, tampouco você receberá qualquer remuneração para participar do estudo. Após ter lido as informações acima, se concordar em participar, por gentileza, preencha o consentimento no espaço abaixo. Uma via desse documento ficará com você e outra via com a coordenadora desse projeto. Caso você precise de mais esclarecimentos, entre em contato conosco (telefones indicados abaixo). Se tiver dúvidas sobre questões éticas, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – COEP/UFMG, no endereço indicado abaixo.

Agradecemos a sua colaboração.

Atenciosamente,

Prof.^a Dr.^a Marisa Cotta Mancini
Coordenadora do Projeto de Pesquisa, UFMG, (31) (3409-4790)

Agnes Flórida Santos da Cunha
Aluna de Mestrado, UFMG, (31) (99374-6474)

Consentimento

Eu, _____, responsável por _____ declaro que li e entendi as informações acima. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e recebi uma via deste formulário de consentimento do estudo “Prioridades funcionais no cuidado domiciliar de recém nascidos pré-termo e a termo”. Tenho o direito de discutir qualquer dúvida em relação ao projeto e concordo com minha participação no mesmo.

Assinatura da mãe, pai/responsável

Belo Horizonte, ____ de _____ de 20__

Telefones para Contato/Informações:

- Prof.^a Dr.^a Marisa C. Mancini, e-mail: marisacmancini@gmail.com; Departamento de Terapia Ocupacional UFMG, fone: (31) 3409-4790.

- Agnes Flórida Santos da Cunha, e-mail agnesflorida@hotmail.com; Fisioterapeuta, celular: (31) 99374-6474.

Em caso de dúvidas relacionadas a questões éticas: COEP – Comitê de Ética em Pesquisa/UFMG Av. Pres. Antônio Carlos, 6627 – Unidade Administrativa II 2o. Andar – Sala 2005 – Cep 31270-901 Belo Horizonte – MG Telefone: (31) 3409-4592 Email:coep@prpq.ufmg.br

APÊNDICE 2
AUTORIZAÇÃO PARA FOTOGRAFIA E FILMAGEM

Eu, _____ autorizo que meu (minha) filho (a) _____ seja filmado(a) para fins de avaliação e/ou observação da movimentação espontânea e das habilidades motoras do seu filho, como previsto no projeto de pesquisa “PRIORIDADES FUNCIONAIS NO CUIDADO DOMICILIAR DE RECÉM- NASCIDOS PRÉ-TERMO E A TERMO”.

() Sim, eu autorizo a realização das filmagens exclusivamente para fins de avaliação e observação, sendo estes mantidas em sigilo pelo pesquisador. Se os resultados originados forem publicados em revista ou evento científico, meu filho e eu podemos ser representados por pseudônimos.

() Não, eu não autorizo a realização das filmagens exclusivamente para fins de avaliação e observação, sendo mantidas em sigilo pelo pesquisador.

Assinatura do responsável/data

APÊNDICE 3
AVALIAÇÃO DE PRIORIDADES FUNCIONAIS

Data da Avaliação: ___/___/___

Nº de Identificação: _____

Nome da Mãe/ Cuidador Responsável: _____

Nome da Criança: _____

INSTRUÇÕES

Essa avaliação é sobre suas prioridades funcionais no cuidado do seu recém-nascido, ou seja, as principais dificuldades e necessidades que você está tendo que lidar referentes ao cuidado do seu filho, basicamente o que está sendo mais complicado para você no momento. Classifique essas dificuldades/necessidades em ordem de importância, ou seja, da mais importante para a menos importante, de acordo com a sua opinião.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

MINI CURRÍCULO

AGNES FLÓRIDA SANTOS DA CUNHA

Fisioterapeuta

CREFITO 4 – 187977F

<http://lattes.cnpq.br/714147554027565>

e-mail: agnesflorida@hotmail.com

Formação Acadêmica

Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação

Escola de Educação Física, Fisioterapia e Terapia Ocupacional

Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG

Início: Agosto/ 2017

Previsão de término: Maio/2019

Residência Multiprofissional em Oncologia Pediátrica

Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP

Fevereiro/ 2015

Especialização em Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal

Faculdade Redentor

Agosto/ 2015

Graduação em Fisioterapia

Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM

Novembro/2012

Experiência Profissionais

Supervisão de Estágio Curricular do curso de graduação em Fisioterapia da Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO/BH (Julho/2015 - Atualmente)

Fisioterapeuta Intensivista com atuação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Risoleta Tolentino Neves – HRTN (Fevereiro/ 2016 – Atualmente)

Fisioterapeuta Intensivista com atuação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal do Hospital Belo Horizonte (Abril/2015 – Maio/2016)

Produção Científica

- Artigo “Stimulus electrodiagnosis and motor and functional evaluations during ulnar nerve recovery”, publicado na revista *Brazilian Journal of Physical Therapy*, 2016, Mar-Abr; 20(2):126-132.

- “Oportunidades de estimulação no ambiente domiciliar favorecem o desenvolvimento motor grosso de recém-nascidos pré-termo”
Semana do Conhecimento UFMG 2018.

- *“Correlation between crhonaxy and motor domain in the rosén score in patients submitted to neurorrhaphy of the ulnar nerve”*
35th Annual Meeting ASHT- American Society of Hand Therapists
(San Diego, Califórnia, 2012)

- *“Protocolo para utilização do eletrodiagnóstico de estímulo na lesão nervosa periférica do membro superior”*
2º Congresso Brasileiro de Eletromiografia e Cinesiologia
(UNICAMP, Abril/2012)

- *“Avaliação da recuperação pós lesão do nervo ulnar por meio do eletrodiagnóstico de estímulo”*
2º Congresso Brasileiro de Eletromiografia e Cinesiologia
(UNICAMP, Abril/2012)

- *“Experiência e intervenção precoce – fase hospitalar no acometimento do nervo radial associado a fratura diafisária do úmero-estudo de caso”.*
XI Congresso Brasileiro de Reabilitação da Mão
(Bauru, Outubro/2011)

- *“Análise das lesões nervosas do mediano e ulnar por meio do eletrodiagnóstico de estímulo”*
XI Congresso Brasileiro de Reabilitação da Mão
(Bauru, Outubro/2011)