**ESCOLA DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

JAMILE GREGORIO MORELO

**EFETIVIDADE DE UMA TECNOLOGIA EDUCACIONAL SOBRE A
ESTIMULAÇÃO DOMICILIAR DE LACTENTES NASCIDOS
PREMATUROS: ENSAIO CLÍNICO NÃO RANDOMIZADO**

**SÃO PAULO
2019**

JAMILE GREGORIO MORELO

**EFETIVIDADE DE UMA TECNOLOGIA EDUCACIONAL SOBRE A
ESTIMULAÇÃO DOMICILIAR DE LACTENTES NASCIDOS
PREMATUROS: ENSAIO CLÍNICO NÃO RANDOMIZADO**

Versão corrigida da Dissertação apresentada
ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria De La Ó
Ramallo Veríssimo.

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo e na Biblioteca de Teses e Dissertação da Universidade
de São Paulo.

**SÃO PAULO
2019**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data:___/___/___

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Morelo, Jamile Gregorio

Efetividade de uma tecnologia educacional sobre a estimulação domiciliar de lactentes nascidos prematuros: ensaio clínico não randomizado / Jamile Gregorio Morelo. São Paulo, 2019.
134 p.

Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria de La Ó Ramallo Veríssimo
Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Enfermagem neonatal. 2. Prematuridade. 3. Desenvolvimento infantil. 4. Tecnologia educacional. 5. Cuidado Transicional. I. Título.

Ficha catalográfica elaborada por Fabiana Gulin Longhi Palacio (CRB-8: 7257)

Nome: Jamile Gregorio Morelo

Título: Efetividade de uma tecnologia educacional sobre a estimulação domiciliar de lactentes nascidos prematuros: ensaio clínico não randomizado.

Dissertação apresentada ao programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus pais que me deram a vida, todas as condições para vivenciar uma infância saudável repleta de memórias agradáveis, e continuam contribuindo de forma muito generosa e amorosa com o meu desenvolvimento enquanto pessoa;

Ao meu amado irmão e nossas conversas sobre a nossa e outras infâncias;

Ao meu marido, companheiro de momentos felizes e difíceis, que vem construindo com amor e doação nossa história;

Ao amor, se que se apresenta de forma concreta, por meio dos pais que vivenciam a montanha russa que é ter seus bebês nascidos prematuros em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

AGRADECIMENTOS

À orientadora e amiga Professora Livre-Docente Maria De Lá Ó Ramalho Veríssimo, pela generosidade que tem, me recebeu no grupo de pesquisa com tanto carinho e construiu ao meu lado, de forma muito querida, cada etapa deste trabalho. Ampliou meu olhar para a prática profissional com as famílias e com as crianças, por meio de seu exemplo e capacidade de nos fazer refletir.

À minha “anja” Nádia Melo, que me guiou neste caminho e tantos outros, que se doa de forma ímpar à nossa amizade e as relações.

Aos queridos amigos que o mestrado me trouxe e a todos os membros do grupo de pesquisa Cuidado em Saúde e Promoção do Desenvolvimento Infantil.

Às Professoras Doutoras Aurea Tamami Minagawa Toriyama e Cecília Helena de Siqueira Sigaud, pelas sugestões na pesquisa e contribuições metodológicas.

À querida Professora Doutora Rayla Amaral Lemos, que dividiu comigo a História de Sofia, e as pessoas que me esta história me apresentou, em especial a querida amiga Pamela Brustolini Oliveira Rena.

Ao Hospital e Maternidade REDE D'OR São Luiz, unidade Ánalia Franco, à diretoria médica, gerência, supervisão, enfermeiros, técnicos, auxiliares de enfermagem e serviços auxiliares, que de alguma e importante forma contribuíram para este trabalho, em especial para Supervisora Renata Maria Dalla Dea.

À Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e seus colaboradores, que abriram suas portas e seus braços, me ajudando a realizar um sonho e me deram todas as condições possíveis para a construção deste estudo e evolução enquanto pessoa.

Às famílias que me receberam em suas casas e compartilharam comigo suas rotinas, suas emoções e seus bens mais preciosos.

Obrigada

“A teoria sem a prática vira 'verbalismo', assim como a prática sem teoria, vira ativismo. No entanto, quando se une a prática com a teoria tem-se a práxis, a ação criadora e modificadora da realidade.”

Paulo Freire

Morelo JG. Efetividade de uma tecnologia educacional sobre a estimulação domiciliar de lactentes nascidos prematuros: Ensaio clínico não randomizado. [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

RESUMO

Introdução: A efetividade das Tecnologias Educacionais (TE) elaboradas para auxiliar tanto a função educativa precípua do enfermeiro, quanto o apoio às famílias de prematuros na promoção do desenvolvimento infantil, é pouco conhecida. **Objetivo geral:** Analisar a efetividade da TE "História de Sofia: Batalhas e Conquistas da família no cuidado e desenvolvimento da criança prematura" sobre a estimulação no ambiente domiciliar de lactentes nascidos prematuros. **Método:** Ensaio clínico pragmático, não randomizado, em unidade de terapia intensiva neonatal de um hospital privado, em São Paulo, SP. Foram incluídos familiares de lactentes prematuros e excluídos aqueles ausentes em três contatos para agendamento. A coleta em visita domiciliar, de maio a novembro de 2018, levantou características ambientais e familiares dos lactentes e sua estimulação foi avaliada com o inventário *Home Observation for Measurement of the Environment Scale*, versão 0 a 3 anos (IT-HOME). Todos os participantes receberam a orientação de alta hospitalar padronizada no serviço; a TE foi doada ao grupo experimental (GE); o grupo controle (GC) não teve contato com a TE. O estudo seguiu a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e registrado na plataforma virtual de Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (Identificador primário: RBR-2SK64P) com autorização dos Comitês de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e do Hospital e Maternidade Rede DOR São Luiz (Protocolos dos pareceres: 2.542.890 e 2.648.329). Na análise dos dados, foram comparados os grupos e escores do IT-HOME com variáveis de interesse. Para a comparação de variáveis numéricas utilizou testes t, Wilcoxon-Mann-Whitney ou Brunner-Munzel, ANOVA e teste Kruskal-Wallis. A comparação de variáveis categóricas usou o teste qui-quadrado ou exato de Fisher e a correlação foi medida pelo coeficiente Spearman. **Resultados:** O GC foi composto por 30 famílias, sendo 5 com lactentes gemelares e o GE 32 famílias com 3 gemelares. As pontuações médias do IT HOME foram 30,23 para o GE, e 26,57 para o GC, evidenciando mais estimulação domiciliar para o GE ($p=0,001$). O GE teve pontuações superiores ao GC nas subescalas: ausência de punição e restrição (GE=5,03; GC=4,46; $p=0,005$); disponibilidade de materiais de brinquedos e jogos apropriados (GE=4,14; GC=3,03; $p=0,001$); envolvimento materno com a criança (GE=3,8; GC=2,37; $p<0,001$); oportunidade de variação na estimulação diária (GE=3,26; GC=2,8; $p=0,025$). Não houve diferença significativa nas escalas: responsividade emocional e verbal da mãe (GC=9,54; GE=9,6; $p=0,513$); organização do ambiente físico e temporal (GC=4,37; GE=4,4; $p=0,836$). As variáveis que influenciaram as pontuações do IT-HOME foram: relatos de aspectos mais positivos pelas mães; preparo familiar para chegada do bebê por meio de leitura de materiais sobre cuidados com o bebê e/ou desenvolvimento infantil, ou realização de curso preparatório; utilizar Unidade Básica de Saúde para o cuidado com o bebê; atividades prazerosas com o bebê. A maior parte das mães gostou da TE pela leitura fácil e identificação com a história e utilizou o material como fonte de informações. **Conclusão:** A TE foi efetiva para a promoção de estímulos domiciliares aos lactentes nascidos prematuros.

Palavras-chave: Enfermagem Neonatal. Prematuridade. Desenvolvimento Infantil. Tecnologia Educacional. Cuidado Transicional.

Morelo JG. Educational technology effectiveness in home stimulation of preterm infants: a non-randomized clinical trial. [dissertation]. São Paulo: Nursing School, University of São Paulo; 2019.

ABSTRACT

Introduction: The effectiveness of Educational Technologies (TE) designed to support both the primary educational role of nurses and support for families of preterm infants in promoting child development is poorly understood. **Objective:** To analyze the ET effectiveness "History of Sofia: Family Battles and Achievements in the Care and Development of the Premature Child" in Home-Based Stimulation of Infants Born Premature." **Methods:** Non-Randomized Pragmatic Clinical Trial in a private hospital neonates Intensive Care Unit from the city of São Paulo, SP, Brazil, which included relatives of infants in any level of prematurity and excluded those who were absent in the collection attempts. The home visit collection, from May to November 2018, raised the environmental and familial characteristics of the infants and their stimulation was evaluated by Home Observation for Measurement of the Environment Scale, version 0 to 3 years (IT-HOME). All participants received a standardized discharge from the service, the ET was donated to the experimental group (EG), the control group (CG) had no contact with ET. The study followed Council Resolution 466/12 (RBR-2SK64P) with Research Ethics Committees of the School of Nursing of the University of São Paulo and the São Luiz DOR São Luiz Hospital and Maternity Hospital authorizations (Brazilian National Registry of Clinical Trials Protocols: 2,542,890 and 2,648,329). In data analysis, IT-HOME groups and scores were compared with variables of interest. For the comparison of numerical variables, it was used T-Test, Wilcoxon-Mann-Whitney or Brunner-Munzel, ANOVA and Kruskal-Wallis tests. Comparison of categorical variables used the chi-square or Fisher's exact test and the correlation was measured by the Spearman coefficient. **Results:** Both groups included 35 infants. Mean scores for IT HOME were 30.23 for the SG, and 26.57 for the CG, showing more home stimulation for the SG ($p = 0.001$). The GE had scores higher than the GC in the subscales: no restriction and punishment ($GE = 5.03$, $GC = 4.46$, $p = 0.005$); availability of appropriate toys and games materials ($GE = 4.14$, $GC = 3.03$, $p = 0.001$); maternal involvement with the child ($GE = 3.8$, $GC = 2.37$, $p < 0.001$); opportunity for variation in the stimulation of daily life ($GE = 3.26$, $GC = 2.8$, $p = 0.025$). There was no significant difference in the scales: emotional and verbal responsiveness of the mother ($GC = 9.54$, $GE = 9.6$, $p = 0.513$); organization of the physical and temporal environment ($GC = 4.37$, $GE = 4.4$, $p = 0.836$). The variables that influenced the IT-HOME scores were: more positive aspects reports by mothers; family preparing for the baby coming by baby care/child development reading, or preparatory course; use the Basic Health Unit to care for the baby; pleasant activities with the baby. Most mothers liked TE for easy reading and identification with the story, who used the material as an information source. **Conclusion:** The ET was effective for the promotion of infants' home stimulation inborn preterm.

Keywords: Neonatal Nursing. Prematurity. Child development. Educational technology. Transitional Care.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Fluxograma das famílias participantes do estudo, segundo recrutamento, alocação nos grupos controle e experimental e aplicação dos instrumentos de coleta dos dados. São Paulo, 2019.47
- Figura 2** - Análise visual comparativa das posições das pontuações entre grupos controle (GC) e experimental (GE), de acordo com as subescalas e escore total do instrumento IT-HOME. São Paulo, 2019.....53
- Figura 3** - Média de pontuação por questão (Q) entre os grupos controle (GC) e experimental (GE), na subescala Responsividade emocional e verbal da mãe. São Paulo, 2019.....53
- Figura 4** - Média de pontuação por questão (Q) entre os grupos controle (GC) e experimental (GE), na subescala Ausência de punição e restrição. São Paulo, 2019.54
- Figura 5** - Média de pontuação por questão (Q) entre os grupos controle (GC) e experimental (GE), na subescala Organização do ambiente físico e temporal. São Paulo, 2019.....55
- Figura 6** - Média de pontuação por questão (Q) entre os grupos controle (GC) e experimental (GE). na subescala Disponibilidade de materiais de brinquedos e jogos apropriados. São Paulo, 2019.....55
- Figura 7** - Média de pontuação por questão (Q) entre os grupos controle (GC) e experimental (GE), na subescala Envolvimento materno com a criança. São Paulo, 2019.....56
- Figura 8** - Média de pontuação por questão (Q) entre os grupos controle (GC) e experimental (GE), na subescala Oportunidade de Variação na estimulação diária. São Paulo, 2019.57
- Figura 9** - Aspectos gerais dos comentários das mães do grupo experimental sobre a Tecnologia Educativa. São Paulo, 2019.....63

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição dos cuidadores principais dos lactentes, por área de formação. São Paulo-SP, Brasil, 2019.	49
Tabela 2 - Distribuição dos diagnósticos médicos entre os recém-nascidos dos grupos controle (GC) e experimental (GE). São Paulo, 2019.....	51
Tabela 3 - Distribuição de encaminhamentos dos recém-nascidos a especialistas médicos entre os grupos controle (GC) e experimental (GE). São Paulo, 2019.	52
Tabela 4 - Distribuição da pontuação média dos escores do IT-HOME nos grupos controle (GC) e experimental (GE). São Paulo, 2019.	52
Tabela 5 - Variáveis ambientais e familiares que não influenciaram na subescala Responsividade Emocional e Verbal da Mãe. São Paulo, 2019.....	100
Tabela 6 - Variáveis ambientais e familiares que não influenciaram na subescala Ausência de Punição e Restrição. São Paulo, 2019.	101
Tabela 7 - Variáveis ambientais e familiares que não influenciaram na subescala Organização do Ambiente Físico e Temporal. São Paulo, 2019.....	102
Tabela 8 - Variáveis ambientais e familiares que não influenciaram na subescala Disponibilidade de Materiais Brinquedos e Jogos Apropriados. São Paulo, 2019.	103
Tabela 9 - Variáveis ambientais e familiares que não influenciaram na subescala Envolvimento dos Pais com a Criança. São Paulo, 2019.....	104
Tabela 10 - Variáveis ambientais e familiares que não influenciaram na subescala Oportunidade de Variação na Estimulação Diária. São Paulo, 2019. ..	105
Tabela 11 - Variáveis ambientais e familiares que não influenciaram escore total do IT-HOME. São Paulo, 2019.....	106

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Objetivos de avaliação de cada Subescala do IT-HOME	43
Quadro 2 - Condições de nascimento dos recém-nascidos dos grupos controle (GC) e experimental (GE). . São Paulo, 2019.	50
Quadro 3 - Associações das variáveis familiares e ambientais dos lactentes em relação aos resultados do IT-HOME.	58
Quadro 4 - Relação entre o instrumento de coleta IT-HOME e a matriz de conhecimentos e habilidades propostos pela tecnologia educativa: a História de Sofia	96

LISTA DE SIGLAS

APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
DI	Desenvolvimento Infantil
ECP	Ensaio Clínico Pragmático
GC	Grupo Controle
GE	Grupo Experimental
IC	Idade Corrigida
Inventory HOME	<i>Home Observation for Measurement of the Environment.</i>
IT-HOME	<i>Infant-Toddler HOME</i>
RN	Recém-Nascido
TE	Tecnologia Educacional
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
UTIP	Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

SUMÁRIO

1	MOTIVAÇÕES PARA O ESTUDO	16
2	INTRODUÇÃO	20
2.1	JUSTIFICATIVA.....	27
2.2	HIPÓTESE	28
3	OBJETIVOS.....	30
3.1	OBJETIVO GERAL.....	30
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	30
4	MÉTODO	32
4.1	DESENHO DE ESTUDO	32
4.2	LOCAL.....	32
4.2.1	Orientação de Alta Hospitalar.....	34
4.3	POPULAÇÃO	34
4.3.1	Amostra.....	35
4.3.2	Não Randomização.....	35
4.3.3	Estudo Piloto	35
4.4	CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	36
4.4.1	Critérios de Inclusão.....	36
4.4.2	Critérios de Exclusão	36
4.5	INTERVENÇÃO.....	36
4.5.1	Grupo Experimental (GE).....	36
4.5.2	Grupo Controle (GC)	38
4.6	VARIÁVEIS.....	38
4.6.1	Caracterização da Amostra.....	38
4.6.2	Variáveis Independentes	40
4.6.3	Variáveis Dependentes	40

4.7	INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS	40
4.8	PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS	44
4.9	ASPECTOS ÉTICOS.....	45
4.10	ANÁLISE DOS DADOS	45
5	RESULTADOS	47
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO	49
5.1.1	Principais Cuidadores	49
5.2	CARACTERIZAÇÃO DOS LACTENTES.....	50
5.3	RESULTADOS DO IT-HOME	52
5.4	RESULTADOS DAS VARIÁVEIS AMBIENTAIS/FAMILIARES	57
5.5	OPINIÕES DAS MÃES SOBRE A TECNOLOGIA EDUCATIVA	63
6	DISCUSSÃO.....	65
7	CONCLUSÃO	72
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM	76
	REFERÊNCIAS.....	79
	APÊNDICES	86
	ANEXOS	108

1 MOTIVAÇÕES PARA O ESTUDO

1 MOTIVAÇÕES PARA O ESTUDO

Ao terminar o ensino médio técnico em enfermagem, iniciei a vida profissional atuando na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP) de uma instituição hospitalar estadual na zona leste de São Paulo.

Nesta Unidade, a maioria dos diagnósticos concentrava-se em problemas respiratórios, traumas e paralisia cerebral, mas também havia muitos casos de problemas de desenvolvimento decorrentes de vários fatores, dentre eles, a prematuridade, o que acarretava repetidas internações.

Após um ano, fui trabalhar em outra instituição hospitalar, e, ao lidar e conhecer um novo público, constatei que as características das crianças prematuras que se internavam nesta unidade eram as mesmas, isto é, os “prematurinhos” continuavam internando na UTIP após alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) basicamente pelos mesmos problemas.

Terminei o curso superior em Enfermagem, ingressei no curso de pós-graduação do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP e, concomitantemente, passei no processo seletivo para enfermeiros trainees da instituição em que estava atuando.

Ao término do programa de enfermeiros trainees, surgiu uma vaga para enfermagem neonatal no mesmo hospital e, devido à minha experiência como técnica de enfermagem no bloco pediátrico e à minha especialização, fui efetivada para atuar na UTIN.

Atuando na UTIN, compreendi mais profundamente as muitas morbidades que havia conhecido na UTIP, bem como as dificuldades que as famílias encontram em oferecer cuidados domiciliares mais apropriados e específicos a um bebê prematuro, uma vez que elas se sentem “perdidas” ao ter de lidar com um ser tão pequeno e frágil, pois tudo o que vislumbraram vivenciar com a chegada de um bebê a termo fica suspenso até todas as barreiras envolvidas na situação, altamente inesperadas, serem ultrapassadas.

Vale lembrar que, historicamente, as expectativas de uma criança prematura sobreviver com idades gestacional precoce nunca eram muito elevadas, porque,

diante da realidade atual, os conhecimentos e recursos médicos eram muito mais limitados. Por isso, familiares tradicionalmente mais experientes em "criar crianças", como tias e avós, podem não ter vivenciado e acumulado experiências para proporcionar uma segura rede de apoio em caso de prematuridade. Mas a medicina do século XXI avança cada vez mais rápida e consistentemente e a expectativa dos prematuros em sobreviver também.

Com tais percepções, conheci o grupo de pesquisa "Cuidado em Saúde e Promoção do Desenvolvimento Infantil" Da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo a convite de uma colega e participei da construção do compartilhamento da "História de Sofia", que representa a trajetória de muitos bebês que assisto. Era o relato de pesquisa de uma das integrantes do grupo para a elaboração da tese de doutorado, cujo objetivo era auxiliar as famílias a atuarem como promotoras do desenvolvimento infantil.

Em relação aos cuidados domiciliares e visando dar apoio consistente e maior segurança às famílias, a pesquisa apresentava uma tecnologia educacional (TE) para o enfrentamento das dificuldades de se lidar com as necessidades específicas de um prematuro.

Assim, ao participar das reuniões do grupo e ao atuar na UTIN, onde se lida não só com as questões inerentes à própria prematuridade dos recém-nascidos, mas também com a aflição dos pais, vinha à memória cada evolução e cada vitória dos "prematuinhos", e também cada insegurança e cada temor das famílias, percebidos, sobretudo, no momento da orientação de alta - muitas vezes adiada por vontade dos próprios pais, em sofrido dilema, os mesmos que questionavam no dia da admissão "Quando vamos poder levá-lo para casa?".

Tal situação é recorrente e deixa evidente a importância da transição dos cuidados intensivos de enfermagem com o recém-nascido dentro da UTIN e a sequência dos cuidados específicos necessários ao desenvolvimento do prematuro no domicílio.

Considerando a importância dessa transição, cabe refletir sobre como as ações na UTIN e a própria orientação na alta hospitalar podem auxiliar as famílias no domicílio, pois, na maioria dos casos, elas não estão capacitadas com conhecimentos para continuar os cuidados de modo seguro e sereno.

Atuando como enfermeira em UTIN, sendo membro do grupo de pesquisa e com a inquietação suscitada pela importância da transição entre os cuidados hospitalares intensivos e a sua sequência em domicílio, proponho-me a aprofundar a pesquisa sobre o tema e obter mais dados que consubstanciem a TE “A História de Sofia”, para verificar a sua efetividade em auxiliar familiares de lactentes nascidos prematuros a atuarem como promotores do desenvolvimento infantil pós-alta.

2 INTRODUÇÃO

2 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa teve como objeto a utilização da TE “História de Sofia: Batalhas e conquistas da família no cuidado e desenvolvimento da criança prematura” como um recurso para apoiar as famílias no cuidado de crianças nascidas prematuras, visando à promoção do seu desenvolvimento integral.

Para delimitar o estudo, a primeira etapa desse trabalho foi uma revisão de literatura, que está apresentada no Apêndice 1 (Tecnologias educacionais e educação em saúde: Revisão integrativa da literatura), que teve como pergunta de pesquisa: Como as TE têm contribuído para a educação em saúde?

Estudos revelam que os profissionais da enfermagem anseiam em contribuir para a melhoria das condições de vida e saúde da população, tendo as ações educativas como um valioso instrumento de trabalho para que esse objetivo seja atingido, ressaltando-se que essas ações precisam ser executadas de forma constante e efetiva em conjunto com a população (Roecker, Nunes, Marcon, 2013). Isso é importante principalmente em um momento em que a assistência de cunho curativo e voltada à doença deixa de ser o único foco do cuidado, em favor da atenção às necessidades de saúde dos indivíduos e das famílias (Áfio et al., 2014; Roecker, Nunes, Marcon, 2013).

Pensar em ações educativas voltadas à atenção das necessidades de saúde das famílias e sujeitos é falar sobre Educação em Saúde, tema importante para ser discutido, pois está diretamente relacionado ao ganho de autonomia no cuidado em saúde, conforme definido pelo Ministério da Saúde:

Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população [...]. Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção de saúde de acordo com suas necessidades (Brasil, 2006).

Sendo assim, a educação em saúde tem como foco a promoção à saúde e, como estratégia, o processo de conscientização individual e coletiva da sociedade,

perspectiva esta inserida como modelo de atenção à saúde mediante a formalização do Sistema Único de Saúde (Ferreira et al., 2014).

Se educar em saúde deve ser uma ação que vai além de repassar informações, o caminho então é um processo dialógico, que utiliza práticas educativas envolvendo os sujeitos nas ações de construção/reconstrução do conhecimento e de habilidades de cuidado que consiga sensibilizar as pessoas (Ferreira et al., 2014).

A enfermagem atua predominantemente ao lado da população, sendo assim, a educação em saúde faz parte do seu cotidiano, pois o enfermeiro é a categoria profissional que tem como ação peculiar atividades educativas com vistas a favorecer o bem-estar, a inclusão social e a cidadania (Berardinelli et al., 2014).

Para tanto, o enfermeiro pode se valer de opções que dinamizam suas atividades, como o uso de TE, as quais têm colaborado para a promoção de saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o uso desses materiais melhora o acesso à informação e o autogerenciamento da saúde. (Áfio et al., 2014; OMS, 2003; Roecker, Nunes, Marcon, 2013).

As TE são consideradas como:

corpo de conhecimentos engrandecidos pela ação do homem, e não somente a construção de artefatos ou equipamentos; é um conjunto sistemático de conhecimentos científicos que tornam possível o planejamento, a execução, o controle e o acompanhamento dos processos educacionais (Nietzsche, 2003).

Em 1997, Merhy e Onoko estabeleceram uma classificação para as tecnologias na área da saúde da seguinte forma: tecnologia dura, representada pelos materiais e equipamentos, ferramentas e instalações físicas; tecnologia leve-dura, que compreende os saberes do campo da saúde; e tecnologia leve, que se refere à produção das relações mediante a comunicação, sendo que sua principal função é reforçar as habilidades dos indivíduos e/ou auxiliar na obtenção de novas atitudes, gerando transformação (Merhy, Onoko, 2002).

A enfermagem propõe a classificação de tecnologia em educacional, assistencial e gerencial, sendo representadas respectivamente como conjunto de conhecimentos científicos que envolvem os processos educacionais, ações sistematizadas para a prestação da assistência qualificada e ações teórico-práticas utilizadas para o gerenciamento da assistência pelo ensino do autocuidado e no

desenvolvimento de competências, bem como para a mediação dos processos de gestão (Áfio et al., 2014; Nietzsche et al., 2005).

Ao conhecer as diversas categorias de TE, ampliamos nosso olhar para utilizá-las como aliadas na assistência de enfermagem ao paciente e a sua família. Evidências científicas demonstram contribuições efetivas ao utilizar esse tipo de material no desenvolvimento de conhecimentos aos familiares cuidadores, por meio da construção de conhecimento em diferentes domínios de cuidados (Landeiro, Peres, Martins, 2016).

Profissionais da enfermagem apontam que a utilização de TE disponibilizada aos familiares cuidadores, como complemento à instrução a eles oferecida, é uma estratégia inovadora, que capacita os cuidadores na transição dos cuidados hospitalares para domiciliares, trazendo criatividade na arte do cuidar. Tudo isso estimula essa categoria profissional a utilizá-las, pois facilitam e podem tornar mais ágil o seu trabalho, com a produção do conhecimento extraída de questões da práxis. (Landeiro, Martins, Peres, 2016; Oliveira, Fernandes, Sawada, 2008).

Os enfermeiros consideram também que os conteúdos a serem incluídos no desenvolvimento das TE devem abranger o domínio dos conhecimentos e dos recursos existentes na comunidade, objetivando fornecer informação adequada e adaptada às necessidades dos familiares cuidadores (Landeiro, Martins, Peres, 2016).

As TE aliam o conhecimento científico aos procedimentos técnicos, por meio da disseminação de informações referentes a promoção, manutenção e/ou recuperação da saúde (Oliveira, Fernandes, Sawada, 2008).

Não apenas os profissionais visualizam benefícios ao utilizar TE, diversos estudos sobre a utilização de TE mostram benefícios descritos pela população usuária dessas tecnologias.

Um estudo sobre a utilização de uma cartilha educativa, sobre ações que estimulam o desenvolvimento infantil, concluiu que o material proporcionou o diálogo sobre o tema abordado entre 73,6% das famílias que tiveram contato com ele com profissionais de uma Unidade Básica de Saúde (Fracolli, Chiesa, 2010).

Outro estudo para verificar a eficácia de um folheto educativo, para melhorar o nível de conhecimento de pais/responsáveis de crianças de até 12 anos sobre o pronto-atendimento em casos de traumatismo alvéolo-dentário, por meio de pré e pós-

teste, concluiu que o material mostrou-se um instrumento eficaz para a aquisição de conhecimentos sobre o tema (Fritola et al., 2014).

Em estudo sobre a aceitação do usuário de uma cartilha educativa, mães de recém-nascidos prematuros relataram que o instrumento era adequado para auxiliar pais e familiares sobre cuidados dos lactentes nascidos prematuros, pois socializa e difunde o conhecimento (Fonseca et al., 2007).

As TE vem sendo redescobertas como ferramenta útil para diversas categoriais profissionais da área da saúde, pois conectam os saberes científicos ao senso comum (Santos, Frota, Martins, 2016). Na prática pediátrica, essas ferramentas são um meio que pode auxiliar pais de crianças nascidas prematuras na detecção precoce de possíveis alterações, afinal, estas crianças apresentam maior risco de atrasos no desenvolvimento (Sanchez, Lemos, Veríssimo, 2017).

Considerando-se todo o exposto, desperta-se o interesse em criar e testar TE de baixo custo, e principalmente efetivas, que proporcionem melhor qualidade de vida ao prematuro após a alta da UTIN, e as TE podem contribuir como ferramenta para auxiliar no desenvolvimento infantil (Lemos, Veríssimo, 2015).

Pensar em condições que auxiliem os familiares de recém-nascidos prematuros no cuidado é relevante, pois a prematuridade é tema de extrema importância em todo o mundo e prioridade em Saúde Pública (Adam et al., 2005), como se explica a seguir.

A mortalidade neonatal é o principal componente da mortalidade infantil desde a década de 1990. Em 2010, a taxa de óbito foi de 11,1 por mil nascidos vivos e a principal causa é a prematuridade, ocupando cerca de 1/3 dos casos; em 2011, houve aumento do número de nascimentos prematuros, com 11,5%, nível bem mais elevado do que de países desenvolvidos, que apresentam taxas em torno de 7%. Já no período neonatal, dados mais recentes revelam, que em 2013 a prematuridade foi responsável por 16,5% das causas óbito (Brasil, 2015; Lansky et al., 2014; Maranhão et al., 2012).

A prematuridade é reconhecida como um fator de risco biológico para o desenvolvimento infantil, aumentando a probabilidade para os problemas em diversas áreas (Lopes, Cardoso, 2014). O nascimento prematuro pode impactar a realização e construção de habilidades, devido tanto à imaturidade dos órgãos e sistemas fisiológicos ao nascimento, como às intercorrências sofridas em internações

prolongadas, que podem trazer prejuízos em várias dimensões (Oliveira et al., 2016; Silva et al., 2015).

O avanço tecnológico de equipamentos e procedimentos em UTIN tem contribuído para o aumento da sobrevivência de recém-nascidos prematuros com idades gestacionais cada vez menores. Porém, esses mesmos equipamentos e procedimento desencadeiam alterações no desenvolvimento desses neonatos devido ao seu caráter invasivo, à manipulação excessiva, à luz intensa, ruídos constantes, entre outros, por causarem impactos em seu sistema nervoso, causando até mesmo alterações físicas como perda de peso (Appleton, 1997; Aucott et al., 2002).

Assim, condições de nascimento, ambiência, assistência e período prolongado de internação são situações de risco e potenciais geradores de sequelas neurológicas. Por isso, o acompanhamento do desenvolvimento de crianças que permaneceram internadas em UTIN é essencial (Lopes, Cardoso, 2014).

Nesse cenário, o suporte da enfermagem neonatal à família desses recém-nascidos, no percurso entre o nascimento e a alta hospitalar, deve possibilitar planejamento e execução de adequadas orientações e informações com objetivo de proporcionar melhores condições de cuidado ao bebê no domicílio (Oliveira et al., 2013; Padovani et al., 2004).

Isso importa principalmente pelo fato deste momento de internação em UTIN ser relatado pelos pais destes recém-nascidos como um episódio de suas vidas permeado por muitos sentimentos dolorosos, o que traz muita insegurança no cuidado após a alta hospitalar (Oliveira et al., 2013; Padovani et al., 2004). Pensar e cuidar dessa transição de cuidados, principalmente quando os pais estão fragilizados, potencializa a oferta de cuidados favoráveis ao desenvolvimento adequado do prematuro, particularmente nos primeiros anos de vida (Couto, Praça, 2009).

É importante pensar nesse sentido, pois, promover e potencializar o desenvolvimento infantil diminui as desigualdades sociais e dificuldades vivenciadas no contexto domiciliar em nossa sociedade (Molinari, Silva, Crepaldi, 2005).

Este fato desperta o interesse em alcançar estratégias educativas mais acessíveis a população e, principalmente, efetivas, que proporcionem melhor qualidade de vida ao prematuro após a alta da UTIN e aos seus pais (Lemos, Veríssimo, 2015). Embora muitos estudos abordem os riscos do nascimento

premature para o desenvolvimento infantil (Oliveira et al., 2016; Silva et al., 2015; Souza, Magalhães, 2012), a escassez de literatura científica voltada à promoção do desenvolvimento das crianças nascidas prematuras é uma realidade.

Assim, pensando na saúde e desenvolvimento do prematuro, e também nos efeitos emocionais, como a insegurança, que a internação em UTIN de uma criança nascida prematura acarreta aos pais, a utilização de TE para o amparo e orientação dessas famílias surge como importante recurso em favor do desenvolvimento do prematuro, do fortalecimento das famílias para cuidar de seus bebês e da ampliação da competência profissional do enfermeiro (Lemos, Veríssimo, 2015).

A TE “História de Sofia: Batalhas e conquistas da família no cuidado e desenvolvimento da criança prematura”, (Anexo 1), foi elaborada para atender a esse público de famílias de crianças nascidas prematuras (Lemos, Veríssimo, 2016b). Trata-se de um pequeno livro, resultado de uma tese de doutorado que objetivou sistematizar as bases teóricas e operacionais do cuidado à criança nascida prematura, compor e validar material de educação em saúde para a promoção do desenvolvimento (Lemos, 2016).

A “História de Sofia” destaca não apenas a criança, mas seu contexto, deixando explícito que a interação da criança com seu ambiente é fundamental para o processo de desenvolvimento infantil. Traz também a perspectiva de que o progresso no desenvolvimento infantil não se refere a marcos estanques, mas a possibilidade de realização das funções da vida diária.

Esses fundamentos aparecem na definição de desenvolvimento infantil proposta por Souza e Veríssimo (2015):

O Desenvolvimento Infantil é parte do desenvolvimento humano, um processo único de cada criança que tem como finalidade sua inserção na sociedade em que vive. É expresso por continuidade e mudanças nas habilidades motoras, cognitivas, psicossociais e de linguagem, com aquisições progressivamente mais complexas nas funções da vida diária. O período pré-natal e os primeiros anos de vida são o alicerce deste processo, que decorre da interação de características biopsicológicas, herdadas geneticamente, e experiências oferecidas pelo meio ambiente. As experiências são constituídas pelo cuidado que a criança recebe e pelas oportunidades que ela tem para exercitar ativamente suas habilidades. O cuidado voltado às necessidades de desenvolvimento possibilita à criança alcançar todo o seu potencial em cada fase do seu desenvolvimento, com repercussões positivas na sua vida adulta (Souza, Veríssimo, 2015).

O desenvolvimento funcional, que é foco da TE em questão, amplia a visão sobre a ideia de desenvolvimento como aquisição de marcos recortados por áreas, como motora, cognitiva ou emocional, pois se refere a articulação destas capacidades, que constroem as habilidades que possibilitam a execução de atividades cotidianas (Rodrigues, Gabbard, 2007). Sullivan e Msall (2007) conceituam como desempenho funcional a capacidade de executar tarefas da vida diária e cumprir as expectativas de seu papel social, sendo exemplificadas como: atividades de higiene, brincar, movimentar-se em ambientes internos e externos, comunicar-se, interação com outras pessoas, participação na escola, com outras crianças, na comunidade e entre outros (Sullivan, Msall, 2007).

As atividades de vida diária vão se diferenciando de acordo com a faixa etária, o que gradativamente torna a criança independente, e lhe dá autonomia, proporcionando capacidade para explorar melhor seu ambiente (Silva et al., 2015).

Sendo assim, o contexto dos cuidados domiciliares assume papel fundamental para o desenvolvimento dos bebês, sobretudo os prematuros, uma vez que pode favorecer a construção de habilidades funcionais para a descoberta de seu meio, tanto físico quanto cognitivo e emocional, se as oportunidades necessárias estiverem presentes (Silva et al., 2015). Portanto, outro ponto importante para o profissional da saúde é conhecer a família e a comunidade em que a criança está inserida, pois é neste cenário que ela irá crescer, e trabalhar em parceria com essas pessoas em suas realidades é fundamental para a promoção do desenvolvimento (Lemos, Veríssimo, 2015).

Um estudo revelou que há lacuna de investigação referente às oportunidades de estímulos domiciliares para bebês com fatores de risco, que podem afetar o desenvolvimento, principalmente das habilidades funcionais, que são as responsáveis pelo exercício social de forma contínua, independente e ativa durante a vida, mesmo na vigência de limitações (Silva et al., 2015).

Sobretudo para os prematuros, importa a relação entre oportunidades de estímulos domiciliares e desenvolvimento de habilidades funcionais, visto que essas habilidades são produtos de interações do indivíduo com o seu meio (Silva et al., 2015).

Sendo assim, o aumento de casos de sobrevivência de prematuros, pelos avanços em neonatologia, em mesma medida, acarreta desdobramentos e consequências para as famílias no tocante as suas responsabilidades nos cuidados destes lactentes, para o sistema de saúde e para a própria criança. Por essa razão, este estudo buscou investigar a efetividade do uso da TE "História de Sofia" nas condições ambientais, isto é, no contexto de cuidados.

2.1 JUSTIFICATIVA

A elaboração do presente estudo é justificada pelas necessidades verbalizadas pelos familiares de crianças nascidas prematuras que recebem alta da UTIN, bem como pela possibilidade de ocorrer pouca ou inadequada estimulação desses bebês no domicílio.

Estudo realizado com pais de bebês nascidos prematuros concluiu que, ao saírem do hospital, eles entendem estar recebendo a responsabilidade pelo cuidado integral de sua criança e sentem-se em dúvida acerca de sua competência em relação às particularidades do cuidado exigidas pela criança nascida prematura (Marski et al., 2016).

Adicionalmente, as orientações realizadas na alta hospitalar são percebidas pelas mães como protocolares e pouco individualizadas, pois as particularidades de seus filhos prematuros, em geral, não são focalmente abordadas (Custodio et al., 2016), mas imediatamente transferidas para o subsequente acompanhamento pediátrico - que nem sempre é imediatamente à alta hospitalar.

Isso promove questionamento acerca da pertinência do cuidado orientado pelo profissional de enfermagem (Custodio et al., 2016), e reflete a necessidade de preenchimento dessa lacuna de orientações pertinentes que auxiliem as famílias a atuarem como promotoras do desenvolvimento infantil do lactente prematuro no domicílio.

Essa falta de orientação e apoio específicos para o prematuro faz com que os pais se sintam inseguros para a realização dos necessários cuidados domiciliares, o que pode prejudicar ações adequadas para a melhor promoção do desenvolvimento dessas crianças. Nesse sentido, uma pesquisa concluiu que crianças nascidas

prematuras vivem em ambientes menos estimulantes, o que pode influenciar negativamente no seu desenvolvimento (Souza, Magalhães, 2012).

Frente a estes aspectos, que, na verdade, são recorrentes em diversos estudos realizados nesse cenário, faz-se necessário verificar a efetividade do uso de TE que auxiliem profissionais de enfermagem a atuarem como parceiros de famílias de crianças nascidas prematuras para a melhoria da promoção do desenvolvimento infantil no domicílio.

2.2 HIPÓTESE

Os familiares que têm contato com a TE “História de Sofia” oferecem maior estimulação ao prestar o cuidado domiciliar à sua criança nascida prematura.

3 OBJETIVOS

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a efetividade da TE "História de Sofia: Batalhas e conquistas da família no cuidado e desenvolvimento da criança prematura" sobre a estimulação no ambiente domiciliar de lactentes nascidos prematuros.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar a estimulação no ambiente domiciliar aos lactentes nascidos prematuros cujos pais foram expostos à TE “História de Sofia: batalhas e conquistas da família no cuidado e desenvolvimento da criança prematura”, com aqueles cujos pais não tiveram contato com a TE.
- Verificar a relação entre características familiares e ambientais com a estimulação domiciliar a lactentes nascidos prematuros.
- Descrever opiniões dos pais sobre a TE e sua utilização.

4 MÉTODO

4 MÉTODO

4.1 DESENHO DE ESTUDO

O presente estudo é um ensaio clínico pragmático (ECP) não randomizado, cuja variável independente foi uma intervenção educativa e cuja efetividade esperada foi a melhoria da quantidade e da qualidade de estímulos domiciliares voltados à promoção do desenvolvimento de lactentes nascidos prematuros.

Os ECP's são aqueles conduzidos em condições menos rígidas do que os ensaios clínicos explanatórios, dado que procuram descrever a efetividade de uma intervenção, o que só é possível quando ela é aplicada em condições semelhantes às da prática clínica; este desenho foi descrito pela primeira vez por Schwartz e Lellouch (Coutinho, Huf, Bloch, 2003).

Os ensaios pragmáticos permitem a incorporação de heterogeneidade das populações, possibilitando ao estudo acomodar-se às necessidades e características dos sujeitos do estudo; logo, o modo como a intervenção é realizada está diretamente relacionado com a prática (Schwartz, Lellouch 1967).

Tais características definiram o cenário e os procedimentos do estudo, conforme detalhado a seguir.

4.2 LOCAL

O estudo foi desenvolvido na UTIN do Hospital e Maternidade REDE D'OR São Luiz, estabelecimento de grande porte situado na zona leste da Cidade de São Paulo.

Nesta unidade hospitalar há 35 leitos de UTIN, que são divididos de acordo com o grau de complexidade, ou demanda da unidade. Destes, 19 são para a assistência ao recém-nascido (RN) grave ou com risco de morte, que necessita de cuidados intensivos neonatais (Brasil, 2012). Para a assistência do RN considerado de médio risco e que demande assistência contínua, porém de menor complexidade quando comparada ao RN com risco de morte (Brasil, 2012), há 16 leitos.

Há três turnos diários de enfermagem nessa UTIN: o matutino, das 7h00 às 13h00, o vespertino, das 13h00 às 19h00 e o noturno, das 19h00 às 7h00 - cada um com três enfermeiras e, em média, 11 técnicos/auxiliares de enfermagem. A maioria das enfermeiras, 70%, têm especialização em terapia intensiva neonatal, e um dos pré-requisitos é a experiência prévia mínima em UTI neonatal de 6 meses, o que também é exigido para a contratação de técnicos de enfermagem.

Dentre os setores que mais se relacionam com a UTIN na instituição, destacam-se a educação continuada, o serviço de controle de infecção hospitalar, o serviço de qualidade, centro de diagnósticos e medicina do trabalho, e o banco de leite humano, sendo que todos contam com quadro de enfermeiros.

Em relação à equipe multiprofissional, diariamente estão presentes na unidade:

- Dois médicos diaristas, pediatra/neonatologista, no período matutino e vespertino;
- Um plantonista médico pediatra/neonatologista 24 horas;
- Dois fisioterapeutas especialistas em neonatologia 24 horas;
- Uma fonoaudióloga para a realização do teste da orelhinha e de acordo com as solicitações médicas;
- Dois psicólogos hospitalares que realizam atendimento de acordo com solicitação médica ou da enfermagem;
- Uma nutricionista e dois farmacêuticos, que realizam avaliações diárias das prescrições médicas;
- Um técnico de enfermagem da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), presente todas as manhãs para a coleta do teste do pezinho.

Em média, a unidade tem, por semana, de duas a três altas hospitalares de bebês nascidos prematuros, que são programadas com os pais a partir do momento em que os médicos verificam que o bebê tem condições clínicas para ir para casa, tais como: . Os bebês que estão em preparo de alta hospitalar ficam em sala específica, o que favorece o treinamento das mães pela equipe de enfermagem para os cuidados domiciliares que, de forma geral, tratam sobre como dar mamadeira ou amamentar, trocar fraldas, dar banho, fazer a higiene oral, ocular e auricular, e cuidados com o coto umbilical.

4.2.1 Orientação de Alta Hospitalar

A alta hospitalar é comunicada aos pais de acordo com a programação do plano terapêutico. Diariamente, o médico diarista transmite as informações das condições clínicas do recém-nascido e da programação de alta. Quando é definida a condição para programação de alta, o bebê é transferido para a sala que permite aos pais prestarem cuidados aos seus bebês.

No dia da alta hospitalar, o médico avalia o RN, seu prontuário e verifica se há condições de alta conforme programado; estando tudo dentro do plano, o médico faz o resumo de alta e sua orientação é realizada baseada neste resumo, o qual contém informações sobre as condições de nascimento, os exames e terapêuticas empregadas durante a internação, medicamentos e tipo de nutrição que devem ser mantidos em domicílio.

A enfermeira realiza um *check-list* com as mães para verificar se as orientações de cuidados básicos foram transmitidas e praticadas ao longo da internação, tais como troca de fralda, higiene oral, banho, higiene de coto umbilical, higiene auricular, oferta de mamadeira, se aplicável, cuidados manuais para melhora da cólica, aspectos que devem ser observados nas eliminações vesico intestinais do RN. Também orienta sobre o uso de bebê conforto, o banho de sol e a necessidade do acompanhamento de puericultura com pediatra.

A equipe de fisioterapia também realiza orientações sobre higiene nasal e medidas posturais para os bebês com diagnóstico de refluxo gástrico.

As informações que constam no resumo de alta hospitalar e as orientações que a fisioterapia e enfermagem realizam fazem parte do protocolo de alta hospitalar, as quais são transmitidas verbalmente e entregues por escrito.

4.3 POPULAÇÃO

A população do estudo foi composta por familiares de recém-nascidos prematuros e que tiveram internação na UTIN do estudo.

4.3.1 Amostra

O tamanho da amostra do estudo foi dimensionado para que a diferença padronizada encontrada nos escores do instrumento IT-HOME, descrito adiante, entre os grupos controle e experimental fosse significativa em um teste (t) de amostras independentes, com poder de teste de 80% e nível de significância de 5%. A amostra foi estimada em 80 lactentes nascidos prematuros e suas famílias, 40 para o grupo controle e 40 para o grupo experimental. Considerando as possíveis perdas, foi proposto o recrutamento de 20% a mais de participantes.

4.3.2 Não Randomização

O presente estudo não foi randomizado pela impossibilidade de formar os grupos controle e experimental simultaneamente, dadas as características da UTI neonatal, em que os familiares dos recém-nascidos têm grande contato entre si o que inviabilizaria a não exposição do grupo controle à TE. Esse contato é proporcionado em várias situações que ocorrem sempre nos mesmos horários para todos os acompanhantes, como o momento do boletim médico, ou presença nos mesmos locais, como a sala de descanso das mães, o banco de leite humano e o restaurante do hospital. Nestas oportunidades, sedentos por informações que os auxiliem no cuidado de seu bebê, os familiares compartilham suas experiências.

Sendo assim, o grupo controle foi formado pelas famílias cujos bebês já tinham recebido alta no início da coleta de dados e o grupo experimental pelas famílias cujos bebês tiveram hospitalização a partir dessa data, que correspondeu à data de liberação dos comitês de ética em pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e da instituição em que se realizou o estudo (maio/2018).

4.3.3 Estudo Piloto

Realizou-se estudo piloto com 20 participantes e não houve necessidade de adequações nos procedimentos de coleta, nem de alteração no cálculo da amostra. Por estas razões, conforme previsto no projeto de pesquisa, os dados do estudo piloto compuseram a amostra final.

4.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

4.4.1 Critérios de Inclusão

- Familiares de lactentes nascidos prematuros e responsáveis pelo cuidado habitual da criança no domicílio.

4.4.2 Critérios de Exclusão

- Impossibilidade de agendamento da visita no período estabelecido para a coleta de dados, por indisponibilidade da família ou do lactente.

4.5 INTERVENÇÃO

4.5.1 Grupo Experimental (GE)

A pesquisadora ofereceu a TE “História de Sofia: Batalhas e conquista da família no cuidado e promoção do desenvolvimento a criança prematura”, para as famílias que compuseram o grupo experimental, sendo elegíveis todas aquelas cujos RN prematuros tiveram alta a partir da aprovação dos comitês de ética.

A TE foi construída mediante um estudo metodológico, com abordagem mista, exploratória e analítica, por meio de pesquisas de literatura e pesquisa de campo com a população alvo, visando adequar o conteúdo às evidências disponíveis e à realidade vivenciada pelas famílias, garantindo-se sua participação na construção do material educativo (Lemos, Veríssimo, 2015, 2016a). Para a avaliação e validação da TE, participaram 53 profissionais das áreas de saúde, de educação e de comunicação, e 16 cuidadores familiares de crianças nascidas prematuras. O material foi avaliado de forma bastante positiva pelos grupos de participantes e recomendado para ampla utilização pelos familiares (Lemos, 2016).

A grande aceitação e avaliação positiva da TE pode ser atribuída aos referenciais teóricos utilizados em sua elaboração, os quais se mostraram precisos, consistentes e com grande potencial para atingir o seu objetivo (Lemos, Veríssimo, 2018).

A TE foi idealizada e construída pelas autoras a partir de suas percepções e relatos das famílias dessas crianças sobre a falta de respaldo devido à pouca informação destinada ao desenvolvimento e cuidado do prematuro após a alta hospitalar. Ela aborda o desenvolvimento funcional e os cuidados domiciliares que o promovem, por meio da importância das interações e do afeto com o prematuro, explicitando-os como os “motores para o desenvolvimento” (Bronfenbrenner), porque oferece conhecimentos específicos e esclarece aos familiares que processos de interação e cuidados, quando vivenciados em contextos preparados e construídos favoravelmente em relação à prematuridade, impulsionam o desenvolvimento da criança (Lemos, Veríssimo, 2016b).

A TE "História de Sofia" oferece orientações para o cuidado e promoção do desenvolvimento da criança prematura, com textos simples e inúmeras ilustrações, e disponibiliza um quadro sobre as habilidades funcionais, isto é, mobilidade, interação social e autocuidado, para as idades de 0 a 3 anos e meio (Lemos, 2016).

O material contém, ainda, relatos de famílias que vivenciaram a experiência do nascimento da criança prematura, e espaços em que a família pode colar fotos, colorir desenhos e listar serviços e telefones úteis. Os familiares e profissionais que validaram o material apontam o quadro de habilidades funcionais que auxilia as famílias para o acompanhamento e promoção do desenvolvimento de suas crianças como positivo destaque de interatividade (Lemos, Veríssimo, 2016b).

O momento da entrega da TE, foi definido considerando-se as avaliações da equipe médica, de acordo com as condições clínicas de cada bebê e a respectiva programação de alta, e variou de dois a cinco dias antes da saída hospitalar.

Ao ofertar o material educativo, a pesquisadora fazia uma breve apresentação de seu conteúdo, para esclarecer o motivo de sua oferta. Nesse momento, observava o interesse dos familiares mediante manuseio ou verbalização e registrava essa informação a seguir, para compor os dados da pesquisa. A entrega anterior ao momento da alta visou que os familiares tivessem tempo de manusear e ler o material em condições mais tranquilas do que as que, em geral, são vivenciadas na volta para casa.

O material educativo foi oferecido a todas as famílias de prematuros com programação de alta hospitalar no período de maio a novembro de 2018, independentemente de seu aceite em participar da pesquisa.

4.5.2 Grupo Controle (GC)

O grupo controle foi composto pelas famílias de lactentes nascidos prematuros que tiveram internação na UTIN e alta anterior à data de aprovação do projeto pelos comitês de ética já citados. Assim, quando inseridos na pesquisa, esses familiares haviam recebido apenas as orientações oferecidas para os cuidados domiciliares no plano de alta padrão da instituição e/ou outras orientações indicadas pelos profissionais que estiveram acompanhando a criança. Destaca-se que, ao final da coleta de dados, o material educativo também foi entregue e apresentando a essas famílias.

4.6 VARIÁVEIS

A definição das variáveis a serem analisadas foi baseada na revisão de literatura e incluiu aspectos relativos à TE, no caso do GE. As justificativas para a seleção das variáveis relativas aos lactentes e às famílias, bem como ao contexto da hospitalização e ao contexto domiciliar, estão descritas adiante.

4.6.1 Caracterização da Amostra

Fatores biológicos e clínicos dos lactentes nascidos prematuros

- Idade gestacional no nascimento;
- Peso de nascimento;
- Idade atual;
- Apgar de primeiro e quinto minutos de nascimento;
- Diagnósticos médicos;
- Idade corrigida;

- Terapias utilizadas no período de internação;
- Tipo de parto.

Fatores ambientais

- Acompanhamento em serviços de saúde especializados;
- Recursos da comunidade utilizados para apoiar o cuidado do lactente;
- Realizar atividades de lazer que envolvam o lactente;
- Participar de grupos de pessoas que transmitem ou trocam informações sobre cuidados com lactentes e/ou sobre o DI.

Fatores familiares que influenciam no desenvolvimento dos lactentes nascidos prematuros

- Gravidez planejada;
- Escolaridade dos principais cuidadores;
- Período de sono materno;
- Número de consultas de pré-natal;
- Rede de apoio;
- Profissão dos principais cuidadores;
- Convivência do lactente com irmãos mais velhos;
- Tipo de relato do principal cuidador sobre os cuidados com o lactente;
- Tipo de preparo para a chegada do bebê: conhecimento sobre desenvolvimento infantil e/ou cuidados com o bebê, leitura de materiais específicos, informações transmitidas por profissionais especialistas e realização de cursos;
- Interesse demonstrado na apresentação da TE no preparo da alta hospitalar;
- Relato de leitura da TE na íntegra;
- Relato espontâneo sobre a TE durante a visita;

- Opinião sobre a TE;
- Utilização da TE como fonte de informações para prestar os cuidados ao lactente.

4.6.2 Variáveis Independentes

Exposição a TE no momento da orientação de alta hospitalar.

4.6.3 Variáveis Dependentes

4.6.3.1 Desfecho

Cuidados domiciliares prestados ao lactente nascido prematuro com maior qualidade e quantidade de estímulos que promovem o desenvolvimento infantil, mensurado por meio do IT-HOME.

4.7 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Foram utilizados dois roteiros: um para a caracterização dos lactentes e de suas famílias, acrescido de tópicos sobre opiniões do participante acerca da TE para o GE (Apêndice 2), e outro para mensuração da estimulação no ambiente domiciliar (Anexo 2). Para a coleta das informações sobre fatores biológicos e terapias utilizadas durante a internação, utilizou-se o registro da orientação de alta médica.

O roteiro de caracterização da população foi elaborado para este estudo a partir de evidências da literatura sobre fatores biológicos, ambientais e familiares que podem influenciar os cuidados, a saúde e o desenvolvimento dos lactentes nascidos prematuros, sintetizadas a seguir:

- **Fatores biológicos** e história de saúde durante a hospitalização da criança na UTIN que caracterizam condições de vitalidade e de morbidade, que podem interferir tanto na morbidade posterior das crianças, como implicar limitações no desenvolvimento infantil (Pereira et al., 2017; Pilz, Schermann, 2007; Silva, Nunes, 2005).

- **Fatores familiares** que influenciam o desenvolvimento de lactentes nascidos prematuros:

- Gravidez não planejada, pois este aspecto é negativo quando comparado ao desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de gestações planejadas, fato que pode proporcionar maior interação familiar, principalmente devido ao vínculo mãe-bebê (Matos, Cavalcante, Costa, 2016; Simas, Souza, Scorsolini-Comin, 2013).
- Número de irmãos, pois filhos de mães primíparas apresentaram pior pontuação na *Alberta Infant Motor Scale*, o que sugere maior prejuízo no desenvolvimento infantil (Reis et al., 2016).
- Tipo de relato sobre aspectos emocionais do momento vivenciado para o principal cuidador do lactente, pois a depressão materna no período pós-parto acarreta implicações negativas na interação da díade mãe-bebê, um fator de risco no desenvolvimento infantil (Carlesso, Souza, Moraes, 2014).

- **Fatores ambientais:**

- Acompanhamento do lactente em serviços de saúde especializados, indicativo que alerta os familiares sobre as dificuldades potenciais de seus filhos, e que os motiva a buscarem atuar de maneira mais apropriada para a promoção do desenvolvimento do seu bebê nascido prematuro (Rodrigues et al., 2011).
- escolaridade dos principais cuidadores, considerado como um indicativo do nível socioeconômico, pois prematuros em famílias com nível socioeconômico alto apresentam melhor desempenho em testes de desenvolvimento em comparação com crianças de nível socioeconômico mais baixo (Rodrigues et al., 2011).

Para conhecer a opinião dos familiares do GE sobre a TE, a pesquisadora não mencionava a TE, esperando relato espontâneo sobre o material. Caso essa oportunidade surgisse, nesse momento era questionado sobre:

- A realização da leitura na íntegra;

- Opinião sobre as informações transmitidas pela TE e os aspectos que levaram a tal opinião;
- Uso do material como fonte de informação para o cuidado cotidiano do lactente.

Caso essa oportunidade não surgisse de forma espontânea, ao final da visita domiciliar a pesquisadora introduzia as perguntas relacionadas à utilização e apreciação da TE.

Para a coleta de dados acerca da estimulação domiciliar, foi utilizado o *Home Observation for Measurement of the Environment* (Inventory HOME). O Home é um instrumento que mensura dentro de um contexto naturalista a qualidade e quantidade disponível de estímulo que uma criança recebe, logo, seu foco é verificar as experiências que a criança vivencia no ambiente doméstico. As informações são coletadas em visita domiciliar, com entrevista com questões semiestruturadas e observações diretas do ambiente doméstico (Caldwell, Bradley, 2001).

Há diferentes versões do instrumento, de acordo com a faixa etária da criança a ser observada. A versão utilizada no estudo foi o *Infant-Toddler HOME* (IT-HOME), que avalia crianças de 0 a 3 anos.

O IT-HOME é composto por 45 itens que foram observados ou declarados em relação as características contextuais e organizacionais da criança, cuidador e ambiente, e pontuados como Sim ou Não; maiores pontuações indicaram um ambiente familiar mais enriquecido de estímulos, menores pontuações podem representar risco para o desenvolvimento da criança (Caldwell, Bradley, 2001). As respostas positivas recebem pontuação igual a um, as negativas recebem pontuação zero e, ao final, realiza-se a soma dos itens, o que gera um escore entre 0 e 45 pontos (Caldwell, Bradley, 2001).

Os itens que compõem o instrumento foram construídos com base em evidências empíricas, testados e validados na prática, resultando em uma estrutura que avalia a criança no ambiente doméstico e faz uma distinção entre as necessidades de seu desenvolvimento, fatores ambientais e capacidade parental (Totsika, Sylva, 2004). O instrumento é dividido em subescalas com objetivos específicos, de acordo com o Quadro1.

Quadro 1 - Objetivos de avaliação de cada Subescala do IT-HOME

Subescalas	Objetivos
Responsividade emocional e verbal da mãe	Verificar as interações comunicativas e afetivas entre o cuidador e a criança, por meio de 10 itens.
Ausência de punição e Restrição	Verificar as maneiras utilizadas pelo cuidador para disciplinar a criança, por meio de 7 itens.
Organização do ambiente físico e temporal	Verificar a rotina da criança dentro do contexto familiar e quais espaços e objetos são destinados à criança, por meio de 5 itens.
Disponibilidade de materiais e brinquedos e jogos apropriados	Verificar e relacionar, de acordo com a idade da criança, a variedade e os tipos de brinquedos que estão disponíveis, por meio de 8 itens.
Envolvimento materno com a criança	Verificar a qualidade e quantidade de interação que a criança recebe do cuidador principal, por meio de 5 itens.
Oportunidade de variação na estimulação diária	Verificar as oportunidades de interações sociais que são oferecidas à criança além do contato com a mãe, por meio de 5 itens.

Fonte: Caldwell, Bradley, 2001.

Frente a esses aspectos, o roteiro de escolha para coleta de dados do estudo proposto mostrou-se um importante arcabouço para atingir os objetivos, pois, ao avaliar o ambiente doméstico, observamos as práticas de estímulos domiciliares que estão ancorados na promoção do desenvolvimento infantil, que é o foco de verificação do IT-HOME.

As autoras de “A História de Sofia” construíram uma matriz que descreve os conhecimentos e habilidades que a tecnologia oferece para as famílias atuarem como promotores do desenvolvimento infantil. Comparando os itens de avaliação do IT-HOME a essa matriz, verificamos congruência desses dois conjuntos de dados,

conforme apresentado no quadro 4 (Apêndice 3). Realizar tal comparação permitiu confirmar as correspondências entre a matriz de conhecimentos e habilidades da tecnologia e o instrumento de coleta de dados proposto para este estudo.

4.8 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi conduzida pela pesquisadora no período de maio a novembro de 2018. Além da pesquisadora, foram treinados três assistentes para apoio à coleta de dados, conforme recomendação do HOME. Tais assistentes eram enfermeiros, tinham contato com prematuros em sua rotina de trabalho e atuavam na instituição em que o estudo foi desenvolvido.

Todos os lactentes que estiveram na UTIN de janeiro a novembro de 2018, e suas famílias, foram analisados quanto aos critérios de elegibilidade para o estudo. Para a formação do grupo controle, foi feito levantamento no livro de admissão da UTIN, identificando-se os nascidos prematuros entre janeiro e maio de 2018. Seus prontuários foram analisados e, quando elegíveis, estabeleceu-se contato telefônico com as famílias para apresentar os objetivos do estudo; após, foi realizado o convite para a participação e agendamento da visita domiciliar às que concordaram.

O grupo experimental foi integrado pelos familiares de lactentes nascidos prematuros que receberam alta hospitalar após maio de 2018. A pesquisadora realizou a orientação de alta padronizada do serviço, acrescida da apresentação e entrega da TE "História de Sofia". Em seguida, solicitou autorização para entrar em contato em um período de 30 dias, para verificar a possibilidade e interesse em participar da pesquisa. Foram realizados até três contatos, por via telefônica, para convite às famílias a participarem da pesquisa e agendamento da visita domiciliar.

Para ambos os grupos, a pesquisadora apresentava novamente os objetivos do estudo na visita domiciliar e os familiares que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 4), antes da aplicação dos roteiros de coleta de dados do estudo.

Os roteiros foram aplicados pela pesquisadora diretamente ao familiar responsável, sob observação do assistente treinado. Após cada entrevista, foram discutidos os registros do IT-HOME, ...

4.9 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi conduzido conforme a Resolução n. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2013), registrado na plataforma virtual de Registro Brasileiro de Ensaio Clínicos (Identificador primário: RBR-2SK64P) e se iniciou após a autorização do Comitê de Ética da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e do Hospital e Maternidade Rede DOR São Luiz (Protocolos dos pareceres: 2.542.890 e 2.648.329, respectivamente).

Os participantes do estudo foram esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa, bem como sobre a manutenção do sigilo, do anonimato e do direito de desistir de participar da mesma a qualquer tempo, mediante leitura e assinatura do TCLE.

4.10 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram registrados em instrumento impresso durante as visitas domiciliares e, posteriormente, digitados em dupla entrada pela pesquisadora e por um assistente, em planilhas de Excel® versão 2016.

Para responder ao objetivo desse estudo, ou seja, inferir sobre a população com base na amostra, realizou-se análise estatística para comparação dos grupos e associação do HOME com as variáveis de interesse. Para isso foram usados testes t, de Wilcoxon-Mann-Whitney ou Brunner-Munzel para comparação de variáveis numéricas entre dois grupos e modelo de ANOVA ou teste de Kruskal-Wallis quando havia mais de dois grupos. A comparação de variáveis categóricas entre grupos foi realizada pelo teste qui-quadrado ou teste exato de Fisher, e a correlação foi medida com o coeficiente de Spearman.

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

A Figura 1 mostra o fluxograma dos contatos, agendamentos e realização das visitas domiciliares.

Figura 1 - Fluxograma das famílias participantes do estudo, segundo recrutamento, alocação nos grupos controle e experimental e aplicação dos instrumentos de coleta dos dados. São Paulo, 2019.

As visitas domiciliares duraram de 40 a 120 minutos, sendo que a maior parte (52 - 74,3%) durou em média 80 minutos. Dentre as visitas mais demoradas, incluíram-se as de bebês acompanhados pela pesquisadora no período de internação

(12 - 17,1%) e as demais (6 - 8,6%) foram famílias que a pesquisadora não teve contato no período de internação, por estar em férias, ou deslocada para outra unidade hospitalar.

A maior parte das visitas (45 - 64%) foi realizada pela pesquisadora e um pesquisador observador, como recomendado nas orientações do HOME. Por indisponibilidade do segundo pesquisador, as demais foram realizadas somente pela pesquisadora principal. Tal decisão baseou-se no fato da pesquisadora perceber-se segura e com domínio dos procedimentos da coleta dos dados. Vale ressaltar como razões dessa segurança: a clareza do roteiro de orientações, e as discussões preparatórias sobre os procedimentos de coleta realizadas no grupo de pesquisa, bem como as discussões realizadas com o observador nas visitas em que ambos participaram, as quais possibilitaram verificar que as observações de ambos tiveram raras dissonâncias.

Optou-se por não excluir os lactentes gemelares, ainda que as características das variáveis familiares e ambientais fossem idênticas, pois, ao aplicar o IT-HOME, observamos pontuações diferentes na subescala: Responsividade Emocional e Verbal da Mãe, entre os gemelares, fato ocorrido em ambos grupos de pesquisa. Dentre os gemelares do GC, dois tiveram o mesmo escore (9/9; 10/10), e três tiveram escores diferentes (8/7; 9/10 e 10/08), e dentre os gemelares do GE, um teve o mesmo escore (10/10) e dois escores diferentes (10/8; 9/10).

Em relação as questões que resultaram na diferença entre gemelares da pontuação total dessa subescala (5 - 100%), a questão 3: A mãe diz à criança o nome de algum objeto durante a visita ou diz o nome de uma pessoa ou objeto num estilo “didático” teve escores diferentes para duas duplas; a questão 8: A mãe espontaneamente elogia as qualidades ou comportamentos da criança pelo menos duas vezes durante a visita teve diferença de escore para uma dupla; e a questão 10: A mãe acaricia ou beija a criança pelo menos uma vez durante a visita os escores diferiram em quatro duplas de gemelares. Nestes casos, as mães relataram, por exemplo, que um lactente tinha mais necessidade de colo do que o outro, ou que um deles permanecia mais tempo acordado e interagia mais do que outro.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO

5.1.1 Principais Cuidadores

Todos os lactentes (70 - 100%) tinham como principal cuidador a mãe, e a maioria (41 - 58,5%) tinha um segundo principal cuidador, como o pai (32 - 78%), a avó (5 - 12,3%), ou babá (4 - 9,7%). A média dos anos de estudo das mães era de 15,9 anos e a do segundo principal cuidador de 13,0 anos. Dividindo por grupos, as mães do GC, em média, tinham 15,8 anos de estudo e o segundo principal cuidador 13,3 anos, as do GE 16 anos de estudo e o segundo principal cuidador deste grupo 14,2 anos de estudo. As áreas de formação profissional dos cuidadores estão na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos cuidadores principais dos lactentes, por área de formação. São Paulo-SP, Brasil, 2019.

Áreas das Profissões ou escolaridade	Principal Cuidador		Segundo Principal Cuidador	
	GC N (%)	GE N (%)	GC N (%)	GE N (%)
Ciências Biológicas e da Saúde	8 (22,8)	7 (20,0)	2 (10,0)	1 (4,7)
Ciências Humanas	18 (51,4)	17 (48,6)	7 (35,0)	7 (33,3)
Ciências Exatas	2 (5,7)	7 (20,0)	3 (15,0)	6 (28,6)
Ensino Médio Completo	4 (11,5)	3 (8,6)	6 (30,0)	4 (19,0)
Ensino Superior Cursando	0 (0,0)	1 (2,8)	0 (0,0)	1 (4,7)
Outros	3 (8,6)	0 (0,0)	2 (10,0)	2 (9,5)
Total	35 (100)	35 (100)	20 (100)	21 (100)

Fonte: A autora

Dentre os 18 familiares que tinham formação na área de ciências biológicas e da saúde, 15 (83,3%) atuavam como enfermeiras de PSF, farmacêuticas, fisioterapeutas, dentistas, técnico de enfermagem e psicólogo; dos 49 que tinham formação na área de ciências humanas, 30 (61,2%), atuavam como professores de educação infantil, advogados, administradores, publicitários e profissionais de marketing; dos 18 formados na área de ciências exatas, 12 (66,7%) eram atuantes na área, como engenheiros civis, analista de dados contábeis e bancários.

Os 28 familiares desses lactentes que não atuavam na área de formação realizavam atividades de artesanato, trabalhavam em casa com vendas pela internet de produtos personalizados, ou estavam afastados do mercado de trabalho por desemprego ou por preferirem cuidar dos seus bebês.

5.2 CARACTERIZAÇÃO DOS LACTENTES

Quanto as condições de nascimento dos lactentes, item considerado para a homogeneidade entre os grupos, não houve diferenças expressivas, como apresenta o Quadro 2 a seguir.

Quadro 2 - Condições de nascimento dos recém-nascidos dos grupos controle (GC) e experimental (GE). . São Paulo, 2019.

Condições de nascimento	GC	GE	Valor p
Idade gestacional média	34,4 semanas	34,5 semanas	0,715**
Apgar de primeiro minuto	7,7	7,8	0,290**
Apgar de cinco minutos	8,8	9,0	0,064**
Peso médio de nascimento	2.2 gramas	2.1 gramas	0,384***
Peso / idade gestacional			
AIG*	25 (71,5%)	27 (77,2%)	0,785****
PIG*	09 (25,7%)	08 (22,8%)	
GIG*	01 (2,8%)	0 (0,0%)	

Fonte: A autora

* AIG=adequado para a idade gestacional; PIG=pequeno para idade gestacional; GIG= Grande para a idade gestacional

** Wilcoxon-Mann-Whitney test

*** Two Sample t-test

**** Fisher's Exact Test

Em relação aos diagnósticos médicos que os recém-nascidos receberam ao longo da internação, a maioria dos lactentes apresentou icterícia, patologias cardíacas (Comunicação interatrial, Forame oval patente) e respiratórias (Apneia, Broncodisplasia pulmonar, Síndrome do desconforto respiratório e Taquipneia Transitória), sem diferenças significantes entre os grupos, como expõe a Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição dos diagnósticos médicos entre os recém-nascidos dos grupos controle (GC) e experimental (GE). São Paulo, 2019.

Diagnósticos médicos	GC		GE		Valor p
	N	%	N	%	
Anemia da prematuridade	4	11,4	5	14,2	0,723*
Apneia	6	17,1	13	37,1	0,062*
Broncodisplasia pulmonar	0	0,0	2	5,7	0,493**
Comunicação interatrial	16	45,7	11	31,4	0,223*
Dilatação pielocalicial	1	2,8	2	5,7	0,558*
Doença do refluxo gastroesofágico	2	5,7	1	2,8	0,558*
Doença hemorrágica	4	11,4	1	2,8	0,167*
Forame oval patente	15	42,8	18	51,4	0,476*
Hipoglicemia	3	8,5	4	11,4	0,692*
Icterícia	26	74,2	28	80,0	0,572*
Íleo transitório	3	8,5	7	20,0	0,175*
Pneumotórax	2	5,7	1	2,8	0,558*
Síndrome do desconforto respiratório	21	60,0	18	51,4	0,474*
Taquipneia transitória	10	28,5	17	48,5	0,088*

Fonte: A autora

*Pearson's Chi-squared test

**Fisher's Exact Test

As terapêuticas mais utilizadas ao longo da internação relacionaram-se aos agravos respiratórios e também foram similares, não havendo diferença estatisticamente relevante quanto a quantidade de dias de ventilação mecânica invasiva, que foi em média de 0,46 dias para o GC e de 0,6 dias para o GE (valor $p=0,087$, Wilcoxon-Mann-Whitney test), bem como em relação aos dias de ventilação mecânica não invasiva, com média de 3,86 dias para o GC e 7,66 dias para o GE (valor $p=0,317$, Wilcoxon-Mann-Whitney test).

Quanto à idade corrigida (IC), houve diferença significativa entre os grupos ($p<0,001$ - teste de Wilcoxon-Mann-Whitney), sendo que os lactentes do GC tinham, em média, 3,2 meses de IC, e os que compuseram o GE tinham 1,26 meses, em média.

No momento de alta da UTIN, os lactentes receberam diversos encaminhamentos, todos para especialistas médicos, como demonstra a tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição de encaminhamentos dos recém-nascidos a especialistas médicos entre os grupos controle (GC) e experimental (GE). São Paulo, 2019.

Especialidades Médicas	GC		GE		Valor p
	N	%	N	%	
Cardiologista	21	60,0	20	57,0	0,154*
Endocrinologista	0	0,0	1	2,8	1**
Nefrologista	1	2,8	1	2,8	1*
Neurologista	0	0,0	4	11,4	0,114**
Ortopedista	0	0,0	1	2,8	1**
Outros	4	11,4	14	40,0	0,645*

Fonte: A autora

*Pearson's Chi-squared test

**Fisher's Exact Test

Após a alta hospitalar, cinco (14,2%) lactentes do GC necessitaram de internação hospitalar por bronquiolite e um (2,86%) lactente do GE, pelo mesmo diagnóstico, não apresentando diferença estatística entre os grupos ($p=0,09$).

5.3 RESULTADOS DO IT-HOME

Houve diferença em quatro subescalas do IT-HOME, conforme apresentado na Tabela 4 e Figura 2 a seguir.

Tabela 4 - Distribuição da pontuação média dos escores do IT-HOME nos grupos controle (GC) e experimental (GE). São Paulo, 2019.

Subescalas (Variáveis)	Média da pontuação		Valor p
	GC	GE	
Responsividade emocional e verbal da mãe	9,54	9,60	0,513*
Ausência de punição e restrição	4,46	5,03	0,005*
Organização do ambiente físico e temporal	4,37	4,40	0,836*
Disponibilidade de materiais de brinquedos e jogos apropriados	3,03	4,14	0,001*
Envolvimento materno com a criança	2,37	3,80	<0,001*
Oportunidade de variação na estimulação diária	2,80	3,26	0,025*
IT-HOME Total	26,57	30,23	<0,001**

Fonte: A autora

*Wilcoxon-Mann-Whitney test

**Two Sample t-test

Figura 2 - Análise visual comparativa das posições das pontuações entre grupos controle (GC) e experimental (GE), de acordo com as subescalas e escore total do instrumento IT-HOME. São Paulo, 2019.

Fonte: A autora

As figuras 3 a 8 apresentam a média de pontuação em cada questão do IT-HOME, segundo a subescala, separada entre os grupos controle e experimental.

Figura 3 - Média de pontuação por questão (Q) entre os grupos controle (GC) e experimental (GE), na subescala Responsividade emocional e verbal da mãe. São Paulo, 2019.

Fonte: A autora

- Q.1: A mãe vocaliza espontaneamente em relação à criança pelo menos duas vezes durante a visita (exclui-se chamar a atenção);
 Q.2: A mãe responde às vocalizações da criança com uma resposta vocal ou verbal (Sim/Não);
 Q.3: A mãe diz à criança o nome de algum objeto durante a visita ou diz o nome de uma pessoa ou objeto num estilo “didático” (Sim/Não);
 Q.4: A fala da mãe é distinta, clara e audível para o entrevistador-observador;
 Q.5: A mãe inicia intercâmbio verbal com o observador – faz perguntas e comentários espontâneos;
 Q.6: A mãe expressa ideias livres e facilmente e usa frases de tamanho adequado para conversar (por exemplo, apresenta mais do que meras e breves respostas);
 Q.7: A mãe permite à criança ocasionalmente envolver-se em jogos e brincadeiras que sujam o ambiente ou a própria criança (Sim/Não);
 Q.8: A mãe espontaneamente elogia as qualidades ou comportamentos da criança pelo menos duas vezes durante a visita (Sim/Não);
 Q.9: Quando falando sobre ou para a criança, a voz da mãe transmite um sentimento positivo (Sim/Não);
 Q.10: A mãe acaricia ou beija a criança pelo menos uma vez durante a visita;
 Q.11: A mãe mostra alguma resposta emocional positiva frente a elogios feitos a criança pelo observador.

Figura 4 - Média de pontuação por questão (Q) entre os grupos controle (GC) e experimental (GE), na subescala Ausência de punição e restrição. São Paulo, 2019.

Fonte: A autora

- Q.1: A mãe não grita com a criança durante a visita (Sim/Não);
 Q.2: A mãe não expressa irritação, aborrecimento ou hostilidade aberta em relação à criança (Sim/Não);
 Q.3: A mãe não esbofeteia a criança durante a visita (Sim/Não);
 Q.4: A mãe relata apenas uma ocorrência de punição física que tenha ocorrido durante a semana passada (Sim/Não);
 Q.5: A mãe não critica, passa “pito” ou “arrasa” verbalmente com a criança durante a visita (Sim/Não);
 Q.6: A mãe não interfere com as ações da criança ou restringe seus movimentos mais do que 3 vezes durante a visita (Sim/Não);
 Q.7: Pelo menos 10 livros estão presentes e visíveis no lar (Sim/Não);
 Q.8: A família tem um animal de estimação (Sim/Não).

Figura 5 - Média de pontuação por questão (Q) entre os grupos controle (GC) e experimental (GE), na subescala Organização do ambiente físico e temporal. São Paulo, 2019.

Fonte:

Q.1 Quando a mãe se ausentava, o cuidado à criança é fornecido por pelo menos uma de três substitutas regulares (Sim/Não);

Q.2 Alguém leva a criança à quitanda, supermercado, etc., pelo menos uma vez por semana;

Q.3 A criança sai de casa pelo menos quatro vezes por semana;

Q.4 A criança é levada ao médico ou clínica para verificação de saúde ou cuidados preventivos (Sim/Não);

Q.5 A criança tem um lugar especial no qual pode guardar seus brinquedos e pequenos "tesouros" (Sim/Não);

Q.6 O ambiente de brinquedos, de jogos da criança parece seguro e livre de acidentes (Sim/Não).

Figura 6 - Média de pontuação por questão (Q) entre os grupos controle (GC) e experimental (GE), na subescala Disponibilidade de materiais de brinquedos e jogos apropriados. São Paulo, 2019.

Q.1: A criança tem brinquedos ou outros objetos que envolvam atividade muscular (Sim/Não);

- Q.2: A criança tem brinquedos de empurrar ou puxar (Sim/Não);
 Q.3: A criança tem uma patinete, um andador, um triciclo, qualquer carrinho que a impulsiona com os pés (Sim/Não);
 Q.4: A mãe fornece brinquedos ou sugere atividades interessantes para a criança durante a visita (Sim/Não);
 Q.5: A mãe fornece objetos apropriados para a aprendizagem de acordo com a idade da criança: brinquedos de pelúcia ou jogos de faz de conta (Sim/Não);
 Q.6: A mãe fornece material de aprendizagem apropriado à idade da criança: móveis, mesas e cadeiras, cadeirões, chiqueirinho (Sim/Não);
 Q.7: A mãe fornece brinquedos que favorecem a coordenação visomotora por exemplo: peças para serem introduzidas ou retiradas de orifícios, caixas, contas para enfiar, etc. (Sim/Não);
 Q.8: A mãe fornece brinquedos que favorecem a coordenação visomotora e que permitam combinações: jogos de empilhar ou encaixar blocos, etc. (Sim/Não);
 Q.9: A mãe fornece brinquedos que estimulem a leitura e a música (Sim/Não).

Figura 7 - Média de pontuação por questão (Q) entre os grupos controle (GC) e experimental (GE), na subescala Envolvimento materno com a criança. São Paulo, 2019.

- Q.1: A mãe tende a conservar a criança dentro de seu campo visual e tende a olhá-la frequentemente (Sim/Não);
 Q.2: A mãe fala à criança enquanto realiza seu trabalho de casa (Sim/Não);
 Q.3: A mãe conscientemente encoraja o desenvolvimento da criança (Sim/Não);
 Q.4: A mãe investe em brinquedos mais complexos através de sua atenção (Sim/Não);
 Q.5: A mãe estrutura os períodos de brinquedo da criança (Sim/Não);
 Q.6: A mãe fornece brinquedos que desafiam a criança a desenvolver novas habilidades (Sim/Não).

Figura 8 - Média de pontuação por questão (Q) entre os grupos controle (GC) e experimental (GE), na subescala Oportunidade de Variação na estimulação diária. São Paulo, 2019.

Fonte:

Q.1: O pai fornece algum cuidado à criança a cada dia (Sim/Não);

Q.2: A mãe lê histórias para a criança pelo menos 3 vezes por semana (Sim/Não);

Q.3: A criança come pelo menos uma refeição por dia com a mãe e o pai (Sim/Não);

Q.4: A família visita ou recebe visitas de parentes (Sim/Não)

Q.5: A criança possui três ou mais livros (Sim/Não).

5.4 RESULTADOS DAS VARIÁVEIS AMBIENTAIS/FAMILIARES

O Quadro 3 apresenta a associação das variáveis familiares e ambientais com as subescalas do IT-HOME, indicando as associações estatisticamente significativas e as não significativas.

Quadro 3 - Associações das variáveis familiares e ambientais dos lactentes em relação aos resultados do IT-HOME.

Subescalas do IT-HOME Variáveis familiares e ambientais	Responsividade Emocional e Verbal da Mãe	Ausência de Punição e Restrição	Organização do Ambiente Físico e Temporal	Disponibilidade de Materiais Brinquedos e Jogos Apropriados	Envolvimento Materno com a Criança	Oportunidade de Variação na Estimulação Diária	Escore Total
Número de consultas de pré-natal	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Número de irmãos	NS	NS	NS	S	NS	NS	S
Período de Sono Materno	NS	NS	S	NS	NS	NS	NS
Anos de Estudo do Principal Cuidador	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Anos de Estudo do Segundo Principal Cuidador	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Planejamento da Gravidez	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Aleitamento Materno Exclusivo	NS	S	NS	NS	NS	NS	NS
Aleitamento Exclusivo de Fórmula	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Aleitamento Misto	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Ter apresentado Interesse pela TE no momento da entrega	S	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Ter realizado a leitura da TE	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Ter relatado que gostou da TE	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Ter relatado buscar informações na TE	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Ter falado espontaneamente sobre a TE	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Ter um segundo principal cuidador	NS	NS	NS	NS	S	NS	NS
Ter realizado qualquer tipo de preparo para a chegada do bebê	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Ter realizado leitura de materiais específicos sobre a gestação, como um tipo de preparo para a chegada do bebê	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Ter realizado leituras sobre DI e/ou Cuidados com bebê, como um tipo de preparo para a chegada do bebê	NS	NS	NS	S	S	NS	S

Subescalas do IT-HOME Variáveis familiares e ambientais	Responsividade Emocional e Verbal da Mãe	Ausência de Punição e Restrição	Organização do Ambiente Físico e Temporal	Disponibilidade de Materiais Brinquedos e Jogos Apropriados	Envolvimento Materno com a Criança	Oportunidade de Variação na Estimulação Diária	Escore Total
Ter realizado curso de gestantes como um tipo de preparo para a chegada do bebê	NS	NS	NS	S	S	NS	S
Realizar modificações no ambiente domiciliar como um tipo de preparo para a chegada do bebê	S	NS	NS	S	NS	NS	NS
Relatos mais positivos em relação aos cuidados com o bebê	S	NS	NS	NS	NS	NS	S
Relatos negativos em relação aos cuidados com o bebê	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Relatos tanto positivos quanto negativos em relação aos cuidados com o bebê	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Utilizar a UBS como um recurso da comunidade para o cuidado com o bebê	NS	NS	NS	S	S	NS	S
Participar de grupos que falem sobre cuidados com o bebê	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Relatar terem rede de apoio para o cuidado do bebê	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
Realizar atividades de lazer com o bebê	NS	NS	NS	S	S	NS	S

Fonte: A autora

S: Estatisticamente significativa

NS: Estatisticamente não significativa

De acordo com resultados descritos, as subescalas que tiveram mais influências de variáveis familiares e/ou ambientais foram: Disponibilidade de Materiais, Brinquedos e Jogos apropriados, com 5 variáveis associadas; Responsividade Emocional e Verbal da Mãe, e Envolvimento Materno da Mãe, com três variáveis associadas a cada uma delas.

As variáveis que influenciaram as pontuações do instrumento com maior frequência, relacionando-se a três subescalas cada uma, foram: relatos de aspectos mais positivos em relação aos cuidados com o bebê; leitura de materiais sobre DI e/ou cuidados com o bebê; realizar curso de gestantes; utilizar a UBS como recurso da comunidade para o cuidado com o bebê; e realizar atividades prazerosas que incluam o bebê.

Os resultados que mostraram significância estatística estão detalhados a seguir; os resultados sem significância estatística estão detalhados no Apêndice 5.

Dentre os pais do grupo experimental, 33 (94,3%) apresentaram interesse pela TE no momento da entrega; essa variável associou-se estatisticamente à subescala Responsividade Emocional e Verbal da mãe. A pontuação média desses pais foi de 9,6, com mediana de 10 pontos, enquanto a dos dois pais (5,7%) que não demonstraram interesse foi de 8,5, com mediana de 8,5 (valor $p=0,009$, teste Wilcoxon-Mann-Whitney test).

Apenas 11 pais, 15,7% do total dos participantes dos dois grupos, relataram ter realizado modificações no ambiente domiciliar como um tipo de preparo para a chegada do bebê. Essa variável teve relação estatisticamente significativa com a subescala Responsividade Emocional e Verbal da mãe. Para todos eles, o valor dessa subescala foi 10, enquanto para os 59 (84,3%) que relataram não ter realizado tais modificações a média dessa subescala foi 9,42 (valor $p<0,001$ - teste Wilcoxon-Mann-Whitney).

A maioria das mães dos dois grupos relatou mais aspectos positivos em relação aos cuidados com o bebê (60 - 85,7%). Esse tipo de relato influenciou estatisticamente a subescala Responsividade Emocional e Verbal da mãe, com uma pontuação média 9,8, mediana de 10 pontos, enquanto as (10 - 14,3%) que relataram aspectos mais negativos, ou tanto negativos quanto positivos, apresentaram pontuação média 8,2 com mediana de 8 pontos (valor $p<0,01$ - teste Brunner-Munzel). Esse mesmo relato também influenciou de forma significativa a pontuação total do instrumento IT-HOME,

cujas médias foram de 28,8 e mediana 29, frente à pontuação média de 29 e mediana de 25 na vigência de relatos mais negativos (valor $p=0,007$ - teste Two Sample t).

Ter relatado a leitura de materiais específicos sobre DI e/ou cuidados com o bebê, durante a gestação, influenciou de forma estatisticamente significativa a subescala Disponibilidade de Materiais de Brinquedos e Jogos Apropriados. Para as 16 (22,8%) famílias que tiveram algum tipo de preparo, a pontuação média foi de 4,31 e a mediana 4,5, enquanto aquelas que não se prepararam dessa forma para a chegada do bebê (54 - 77,2%), apresentaram pontuação média de 3,37, mediana 3 (valor $p=0,019$ - teste Wilcoxon-Mann-Whitney). A subescala Envolvimento Materno com a Criança também foi influenciada por essa variável: famílias que leram sobre cuidados com o bebê tiveram pontuação média de 3,63 e mediana de 3,5, superior às demais, cuja pontuação média foi de 2,93 e mediana de 3 (valor $p=0,043$ - teste Wilcoxon-Mann-Whitney). O mesmo aconteceu com pontuação total do instrumento IT-HOME, cuja média para o grupo com essa variável positiva foi de 30,1 e mediana de 31, superior aos demais, que obtiveram pontuação média de 27,8 e mediana de 28 (valor $p=0,029$ - teste Two Sample).

Poucas famílias realizaram curso de gestantes (7 - 10%), variável que influenciou de forma estatisticamente significativa a subescala Disponibilidade de Materiais de Brinquedos e Jogos Apropriados, pois elas obtiveram pontuação média de 4,71 e mediana de 5, e as que não realizaram (63 - 90%), apresentaram nessa subescala pontuação média 3,46 e mediana 3 (valor $p=0,026$ - teste Wilcoxon-Mann-Whitney). Essa variável também influenciou de forma estatisticamente significativa a subescala Envolvimento Materno com a Criança, com pontuação média 4,14 e mediana 4 para as famílias que realizaram essa preparação, contra pontuação média 2,97 e mediana 3 para as que não realizaram (valor $p=0,026$ - teste Wilcoxon-Mann-Whitney). O mesmo ocorreu com o resultado total do instrumento IT-HOME, com pontuação média de 31 e mediana de 31, superior aos demais que obtiveram pontuação média 28,1 e mediana 28 (valor $p=0,05$ - teste Two Sample t).

Utilizar a Unidade Básica de Saúde (UBS) foi apontado pela maioria das famílias (52 - 74,2%) como um recurso da comunidade que auxilia nos cuidados com o lactente, e essa variável influenciou estatisticamente a subescala Disponibilidade de Materiais de Brinquedos e Jogos Apropriados, com pontuação média de 3,33 e mediana 3, ao contrário das famílias que não utilizam esse recurso (18 - 26,8%), que

apresentaram pontuação média 2,39 e mediana 3 (valor $p=0,012$ - teste Wilcoxon-Mann-Whitney). A subescala Envolvimento Materno com a Criança teve pontuação média de 3,33 e mediana 3, nas famílias que utilizavam UBS, e pontuação média de 2,39 e mediana de 3 dentre as que não utilizavam esse serviço (valor $p=0,027$ - teste Wilcoxon-Mann-Whitney). O mesmo aconteceu em relação à pontuação total do instrumento IT-HOME: aquelas famílias que utilizam esse recurso obtiveram pontuação média de 28,9 e mediana de 26 e as demais, pontuação média 26,7 e mediana 29 (valor $p=0,027$ - teste Two Sample t).

As famílias que realizavam atividades prazerosas envolvendo o lactente (41 - 58,6%), apresentaram pontuações maiores na subescala Disponibilidade de Materiais de Brinquedos e Jogos Apropriados, com pontuação média de 3,39 e mediana 3; as que não realizavam esse tipo de atividade (29 - 41,4%) obtiveram pontuação média 2,39 e mediana 3 (valor $p=0,027$ - teste Wilcoxon-Mann-Whitney). Realizar tais atividades com o lactente também apresentou influência na subescala Envolvimento Materno com a Criança, com pontuação média de 3,39 e mediana 4; para as que não realizaram esse tipo de atividade, a pontuação média nessa subescala foi 2,66 e a mediana 3 (valor $p=0,027$ - teste Wilcoxon-Mann-Whitney). A média da pontuação total do instrumento IT-HOME também foi estatisticamente significativa para as famílias que realizavam atividades consideradas prazerosas com o bebê, com uma pontuação média de 29,32 pontos e mediana 27,1, e as demais apresentaram pontuação média 27,1 e mediana 26 (valor $p=0,027$ - teste Two Sample t).

Entre os lactentes do GC e do GE, 26 (37,1%) conviviam com irmãos mais velhos, e essa característica apresentou correlação negativa com a subescala Disponibilidade de Materiais de Brinquedos e Jogos Apropriados, $Cor=-0,349$ (valor $p=0,003$ - teste Wilcoxon-Mann-Whitney), assim como na pontuação total do instrumento IT-HOME, $Cor=-0,312$ (valor $p=0,009$ - teste Spearman's rank correlation rho).

A amamentação exclusiva influenciou de forma estatisticamente significativa a subescala Ausência de punição e restrição. Os lactentes que recebiam leite materno exclusivo obtiveram pontuação média de 3,39 e mediana 6; aqueles que recebiam apenas fórmula láctea ou leite materno e fórmula, obtiveram pontuação média e mediana 5 (valor $p=0,042$ - teste Kruskal-Wallis rank sum).

Grande parte das mães do GE (16 - 45,7%) dormia de 4 a 5 horas por dia; mesmo número do GC dormia de 6 a 7 horas por dia. O período maior de sono teve

correlação positiva com a subescala Organização do ambiente físico e temporal, $Cor=0,301$ (valor $p=0,011$ - teste Spearman's rank correlation rho).

As crianças terem um segundo principal cuidador (41 - 58,6%), influenciou de forma estatisticamente significativa a subescala Envolvimento materno com a criança, principalmente quando esse segundo cuidador era a avó (5 - 7,1%), com pontuação média 3,6 e mediana 4, em relação ao pai ser o segundo principal cuidador (32 - 45,7%), com pontuação média e mediana 3, ou ser uma babá (4 - 5,7%) com pontuação média e mediana 1,5 (valor $p= 0,008$ - teste Kruskal-Wallis rank sum).

5.5 OPINIÕES DAS MÃES SOBRE A TECNOLOGIA EDUCATIVA

A maioria das mães do GE (18 - 51,4%) relatou espontaneamente algum aspecto da TE, as demais (17 - 48,6%) falaram sobre o livro apenas quando questionadas. A Figura 9 apresenta os aspectos observados ou relatados sobre a TE, considerando tanto as manifestações espontâneas quanto as induzidas durante a entrevista.

Figura 9 - Aspectos gerais dos comentários das mães do grupo experimental sobre a Tecnologia Educativa. São Paulo, 2019.

As mães que gostaram da TE justificaram como ponto principal a identificação com o texto, dizendo “estar lendo sua própria história”; ainda, consideraram a leitura fácil e prazerosa. Quanto às que afirmaram não ter gostado da TE, referiram que sentiram falta de ações mais detalhadas sobre como estimular o bebê.

6 DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo analisar a efetividade da tecnologia educativa “História de Sofia” sobre a estimulação domiciliar a lactentes nascidos prematuros, por meio da comparação dos escores obtidos com a aplicação do instrumento IT-HOME entre o grupo experimental, de famílias expostas à TE, e o grupo controle, de famílias não expostas a ela. Ainda, analisou a associação de variáveis familiares e ambientais com os resultados obtidos na aplicação do instrumento.

Em relação às condições biológicas de nascimento, aos diagnósticos médicos e às terapêuticas utilizadas durante a internação hospitalar dos lactentes, houve distribuição homogênea entre os grupos. Sendo assim, podemos dizer que os lactentes que compuseram os grupos comparados tinham características semelhantes ao nascimento e ao decorrer da internação hospitalar, minimizando o problema da impossibilidade da randomização para composição dos grupos.

Outro dado avaliado para verificar a homogeneidade entre os lactentes dos dois grupos foi a idade corrigida, calculada no dia da visita domiciliar. Esse resultado apresentou diferença estatística significativa, sendo que os lactentes do GC tinham 1,6 meses a mais do que os do GE.

Essa diferença de idade desperta interesse, pois, na prática, as interações com os lactentes são crescentes à medida em que eles passam mais tempo acordados e respondem às interações de forma mais expressiva, o que é mais evidente a partir do terceiro mês. Apenas no final do terceiro mês, o lactente terá, por exemplo, capacidade responsiva ativa ao contato social, movimentação ativa dos membros e apresentar sorriso social quando estimulado (Brasil, 2013a). Considerando que tais características levam a mais interações com o ambiente, a diferença observada nas idades dos lactentes poderia levar a resultados mais satisfatórios de estimulação para o GC, o que não se verificou neste estudo.

Sobre as características dos principais cuidadores desses lactentes, verificamos aspectos que podem influenciar no desenvolvimento infantil, pois os principais cuidadores eram as mães, ainda em período de licença maternidade.

A maioria dos lactentes tinha um segundo principal cuidador que eram os pais, avós e babás; vale ressaltar que a maioria das mães, que tinha como rede de apoio avós e babás, tinha filhos gemelares. Essas pessoas são consideradas parte da rede social de apoio nos cuidados dos lactentes, e é importante tal identificação para a promoção do desenvolvimento infantil, pois desempenham ações que incentivam os cuidados essenciais à criança (Alexandre et al., 2012).

Quanto à profissão dos principais cuidadores, houve prevalência de áreas não ligadas à saúde ou à educação, ou seja, profissões que não têm contato com informações sobre desenvolvimento infantil durante a sua formação. Martin (1989) aponta que, possivelmente, cuidadores que tenham algum tipo de conhecimento sobre teorias de desenvolvimento se tornem mais observadores em relação a suas crianças, o que pode fazer com que eles os estimulem mais durante o cuidado.

Os resultados provenientes da análise do IT-HOME demonstram que os lactentes do GE tinham ambientes domiciliares mais estimulantes, quando comparados aos que compuseram o GC.

Analisando os resultados do instrumento por subescalas, mães do GE estavam mais envolvidas com seus bebês, pois apresentaram mais qualidade e quantidade de interações com o lactente durante a visita domiciliar em todos os seis aspectos observados e/ou questionados do IT-HOME.

Os lactentes do GE tinham mais variedades de brinquedos disponíveis no ambiente domiciliar de acordo com sua idade do que os lactentes do GC. Mesmo apresentando uma diferença estatística significativa entre os grupos, o GC apresentou média de pontuação superior em dois dos nove itens que foram observados e/ou questionados nessa subescala, são eles: a mãe fornece objetos apropriados para a aprendizagem de acordo com a idade da criança - brinquedos de pelúcia ou jogos de faz de conta; a mãe fornece material de aprendizagem apropriado à idade da criança - móveis, mesas e cadeiras, caldeirões, chiqueirinho.

Esse achado corrobora com resultado de uma oficina pedagógica que avaliou o efeito de uma atividade educativa sobre os conhecimentos e práticas das familiares de lactentes relativos à promoção do desenvolvimento infantil por meio do brincar, em que se identificou que o ganho de idade do lactente é fator de impacto na mudança

de comportamento dos pais, ou seja, quanto maior a criança, mais interação com os pais por meio da brincadeira (Costa, 2016).

Os lactentes do GC, de acordo com avaliação realizada por meio do IT-HOME, eram mais restritos e punidos em comparação aos do GE. A subescala analisada que apresentou esse resultado é composta de oito questões; dessas, cinco foram melhor pontuadas pelo GE, as demais apresentaram pontuações semelhantes entre os dois grupos.

Os pais dos bebês do GE ofereciam mais oportunidades de interações sociais além do contato com a mãe do que aqueles do GC. Nessa subescala, composta por cinco questões, o GE obteve média pontuação superior ao GC em três; em uma questão, os grupos apresentaram pontuações semelhantes e, em outra, o GC apresentou média maior, sendo ela: a mãe lê histórias para a criança pelo menos três vezes por semana? Podemos relacionar a média superior de pontuação do GC nesse item com a atividade laboral dos principais cuidadores, pois as famílias em que os cuidadores trabalhavam em bancos verbalizaram participarem de programas de incentivo à leitura, representando cerca de 1/3 das famílias do GC contra 1/7 no GE.

Duas Subescalas não apresentaram diferença significativa entre os grupos: responsividade emocional e verbal da mãe, que verifica as interações comunicativas e afetivas entre o cuidador e a criança, por meio de onze itens; e organização do ambiente físico e temporal, que verifica a rotina da criança dentro do contexto familiar e quais espaços e objetos são destinados à criança, por meio de seis itens. Podemos relacionar resultado semelhante entre os grupos nessa subescala com o fato da maioria das mães ter relatado fatores mais positivos em relação aos cuidados com o bebê, quando comparado com relatos mais negativos, ou tanto positivos quanto negativos em relação ao momento que estão vivenciando.

Este aspecto afirma a importância da detecção da experiência vivida subjetivamente pela mulher na maternidade, pois aquelas que apresentam elementos mais negativos resultam em repercussões desfavoráveis na interação mãe-filho, bem como no estabelecimento de vínculo afetivo, o que está relacionado a prejuízos no desenvolvimento emocional, social e cognitivo da criança (Schmidt, Piccoloto, Müller, 2005).

Quanto à subescala Organização do ambiente físico e temporal, podemos relacionar a semelhança desse resultado entre os grupos com a orientação de alta padronizada pela instituição em que esse estudo foi realizado. Nessa orientação, os médicos recomendam aos pais evitarem passeios e exposição do bebê em ambientes fechados com aglomerado de pessoas, bem como receber poucas visitas em casa, pelo menos até o bebê atingir dois meses de alta ou liberação do pediatra. Isso é reforçado nos dados que mostraram que os lactentes do GC, que tinham idade superior aos do GE, obtiveram maiores pontuações nas seguintes questões dessa subescala: alguém leva a criança à quitanda, supermercado, etc., pelo menos uma vez por semana; a criança sai de casa pelo menos quatro vezes por semana.

Em relação às variáveis de características familiares e ambientais dos sujeitos desse estudo, as que se apresentaram mais associadas aos resultados do IT-HOME foram: relatos de aspectos mais positivos em relação aos cuidados com o bebê; leitura de materiais sobre DI e/ou cuidados com o bebê; realizar curso de gestantes; utilizar a UBS como recurso da comunidade para o cuidado com o bebê; e realizar atividades prazerosas que incluam o bebê.

Tais aspectos corroboram com o resultado de um estudo que trouxe a percepção de que, para a promoção do desenvolvimento saudável das crianças, é indispensável o conhecimento dos familiares sobre as peculiaridades da infância e que condições ambientais favoráveis durante os cuidados diários são os espaços de promoção do desenvolvimento infantil (Mello et al., 2014). Assim, melhores resultados de estimulação relacionados a famílias que realizaram atividades de preparo para a chegada do bebê reiteram a importância de tais atividades.

Tal achado pode reafirmar o resultado do estudo que avaliou a relação das dimensões de responsividade materna, que sugeriu a relação de relatos mais positivos com alto nível de responsividade materna em implicações positivas sobre o desenvolvimento global das crianças (LeMonda et al., 1996).

Em relação às associações desfavoráveis de variáveis familiares e ambientais com pontuação do IT-HOME, observou-se o número de irmãos, ou seja, quanto mais irmãos os lactentes tinham, menor a pontuação na subescala Disponibilidade de Materiais, Brinquedos e Jogos Apropriados. Esse dado corrobora com estudo que avaliou o ambiente domiciliar e alterações do desenvolvimento em crianças de uma comunidade da periferia em cidade do nordeste brasileiro, onde crianças menores,

quando convivem e dividem brinquedos com irmãos mais velhos, têm menos oportunidades de acesso ao brinquedo, o que reduz as chances de ter estímulos mais benéficos (Lamy Filho et al., 2011).

Em outro estudo sobre fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos doze meses de vida, concluiu-se que, em geral, nas famílias com mais filhos, há menos estímulos, fato esse que foi associado a menor disponibilidade materna para oferecer atenção à criança menor (Halpern et al., 2000).

Ainda em relação às variáveis familiares, o lactente receber aleitamento materno exclusivo apresentou associação estatisticamente negativa com a subescala Ausência de punição e restrição, ou seja, os lactentes que eram amamentados exclusivamente receberam pontuação média menor. Esse resultado vai de encontro a estudo que apresenta os diversos benefícios da amamentação exclusiva para a saúde da criança e seu desenvolvimento (Toma, Rea, 2008). Os dados da presente pesquisa não permitem compreender tal resultado, mas pode-se levantar a hipótese de que o aleitamento, na situação de prematuridade, seja ainda mais desafiante, aumentando a sobrecarga materna e afetando sua relação com o bebê. Tal resultado deverá ser mais bem observado em estudos futuros.

Em relação à opinião dos cuidadores do GE sobre a TE, a maioria das mães relatou que estava lendo a sua história e não a história de Sofia. Isso é reflexo dos princípios que norteiam a elaboração de materiais educativos e foram utilizados para a construção desse material, que contou com ampla participação do público-alvo para que os conteúdos fossem contextualizados ao meio cultural e às reais necessidades, não só cognitivas, mas também emocionais, sociais e de habilidades (Mialhe, Silva, 2008; CDC, 2009; Lemos, Veríssimo 2018).

As poucas mães que não gostaram da TE sentiram faltam de orientações mais prescritivas, afirmando que gostariam de que o conteúdo apresentasse exatamente as atividades que deveriam praticar para estimular seus bebês.

Vale ressaltar que a TE tem a intenção de estimular as mães a procurarem atividades de acordo com a sua realidade; segundo Freire (2007), quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio dessa realidade e procurar soluções. É importante falar neste sentido, pois a exclusão dos aspectos

relacionados à realidade vivenciada dos sujeitos não oportuniza a percepção e dos principais determinantes de uma dada situação na qual os indivíduos estão inseridos, o que não gera mudanças (Flish et al., 2014).

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

Este estudo comparou a estimulação domiciliar a lactentes nascidos prematuros entre dois grupos: um GC (grupo controle), composto por famílias de lactentes nascidos prematuros que receberam orientação de alta padronizada pela instituição hospitalar em que se realizou o estudo; e um GE (grupo experimental), que, além da orientação padronizada de alta, recebeu a tecnologia educativa “História de Sofia: batalhas e conquistas da família no cuidado e desenvolvimento da criança prematura”. Para tal comparação, foi utilizado o instrumento IT-HOME, cujos escores correspondem a níveis de estimulação domiciliar. O estudo também analisou a relação de características familiares e ambientais com os escores do IT-HOME.

Quanto à comparação dos grupos, os dados obtidos mostraram que:

- A média de pontuação total do IT-HOME para o GC foi 26,57 pontos, e, para o GE, foi 30,23 pontos, diferença estatisticamente significativa ($p=0,001$), evidenciando que os lactentes do GE recebiam mais estimulação domiciliar;
- A pontuação média do GE foi superior ao GC nas subescalas:
 - ❖ Ausência de punição e restrição (GE=5,03 pontos; GC= 4,46 pontos; valor $p=0,005$);
 - ❖ Disponibilidade de materiais de brinquedos e jogos apropriados (GE= 4,14 pontos; GC= 3,03 pontos; valor $p=0,001$);
 - ❖ Envolvimento materno com a criança (GE= 3,8 pontos; GC= 2,37 pontos; $p<0,001$);
 - ❖ Oportunidade de variação na estimulação diária (GE=3,26 pontos; GC=2,8 pontos; $p=0,025$).
- Não houve diferença significativa entre os grupos nas subescalas:
 - ❖ Responsividade emocional e verbal da mãe (GC= 9,54 pontos; GE= 9,6 pontos; $p=0,513$);
 - ❖ Organização do ambiente físico e temporal (GC= 4,37 pontos; GE= 4,4; $p=0,836$).

Assim, a hipótese de que os familiares que tiveram contato com a TE “História de Sofia” ofereceriam maior estimulação ao prestar o cuidado à sua criança nascida prematura foi confirmada. Quanto aos aspectos ambientais e familiares associados aos escores obtidos com o instrumento IT-HOME, eles variaram conforme a subescala do IT-HOME, como segue:

Os seguintes aspectos influenciaram na pontuação da subescala - **Envolvimento materno com a criança:**

- ❖ Presença de um segundo cuidador do lactente ($p=0,008$);
- ❖ Algum membro da família, cuidador principal do lactente, ter realizado leitura de materiais específicos sobre desenvolvimento infantil e/ou cuidados com bebês ($p=0,043$);
- ❖ Ter realizado curso de gestantes ($p=0,039$);
- ❖ Frequentar unidade básica de saúde. ($p=0,027$);
- ❖ A mãe verbalizar que realiza atividades prazerosas com o lactente ($p=0,0014$).

Na subescala **Responsividade Emocional e Verbal da mãe**, os aspectos que influenciaram na pontuação foram:

- ❖ A mãe ou o pai ter apresentado interesse no momento da entrega da TE ($p=0,009$);
- ❖ Preparo do ambiente físico para a chegada do bebê ($p=<0,001$);
- ❖ A mãe ter relatado aspectos mais positivos em relação aos cuidados do bebê ($p=0,001$).

Apenas um aspecto influenciou na subescala **Organização do ambiente físico e temporal:**

- ❖ Horas de sono materno ($cor=0,301$).

Na subescala, **Disponibilidade de materiais de brinquedos e de jogos apropriados**, alguns aspectos se repetiram:

- ❖ Leitura de materiais específicos sobre o desenvolvimento infantil e ou cuidados com bebês ($p=0,019$);

- ❖ Ter realizado curso de gestantes ($p=0,026$);
- ❖ Frequentar unidade básica de saúde para vacinação ($p=0,012$);
- ❖ Frequentar a igreja ($p=0,042$);
- ❖ Realizar atividades prazerosas nas horas vagas ($p=0,027$).

Na subescala, **Ausência de restrição e punição**, somente um aspecto influenciou:

- ❖ Aleitamento materno exclusivo ($p=0,042$).

Nenhuma variável familiar e/ou ambiental influenciou a subescala **Oportunidade de Variação na Estimulação diária**.

A maior parte das mães gostou da TE devido à leitura fácil e à identificação com a história, além de ter utilizado o material como fonte de informações.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM

O uso de tecnologias educacionais tem sido apontado como aliada para o enfermeiro que atua na assistência direta ao paciente. Porém, ainda existem lacunas em relação à verificação de efetividade de tais recursos, dado que a maior parte dos estudos finda na avaliação das TEs por especialistas. Nesse sentido, destaca-se a importância deste estudo, que permitiu trazer evidência científica sobre a efetividade da TE História de Sofia.

Outro ponto de destaque é o tipo de estudo, ensaio pragmático, que ainda é pouco explorado na área da Enfermagem. Tal destaque refere-se não apenas ao caráter inovador da presente pesquisa, mas à percepção de que o delineamento pragmático é atraente para a profissão por permitir a aproximação do cenário real.

Estes aspectos podem colocar a Enfermagem em destaque nas produções científicas de saúde, bem como na elaboração de tecnologias educacionais que abordem diversos temas na área da saúde, visto que a categoria profissional tem, no cerne da sua função, a ação educativa.

Como limitações do presente estudo, apontam-se a não randomização, e o não cegamento das famílias participantes bem como da pesquisadora, o que pode ter influenciado positivamente nos resultados. A não randomização foi explicada no método e garantiu a composição dos grupos, como previsto. Além disso, observou-se similaridade nas características individuais e familiares entre os grupos, o que pode ser considerado um atenuante. O não cegamento pode induzir algum grau de prejuízo na identificação dos dados no momento da coleta, particularmente quanto à aplicação do HOME.

Os resultados deste estudo evidenciaram que o contato dos cuidadores responsáveis pelos lactentes com a TE propiciou maior qualidade e quantidade de estímulos domiciliares, o que indica que a utilização dessa TE apresenta-se como uma ferramenta que auxilia na promoção do desenvolvimento infantil de lactentes nascidos prematuros, sustentando a recomendação de sua utilização nos serviços de saúde. Características familiares como: relatos de aspectos mais positivos em relação aos

cuidados com o bebê; leitura de materiais sobre DI e/ou cuidados com o bebê; realizar curso de gestantes; utilizar a UBS como recurso da comunidade para o cuidado com o bebê; e realizar atividades prazerosas que incluam o bebê, são aspectos que influenciaram no resultado do instrumento IT HOME..

Quanto a sugestões para pesquisas futuras, recomenda-se estudos que avaliem esses lactentes em idades mais avançadas com o olhar focado ao desenvolvimento funcional, bem como a inclusão de ações educativas no pré-natal que preparem as famílias para a chegada do bebê com vistas ao desenvolvimento infantil.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Adam T, Amorim DG, Edwards SJ, Amaral J, Evans D.B. Capacity constraints to the adoption of new interventions: consultation time and the Integrated Management of Childhood Illness in Brazil. *Health Policy Plan*. 2005;20(Suppl 1):i49-i57.

Áfio ACE, Balbino AC, Alves MDS, Carvalho LV, Santos MCL, Oliveira NR. Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. *Rev Rene*. 2014;15(1):158-65.

Alexande AMC, Labronici LM, Maftum MA, Mazza VA. Mapa da rede social de apoio às famílias para a promoção do desenvolvimento infantil. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(2):272-9.

Appleton SM. Handle with care: an investigation of the handling received by preterm infants in intensive care. *J Neonatal Nurs*. 1997;3(3):23-7.

Aucott S, Donohue PK, Atikins E, Allen MC. Neurodevelopmental care in the NICU. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2002;8(4):298-308.

Berardinelli LMM, Guedes NAC, Ramos JP, Silva MGN. Tecnologia educacional como estratégia de empoderamento de pessoas com enfermidades crônicas. *Rev Enferm UERJ*. 2014;22(5):603-9.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília, 13 jun. 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidades Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 2012.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Temática: Instrumento de vigilância do desenvolvimento de crianças de zero a 12 Meses. *Caderneta de Saúde da Criança: passaporte para a cidadania*. 8 ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2013a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Câmara de regulação do trabalho em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 34 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2014: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília: MS; 2015.

Caldwell BM, Bradley RH. Home Observation for Measurement of the Environment: Administration Manual. Little Rock: University of Arkansas at Little Rock; 2001.

Carlesso JPP, Souza APR, Moraes AB. Análise da relação entre depressão materna e indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil. Rev CEFAC. 2014;16(2):500-10.

CDC - Centers for Disease Control and Prevention. Simply Put: A guide for creating easy-to-understand materials. 3rd ed. Georgia: CDC; 2009.

Costa DTL. A oficina pedagógica na educação em saúde para a promoção do desenvolvimento de lactentes [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2016.

Coutinho ESF, Huf G, Bloch KV. Ensaio clínico pragmático: uma opção na construção de evidências em saúde. Cad Saúde Pública. 2003;19(4):1189-93.

Couto FF, Praça NS. Preparo dos pais de recém-nascido prematuro para alta hospitalar: uma revisão bibliográfica. Esc Anna Nery. 2009;13(4):886-91.

Custodio N, Marski BSL, Abreu FCP, Mello DF, Wernet M. Interações entre profissionais de saúde e mães de prematuros: influência no cuidado materno. Rev Enferm UERJ. 2016;24(1):e11659.

Ferreira VF, Rocha GOR, Lopes MMB, Santos MS, Miranda SA. Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. Trab Educ Saúde. 2014;12(2):363-78.

Flisch TMP, Alves RH, Almeida TAC, Torres HC, Schall VT, Reis DC. Como os profissionais da atenção primária percebem e desenvolvem a Educação Popular em Saúde? Interface (Botucatu). 2014;18(Supl 2):1255-68.

Fonseca LMM, Leite AM, Vasconcelos MGL, Castral TC, Scochi CGS. Cartilha educativa on line sobre os cuidados com o bebê pré-termo: aceitação dos usuários. Cienc Cuid Saude. 2007;6(2):238-244.

Fracolli LA, Chiesa, AM. A percepção das famílias sobre a cartilha educativa “toda hora é hora de cuidar”. O Mundo da Saúde. 2010;34(1):36-42.

Freire P. Educação e Mudança. 12^a ed. São Paulo: Paz e Terra; 2007.

Frítola M, Couto ACF, Spinardi D, Junkes MC, Fraiz FC, Ferreira FM. Folheto

educativo melhora o conhecimento de pais frente ao traumatismo alvéolo-dentário? *Arq Odontol.* 2014;50(4):178-84.

Halpern R, Giugliani ERJ, Victora CG, Barros FC, Horta BL. Fatores de risco para suspeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *J Pediatr (Rio J).* 2000;76(6):421-8.

Lamy Filho F, Medeiros SM, Lamy ZC, Moreira MEL. Ambiente domiciliar e alterações do desenvolvimento em crianças de comunidade da periferia de São Luís - MA. *Cien Saude Colet.* 2011;16(10):4181-7.

Landeiro MJL, Martins TV, Peres HHC. Percepção dos enfermeiros sobre dificuldades e necessidades informacionais dos familiares cuidadores de pessoa dependente. *Texto Contexto Enferm.* 2016;25(1): e0430015.

Landeiro MJL, Peres HHC, Martins TV. Avaliação da tecnologia educacional “Cuidar de pessoas dependentes” por familiares cuidadores na mudança e transferência de paciente e alimentação por sonda *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2016;24:e2774.

Lansky S, Friche AAL, Silva AAM, Campos D, Bittencourt SDA, Carvalho ML, et al. Pesquisa Nascir no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cad Saude Publica.* 2014;30:S192-S207.

LeMonda CST, Bornstein MH, Baumwell L, Damast AM. Responsive parenting in the second year: specific influences on children’s language and play. *Early Dev Parent.* 1996;5(4): 173-83.

Lemos RA, Veríssimo MLÓR. Desenvolvimento de crianças nascidas prematuras: a compreensão dos cuidados à luz da Teoria Bioecológica. *Rev Esc Enferm USP.* 2015;49(6):899-907.

Lemos RA, Veríssimo MLÓR. Estratégias metodológicas para elaboração de material educativo: Em foco a promoção do desenvolvimento de prematuros. *Cien Saude Colet* [Internet] 2018. [citado 2019 mar 18]. Disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/estrategias-metodologicas-para-elaboracao-de-material-educativo-em-foco-a-promocao-do-desenvolvimento-de-prematuros/16897?id=16897>

Lemos RA, Veríssimo MLÓR. Functional development of preterm infants: an integrative literature review. *Fisioter Mov.* 2016a;29(3):623-33.

Lemos RA, Veríssimo MLÓR. História de Sofia: Batalhas e Conquistas da família no cuidado e desenvolvimento da criança prematura. 1ª ed. São Paulo: Richard Veiga; 2016b.

Lemos RA. Promoção do desenvolvimento funcional de crianças nascidas prematuras: organização das bases teóricas e operacionais e construção de um guia

de apoio à família [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2016.

Lopes MMCO, Cardoso MVLML. Avaliação do desenvolvimento neuromotor da criança por meio do Harris Infant Neuromotor Test. *Rev Esc Enferm USP*. 2014;48(4):586-93.

Maranhão AGK, Vasconcelos AMN, Trindade CM, Victora CG, Rabello Neto DL, Porto D, et al. Mortalidade infantil no Brasil: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. organizadores. *Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher*. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. p. 163-82.

Marski BSL, Custodio N, Abreu FCP, Melo DF, Wernet M. Hospital discharge of premature newborns: the father's experience. *Rev Bras Enferm*. 2016;69(2):202-9.

Martin JA. Personal and interpersonal components of responsiveness. In: Bornstein MH, editor. *Maternal responsiveness: Characteristics and consequences: new directions for child & adolescent development*. San Francisco: Jossey-Bass; 1989.

Matos LA, Cavalcante LIC, Costa EF. Características do ambiente sociofamiliar e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças: associações e implicações. *Revista Subjetividades*. 2016;16(3):97-108.

Mello DF, Henrique NCP, Pancien L, Veríssimo MLÓR, Tonete VRP, Malone M. Child safety from the perspective of essential needs. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2014;22(4):604-10.)

Merhy EE, Onoko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 2002.

Mialhe FL, Silva CMC. Estratégias para a elaboração de impressos educativos em saúde bucal. *Arq Odontol*. 2008;44(2).

Molinari JSO, Silva MFMC, Crepaldi MA. Saúde e desenvolvimento da criança: a família, os fatores de risco e as ações na atenção básica. *Psicol Argum*. 2005;23(43):17-26.

Nietsche EA, Backes VMS, Colomé CLM, Ceratti RN, Ferraz F. Tecnologias educacionais, assistenciais e gerenciais: uma reflexão a partir da concepção dos docentes de enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2005;13(3):344-53.

Nietsche EA. As Tecnologias Assistenciais, Educacionais e Gerenciais produzidas pelos Docentes dos Cursos de Enfermagem das Instituições de Ensino Superior de Santa Maria-RS. In: Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. *Relatório Final*. Santa Maria: UFSM/CNPq; 2003.

Oliveira C, Castro L, Silva R, Freitas A, Gomes M, Cândida M. Fatores associados ao desenvolvimento global aos 4 e 8 meses de idade corrigida de crianças nascidas prematuras. *J Hum Growth Dev*. 2016;26(1):42-8.

Oliveira K, Veronez Mm Higarashi IH, Corrêa DAM. Vivências de familiares no processo de nascimento de seus filhos em UTI neonatal. *Esc Anna Nery*. 2013;17(1):46-53.

Oliveira MS, Fernandes AFC, Sawada NO. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. *Texto Contexto Enferm*. 2008;14(1):115-23.

OMS - Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores pra condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília; 2003.

Padovani FHP, Linhares MBM, Carvalho AEV, Duarte G, Martinez FE. Avaliação de sintomas de ansiedade em mães de neonatos pré-termo durante hospitalização em UTI neonatal. *Rev Bras Psiquiatr* 2004;26(4):251-4.

Pereira JF, Formiga CKMR, Vieira MEB, Linhares MBM. Influência dos fatores biológicos e socioeconômicos no desenvolvimento neuropsicomotor de pré-escolares. *Revista Saúde e Pesquisa*. 2017;10(1):135-44.

Pilz EML, Schermann LB. Determinantes biológicos e ambientais no desenvolvimento neuropsicomotor de uma amostra de crianças de Canoas/RS. *Cien Saude Colet*. 2007;12(1):181-90.

Reis RP, Vieira MEB, Linhares MBM, Formiga CKMR. Influência entre o número de gestações e idade materna com o desenvolvimento motor de prematuros e com baixo peso de 0 a 6 meses. In: *Anais do 3º Congresso de Ensino Pesquisa e Extensão da UEG – Inovação: Inclusão Social e Direitos*; 2016 out 19-21; Pirenópolis. Pirenópolis: Universidade Estadual de Goiás; 2016.

Rodrigues LP, Gabbard C. Avaliação das oportunidades de estimulação motora presentes na casa familiar: projecto affordances in the home environment for motor development. In: Barreiros J, Cordovil R, Carvalheira S, editores. *Desenvolvimento motor da criança*. Lisboa: Edições FMH; 2007. p. 51-60.

Rodrigues MCC, Mello RR, Silva KS, Carvalho ML. Desenvolvimento cognitivo de prematuros à idade escolar: proposta de modelo hierarquizado para investigação dos fatores de risco. *Cad Saude Publica*. 2011;27(6):1154-64.

Roecker S, Nunes EFPA, Marcon SS. O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia da Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(1):157-65.

Sanchez MPC, Lemos RA, Veríssimo MLOR. Avaliação de materiais educativos para o cuidado e promoção do desenvolvimento de crianças nascidas prematuras. *Rev Soc*

Bras Enferm Ped. 2017;17(2):76-82.

Santos ZMSA, Frota MA, Martins ABT. Tecnologias em saúde: da abordagem teórica a construção e aplicação no cenário do cuidado. Fortaleza: EdUECE; 2016.

Schmidt EB, Piccoloto NM, Müller MC. Depressão pós-parto: fatores de risco e repercussões no desenvolvimento infantil. Psico-USF. 2005;10(1):61-8.)

Schwartz D, Lellouch J. Explanatory and pragmatic attitudes in therapeutical trials. J Chronic Dis. 1967;20(8):637-48.

Silva ES, Nunes ML. The influence of gestational age and birth weight in the clinical assessment of the muscle tone of healthy term and preterm newborns. Arq Neuropsiquiatr. 2005;63(4):956-62.

Silva J, Fronio JS, Lemos RA, Ribeiro LC, Aguiar TS, Silva DT, et al. Oportunidades de estimulação no domicílio e habilidade funcional de crianças com potenciais alterações no desenvolvimento. J Hum Growth Dev. 2015;25(1):19-26.

Simas FB, Souza LV, Scorsolini-Comin F. Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. Psicologia: Teoria e Prática. 2013;15(1):19-34.

Souza ES, Magalhães LC. Desenvolvimento motor e funcional em crianças nascidas pré-termo e a termo: influência de fatores de risco biológico e ambiental. Rev Paul Pediatr. 2012;30(4):462-70.

Souza JM, Veríssimo MLÓR. Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. Rev Latino-Am Enfermagem. 2015;23(6):1097-104.

Sullivan MC, Msall ME. Functional performance of preterm children at age 4. J Pediatr Nurs. 2007;22(4):297-309.

Toma TS, Rea MF. Benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança: um ensaio sobre as evidências. Cad Saude Publica. 2008;24(2):S235-S246.

Totsika V, Sylva K. The Home Observation for Measurement of the Environment Revisited. Child Adolesc Ment Health. 2004;9(1):25-35.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - ARTIGO DE REVISÃO EM CONSTRUÇÃO

Tecnologias educacionais e educação em saúde: Revisão integrativa da literatura

Resumo

Objetivo: Mapear e caracterizar as publicações sobre o uso de tecnologias educacionais na área da saúde e analisar os seus efeitos. **Método:** Revisão integrativa da literatura, nas bases CINAHL, Scopus, Web of Science e Pubmed, com a questão: Como as tecnologias educacionais têm contribuído para a educação em saúde? e os descritores: Educational Technology OR Teaching Materials AND Health Education. **Resultados:** analisaram-se 29 artigos, a maioria publicado por enfermeiros (55,2%), com abordagem qualitativa (58,6%), e objetivo de verificar o efeito do uso de tais materiais (55,2%). Grande parte foi considerada benéfica para o público alvo (37,9%), e boa, tanto para esse público, quanto para profissionais (27,6%). **Conclusão:** As TE são instrumentos positivos para a população-alvo e para os profissionais, porém destacamos a necessidade de utilizar esse público durante a construção desses materiais e realizar estudos que avaliem a efetividade das TE a longo prazo.

Introdução

A Educação em saúde tem como foco a promoção à saúde, portanto, vai além de repassar informações, visando apoiar a população para o alcance de melhores condições de saúde. Nesse sentido, é um processo dialógico, que deve utilizar práticas educativas que envolvam os sujeitos com objetivo de conscientização individual e coletiva da sociedade, por meio de construção/reconstrução do conhecimento e de habilidades de cuidado.¹

As Tecnologias Educacionais (TE), tem sido considerada por enfermeiros ferramenta que colabora para a educação e promoção de saúde. Segundo a Organização Mundial da Saúde, o uso desses materiais de apoio educativo melhora o acesso à informação e o autogerenciamento da saúde.²⁻⁴

Evidências científicas demonstram contribuições ao utilizá-las no desenvolvimento de conhecimentos a familiares cuidadores, por meio da construção

de conhecimento em diferentes domínios de cuidados.⁵ Tais materiais aliam o conhecimento científico aos procedimentos técnicos, por meio da disseminação de informações referentes a promoção, manutenção e/ou recuperação da saúde.⁶

Esses materiais são considerados como instrumentos a ser considerado no processo de promoção à saúde junto à população.⁷ Por isso, essa revisão teve como pergunta norteadora: Como as Tecnologias educacionais têm contribuído para a educação em saúde?

Objetivos

Mapear e caracterizar as publicações sobre o uso de tecnologias educacionais na área da saúde, e analisar seus efeitos.

Método

Revisão integrativa de literatura, elaborada em seis passos⁸ (Souza, Silva e Carvalho (2010), nos meses de julho a agosto de 2018. Foi realizada na biblioteca virtual da saúde, CINAHL, Scopus, Web of Science e Pubmed, utilizando os seguintes descritores e suas combinações, em língua inglesa e portuguesa: Educational Technology OR Teaching Materials AND Health Education. A busca foi orientada por uma bibliotecária, em reuniões para nortear o caminho da pesquisa.

Os critérios de inclusão foram: artigos completos de livre acesso, disponíveis gratuitamente em língua inglesa, portuguesa ou espanhola que citavam no resumo o uso das tecnologias educacionais; foram excluídos os artigos que não expressavam o resultado do uso da tecnologia educacional, artigos duplicados nas bases, teses e dissertações.

A primeira seleção partiu de 179 artigos (figura 1) e foi realizada por título e resumo, por duas pesquisadoras independentemente; foram incluídos todos os artigos selecionados duplamente, e os artigos selecionados por apenas uma das pesquisadoras foram avaliados em conjunto por ambas para decisão sobre a inclusão. Após a primeira seleção, realizou-se leitura na íntegra de 34 artigos; destes, 5 foram excluídos, pois não atenderam os objetivos da revisão.

Figura 1.

Alguns artigos foram excluídos por não contemplarem os critérios de inclusão, bem como, por aparecerem em duplicidades nas bases de dados, à exemplo a BVS (13 artigos em duplicidade) e artigos idênticos que apareceram em bases de dados extintas, ocorreu na Scopus e Web of Science (8 artigos).

Para coletar os dados dos artigos selecionados foi utilizado o instrumento validado por Ursi⁹ (2005), e incluídos dados sobre aspectos da tecnologia educacional estudada, buscando-se informações sobre sua construção e sobre a validação do material.

Resultados

Foram analisados na íntegra 29 artigos que respondiam à questão norteadora do estudo. O quadro 1 apresenta a caracterização dos artigos segundo: título, periódico e dados de indexação, e país.

Título do artigo	Periódico / Ano	País
1 - A percepção das famílias sobre a cartilha "toda hora é hora de cuidar"	O Mundo da Saúde. 2010;34(1):36-42.	Brasil
2 - Análise aparente de tecnologia educativa para universitários sobre abuso sexual	Psico-USF. 2015(20):2:349-52.	Brasil
3 - Aplicação de tecnologia leve no pré-natal: um enfoque na percepção das gestantes	Rev Enferm UERJ. 2013;21(esp.1):648-53.	Brasil

4 - Atuação dos pais na prevenção da hipertensão arterial - uma tecnologia educativa em saúde	Cienc Saude Colet. 2011;16(11):4385-94.	Brasil
5 - Avaliação da tecnologia educacional "cuidar de pessoas dependentes" por familiares cuidadores na mudança e transferência de pacientes e alimentação por sonda	Rev Latino-Am Enfermagem. 2016;24:e2774.	Brasil
6 - Blog for schoolchildren about people with disabilities: evaluation of learning	Rev Rene. 2017;18(2):187-94.	Brasil
7 - Construção e validação de material educativo para prevenção de síndrome metabólica em adolescentes	Rev Latino-Am Enfermagem. 2017;25:e2934.	Brasil
8 - Construção e validação de tecnologia educativa sobre cuidados com úlcera venosa	Rev Esc Enferm USP. 2016;50(2):309-316.	Brasil
9 - Creating and Vaidating educational material for patients undergoing orthognathic surgery	Asian Nursing Research. 2012;6:166e172.	Brasil
10 - Desenvolvimento de serious game como estratégia para promoção de saúde e enfrentamento da obesidade infantil	Rev Latino-Am Enfermagem. 2016;24:e2759.	Brasil
11 - Design of Interactive Cancer Education Technology for Latina Farmworkers	Systems and Information Engineering Design Symposium (SIEDS). 2014.	USA
12 - Education and technology udes to improve the quality of life for people with diabetes mellitus type II	J Multidiscip Healthc. 2014;7:147-53.	USA
13 - Folheto educativo melhora o conhecimento de pais frente ao traumatismo alvéolo-dentário?	Arq Odontol. 2014;50(4):178-84.	Brasil
14 - Impact of actions of food and nutrition education program in a population of adolescents	Rev Nutr. 2016;29(1):65-75.	Brasil
15 - Intervenção educativa com mães jovens: aquisição de saberes sobre cuidados da criança	Acta Paul Enferm. 2018;31(1):32-8.	Brasil
16 - It's Your Game. Keep It Real: Delaying Sexual Behavior with an Effective Middle School Program	J Adolesc Health. 2010;46(2):169.	EUA
17 - Modelo explicativo popular e profissional das mensagens de cartazes utilizados nas campanhas de saúde	Texto Contexto Enferm. 2007;16(2):287-93.	Brasil
18 - O jogo educativo como estratégia de sensibilização para coleta de dados com adolescentes	Rev Latino-Am Enfermagem. 2010;18(5).	Brasil
19- Randomized controlled trial comparing tailoring methods of multimedia-based fall prevention education for community-	Am J Occup Ther. 2011;65(6):702-9.	USA

dwelling older adults		
20 - Sexual Risk Avoidance and Sexual Risk Reduction Interventions For Middle School Youth: A Randomized Controlled Trial	Adolesc Health. 2012;50(3):279-88.	EUA
21 - Substance use and young people: the potential of technology	J Psychiatr Ment Health Nurs. 2005;12:179-86.	Inglaterra
22 - Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal	Esc Anna Nery. 2011;15(1):190-6.	Brasil
23 - Tecnologia educacional inovadora para o empoderamento junto a idosos com diabetes mellitus	Texto Contexto Enferm. 2010;19(2):358-65.	Brasil
24 - Tecnologia para realização do autoexame ocular: comparação entre cartilha impressa e virtual	Rev Esc Enferm USP. 2018;52:e03326.	Brasil
25 - The effects of an educational program on knowledge of breast cancer, early detection practices and health beliefs of nurses and midwives	J Clin Nurs. 2010;19(15-16):2363-71.	Turquia
26 - Validação de álbum seriado para a promoção do controle de peso corporal infantil	Rev Latino-Am Enfermagem. 2018;26:e2998.	Brasil
27 - Validação de jogo educativo sobre sexualidade para adolescentes	J res fundam care online. 2018;10(1):203-9.	Brasil
28 - Validação de simuladores realísticos para orientação sobre aleitamento materno: pesquisa quase-experimental	Online Brazilian J Nur. 2016;15(4):599.	Brasil
29 - Viva bem com uma estomia: relato de experiência sobre a elaboração de uma cartilha	Rev enferm UFPE on line. 2017;11(Supl. 5):2242-9.	Brasil

A categoria profissional que teve mais publicações nessa revisão foi a enfermagem com 16 (55,2%), seguido de artigos com publicações multiprofissionais, 6 (20,7%); psicologia, nutrição e odontologia tiveram uma publicação cada, totalizando 3 (10,3%), e 4 artigos não apresentaram claramente a categoria profissional dos autores 4 (13,8%). Em relação aos tipos dos estudos 17 (58,6%) foram de abordagem qualitativa, 11 (36,9%) quantitativa e um (3,4%) de abordagem mista.

Quanto aos objetivos, 16 (55,2%) artigos procuraram entender o resultado do uso das tecnologias educacionais, utilizando verbos como: efeito (4 - 13,3%), eficácia (3 - 10%), empoderamento (1 - 3,3%), uso (1 - 3,3%), avaliação (5 - 17,2%) e análise (2 - 6,8%). Dois (6,7%) procuraram verificar o resultado do uso mediante comparação de tecnologias educacionais; três (10%) dos que objetivaram validar a tecnologia

educacional, também tiveram como objetivo a construção do material; três (10%) apresentaram apenas a construção; quatro (13,3%) apenas a validação, um dos estudos apresentou como objetivo tanto desenvolver quanto avaliar o uso das tecnologias educacionais 1 (3,3%).

Em relação aos artigos que tiveram como objetivo construção e/ou validação e desenvolvimento e avaliação da TE em questão, apenas nove (31%) artigos descreveram como a validação foi sistematizada, seis (20%) relataram uso de questões para realizar a validação, porém sem detalhes, e três (10%) descreveram que utilizaram Delphi e Likert¹⁰.

No total dos artigos, vinte e nove (100%), encontramos a descrição de validação da TE realizada, por juízes em doze (41,4%) e pelo público alvo dezoito (65,5%), em relação ao tipo de validação a aparência aparece em onze (37,9%) e o conteúdo vinte e duas (75,8%).

Em relação aos resultados dos estudos expostos nos artigos analisados, oito (27,6%) artigos apresentaram como efeito o uso das TE ser benéfico tanto para o público alvo, pois esses apresentaram melhorias em relação à promoção da saúde, quanto para os profissionais, pois a TE os auxiliaram na transmissão de informações à população.

Duas (6,9%) TE foram avaliadas com efeito positivo pelo público-alvo, e ao contrário pelos profissionais que tiveram contato com ela na posição de juízes. A maioria dos estudos trouxeram apenas os efeitos do uso sob a população alvo onze (37,9%) e foram demonstrados como positivos.

Um número considerável de estudos não apresentou a opinião ou o efeito da TE pelo público alvo (5 - 17,2%), apenas a opinião do profissional da saúde como validador do instrumento, sendo que esses avaliaram como benéfico ao público alvo. Os efeitos de (3 - 10,3%) TE não foram avaliadas positivamente tanto pela população-alvo quanto pelos profissionais.

Discussão

De modo geral esse estudo mostrou que as TE são ferramentas importantes como estratégia de educação em saúde para a população de modo geral, afinal, poucos artigos analisados trouxeram aspectos negativos em relação à promoção à saúde.

Podemos considerar que ter maiores publicações na temática estudada pela categoria profissional da enfermagem pode estar diretamente ligado ao cotidiano

dessa atuação, pois, tal categoria desenvolve ações nas diversas áreas das instituições de saúde e da comunidade, como educador.¹¹

Observamos com esse estudo a crescente inclusão do público-alvo na construção e validação das TE, mas ainda não é regra essa participação, como podemos constatar, o que deveria ser, afim de que as informações sejam contextualizadas ao seu meio cultural e suas necessidades cognitivas.¹²

Outro aspecto que reafirma a colocação acima é pelo fato de que nas validações e/ou construções desses materiais, a opinião de juízes ou experts divergem da opinião do público-alvo, esse resultado sugere que os profissionais não conseguem acessar as necessidade de seus cliente o que coloca em risco o objetivo de educar em saúde por meio desses instrumentos.

Vale a pena destacar que dentre os tipos de estudos, os qualitativos são mais utilizados, seguido dos estudos quantitativos, destes os pré e pós-testes são os de escolha, sendo que os que apresentam resultados mais favoráveis são aqueles aplicados logo após a intervenção, e aqueles em o pós teste foi aplicado após mais de 30 dias de realizadas as intervenção não obtiveram resultados positivos. Sendo assim, observa-se a necessidade de testar o impacto das TE a longo prazo e por meio de comparações entre orientações padronizadas e com o uso desse novo instrumento.

Conclusão

As TE apresentaram-se como aliadas na educação em saúde da população nessa revisão, pois elas se mostraram efetivas no cotidiano das pessoas. Ressalta-se a importância do público-alvo ser uma regra no processo de construção desses materiais. A categoria profissional da enfermagem surge como atores principais nessa estratégia, mas tendo esse instrumento impacto tão positivo a sugestão da elaboração desses materiais pela multidisciplinariedade e a realização de estudos que verifiquem o impacto deste material a longo prazo e em comparação a estratégias já utilizadas faz-se necessária.

Referências

- 1 Ferreira VF, Rocha GOR, Lopes MMB, Santos MS, Miranda SA. Educação em saúde e cidadania: revisão integrativa. Trab Educ Saúde. 2014;12(2):363-78.

- 2 Roecker S, Nunes EFPA, Marcon SS. O trabalho educativo do enfermeiro na Estratégia da Saúde da Família. *Texto Contexto Enferm*. 2013;22(1):157-65.
- 3 Áfio ACE, Balbino AC, Alves MDS, Carvalho LV, Santos MCL, Oliveira NR. Análise do conceito de tecnologia educacional em enfermagem aplicada ao paciente. *Rev Rene*. 2014;15(1):158-65.
- 4 OMS - Organização Mundial da Saúde. Cuidados inovadores pra condições crônicas: componentes estruturais de ação. Brasília; 2003.
- 5 Oliveira MS, Fernandes AFC, Sawada NO. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. *Texto Contexto Enferm*. 2008;14(1):115-23.
- 6 Landeiro MJL, Peres HHC, Martins TV. Avaliação da tecnologia educacional “Cuidar de pessoas dependentes” por familiares cuidadores na mudança e transferência de paciente e alimentação por sonda *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2016;24:e2774.
- 7 Silva DML, Carreiro FA, Mello R. Tecnologias educacionais na assistência de enfermagem em educação em saúde: revisão integrativa. *Rev enferm UFPE on line*. 2017;11(Supl. 2):1044-51.
- 8 Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão Integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*. 2010;8(1 Pt 1):102-6.
- 9 Ursi ES. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2005.
- 10 Rowe G, Wright G. The Delphi technique as a forecasting tool: issues and analysis. *Int J Forecast*. 1999;15(4):353-75.
- 11 Mendes LMS. Perspectivas existentes relacionadas à assistência de Enfermagem de um hospital acreditado. *Nursing*. 2012;14(167):192-6.
- 12 Mialhe FL, Silva CMC. Estratégias para a elaboração de impressos educativos em saúde bucal. *Arq Odontol*. 2008;44(2).

APÊNDICE 2 - ROTEIRO PARA CARACTERIZAÇÃO DOS RECÉM-NASCIDOS E SUAS FAMÍLIAS

Instrumento de Coleta de Dados. Caracterização das famílias

A gravidez foi planejada?

SIM

NÃO

Quantas consultas você realizou no pré-natal?

Quantos filhos você tem?

Eles convivem com o bebê?

SIM

NÃO

Como está a alimentação do bebê?

Aleitamento materno exclusivo

Aleitamento materno com complemento de fórmula

Oferta de fórmula

Outros

Quantas horas a mãe consegue dormir por dia?

Quais são os principais familiares responsáveis pelo cuidado do bebê?

Qual a profissão deles?

Quantos anos eles têm de estudo?

Qual a principal ocupação deles?

Houve preparo para a chegada do bebê?

SIM

NÃO

Se sim como?

Orientações do obstetra

Leitura de materiais específicos

Realização de cursos

OUTROS

Como você se sente em relação aos cuidados do bebê?

Relatado aspectos mais positivos

Relatado aspectos mais negativos

Relatados tanto aspectos positivos quanto aspectos negativos

Aspecto para a escolha da questão acima:

Vocês utilizam algum dos serviços da comunidade?

SIM

NÃO

Qual?

Vocês mantêm algum tipo de relação significativa com outras pessoas (rede de apoio):

SIM

NÃO

Realizam atividades prazerosas nas horas vagas que envolve o lactente?

O bebê apresenta alguma morbidade?

O bebê necessitou de internação hospitalar após a alta da UTI Neonatal?

Os pais demonstraram interesse na entrega pela tecnologia educacional?

(Aplicável apenas ao GE)

SIM

NÃO

Relataram espontaneamente algum aspecto da tecnologia educacional durante a visita? (Aplicável apenas ao GE)

SIM

NÃO

Os pais fizeram a leitura da tecnologia educacional? (Aplicável apenas ao GE)

SIM

NÃO

Os pais relataram que buscam informações na tecnologia educacional para prestar cuidado ao bebê?

SIM

NÃO

Os pais gostaram da TE?

SIM

NÃO

Aspectos relatados por eles em relação a pergunta anterior:

APÊNDICE 3 - MATRIZ DE CONHECIMENTOS E HABILIDADES DA TECNOLOGIA EDUCACIONAL

Quadro 4 - Relação entre o instrumento de coleta IT-HOME e a matriz de conhecimentos e habilidades propostos pela tecnologia educativa: a História de Sofia

Subescalas (IT-HOME)	Matriz de conhecimentos e habilidades propostos pela tecnologia educativa: A História de Sofia
<p><u>Responsividade emocional e verbal da Mãe</u> Objetivo: Verificar as interações comunicativas e afetivas entre o cuidador e a criança.</p>	<p>Familiar cuidador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entende que para criança desenvolver há necessidade de interação constante, cuidado sustentador e que o afeto é elemento fundamental neste processo; • Age com afeto durante todos os momentos de interação com a criança; • Interage sempre, observa e procura conhecer a criança; • Está sempre presente na vida da criança, não deixa de interagir devido ao medo ou insegurança.
<p><u>Ausência de punição e restrição</u> Objetivo: Verifica as maneiras utilizadas pelo cuidador para disciplinar a criança.</p>	<p>Familiar Cuidador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orienta limites e disciplina na hora certa; • Não é violento com a criança para ela saber o que pode fazer e o que não pode fazer.
<p><u>Organização do ambiente físico e temporal.</u> Objetivo: Verificar a rotina da criança dentro do contexto familiar e quais espaços e objetos são destinados a criança.</p>	<p>Familiar cuidador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entende que o ambiente pode influenciar o desenvolvimento da criança; • Percebe e/ou verbaliza que a criança está ativa em seu desenvolvimento; • Aproveita os períodos em que a criança está desperta para interagir, como na alimentação e higiene; • Observa os sinais da criança durante as atividades; • Deixa a criança livre no espaço seguro para explorar; • Oferece oportunidade para a criança brincar com outras crianças e escolher seus brinquedos; • Coloca na criança vestimentas que facilitam o movimento; • Deixa a criança livre para praticar as habilidades no seu ritmo.
<p><u>Disponibilidade de materiais e brinquedos e jogos apropriados.</u> Objetivo: Verificar e relacionar de acordo com a idade da criança a</p>	<p>Familiar cuidador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entende que ambientes desafiadores têm vários estímulos e são importantes para o desenvolvimento da criança;

Subescalas (IT-HOME)	Matriz de conhecimentos e habilidades propostos pela tecnologia educativa: A História de Sofia
variedade e os tipos de brinquedos que estão disponíveis.	<ul style="list-style-type: none"> • Oferece variedade de brinquedos e brincadeiras, como por exemplo, objetos domésticos seguros para ela mexer e explorar; • Respeita o tempo suficiente para a criança exercitar suas brincadeiras e do seu jeito, isto é, sem apressá-la nem querer estabelecer a forma certa de brincar.
<p><u>Envolvimento dos pais com a criança.</u></p> <p>Objetivo: Verificar a qualidade e quantidade de interação que a criança recebe do cuidador principal.</p>	<p>Familiar cuidador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entende que o desenvolvimento pode ser estimulado pela família através de massagem, conversas, brinquedos apropriados para faixa etária, mudanças de postura, movimentação, leitura, música, convívio com outras crianças e adultos; • Compreende que existem áreas do desenvolvimento e que nas atividades do dia a dia, consegue perceber a criança aprendendo e evoluindo; • Percebe as habilidades que a criança adquiriu e as que ainda vai adquirir; • Brinca com a criança; • Estimula o desenvolvimento da criança e relata o que faz.
<p><u>Oportunidade de variação na estimulação diária.</u></p> <p>Objetivo: Verificar as oportunidades que são oferecidas a criança de interações sociais além do contato com a mãe.</p>	<p>Familiar cuidador:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entende que existem áreas do desenvolvimento e consegue perceber que a criança está evoluindo nas atividades do dia a dia; • Oferece experiências variadas para criança, como tempo com a família, com os amigos, com os brinquedos e jogos, atividades recreativas e muitas horas de liberdade para fazerem o que quiserem.

Fonte: A autora

APÊNDICE 4 - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Jamile Gregorio Morelo, enfermeira e aluna do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), sob a supervisão da Prof.^a Dr.^a Maria De La Ó Ramallo Veríssimo, convidamos o(a) Sr.(a) para participar da pesquisa intitulada como voluntário(a) da pesquisa que estamos desenvolvendo, que é intitulada “Efetividade de uma tecnologia educativa sobre a estimulação domiciliar de lactentes nascidos prematuros: ensaio clínico, não randomizado”.

Esta pesquisa visa saber se os familiares responsáveis pelo cuidado do seu bebê que nasceu prematuro estimula esse bebê mais e de melhor forma. Iremos comparar familiares que receberam um pequeno livro (tecnologia educativa) que tem como título “A História de Sofia Batalhas e Conquistas da família no cuidado e desenvolvimento da criança prematura” com familiares que não receberam o pequeno livro.

Queremos realizar este estudo, pois outros estudos já mostraram que muitos familiares desses bebês, ao receberem alta da unidade de terapia intensiva neonatal, falam da necessidade e importância de receberem algumas orientações particulares para o cuidado e desenvolvimento dos bebês prematuros, e estas informações estão presentes neste pequeno livro.

A pesquisa será realizada em uma visita domiciliar em que iremos observar o bebê e fazer algumas perguntas sobre o nascimento do bebê e as rotinas de cuidado no domicílio; se a/o senhor(a) se sentir desconfortável em responder qualquer pergunta que seja feita por lembrar alguma situação difícil para a criança ou para a família, não precisará responder.

Teremos dois grupos de famílias, um deles chamaremos de grupo experimental, serão aqueles que receberam o pequeno livro na alta hospitalar do seu bebê e o outro chamaremos de grupo controle, que é formado pelas famílias que não receberam o pequeno livro, porque tiveram alta antes do início da distribuição dele.

O grupo controle receberá no final da visita domiciliar o pequeno livro e todas as informações que o grupo experimental recebeu na alta hospitalar sobre seu conteúdo.

A visita domiciliar terá duração de 40 a 60 minutos, será agendada em dia e horário combinado com o senhor(a) que seja mais oportuno para toda família, sem alterar a rotina de vocês, o que minimiza possíveis desconfortos.

Os dados que serão coletados na visita domiciliar irão nos ajudar a entender se o pequeno livro ajudou as famílias a cuidarem de seus bebês com maior quantidade e qualidade de práticas que beneficiam o desenvolvimento infantil.

A visita domiciliar pode causar certo grau de desconforto, tendo em vista que o cuidado de um bebê é bastante intenso, por isso, queremos deixar claro que se isso acontecer o senhor(a) tem o direito de sair da pesquisa e tirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso lhe acarrete prejuízo de qualquer espécie.

Acreditamos que a participação neste estudo tem como benefício apoiar a construção de autonomia do familiar responsável pelos cuidados do bebê para oferecer cuidados domiciliares que promovem o desenvolvimento infantil. Os resultados obtidos também poderão nos ajudar a orientar melhor outras famílias.

Além disso, o risco de divulgação da identidade da senhora e de sua família é eliminado pela garantia e manutenção do anonimato e sigilo quanto às informações confidenciais envolvidas, garantindo assim, absoluta privacidade durante todas as fases da pesquisa.

Tomaremos todo cuidado necessário com os resultados obtidos no estudo, eles serão utilizados exclusivamente para fins científicos, como a elaboração de um trabalho de mestrado em cuidado em saúde, e apresentação em congresso e periódicos científicos da área da saúde, sem identificação dos bebês e das famílias. As respostas serão analisadas em conjunto com as de outros participantes.

Ressaltamos que sua participação é voluntária, e estaremos disponíveis para esclarecer dúvidas ou informações sobre o andamento da pesquisa, até mesmo após o encerramento ou interrupção da mesma.

Esta pesquisa não possui financiamento. Não haverá custo e nem remuneração pela sua participação, mas, caso haja alguma despesa por causa da participação na pesquisa, o valor gasto será ressarcido. Haverá indenização para eventuais danos decorrentes da pesquisa comprovados legalmente.

Lembramos que como documento legal este termo deve ser assinado, por ambas as partes, em duas vias e rubricado em todas as páginas, sendo que uma via ficará convosco e a outra com a pesquisadora.

Deixamos registrado aqui também que o (a) senhor(a) tem total liberdade para pensar e consultar, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-la na tomada de decisão em assinar este termo livre e esclarecido, e da mesma forma o (a) senhor (a) tem total liberdade em recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma.

Caso tenha alguma consideração ou dúvida sobre o andamento da pesquisa, a pesquisadora poderá ser encontrada, em qualquer etapa do estudo, no endereço, Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 – Cerqueira Cesar – São Paulo/SP CEP – 05403-000, pelo telefone a cobrar (11) 98666-6379, com atendimento 24 horas, ou e-mail jamilemorelo@gmail.com.

Para alguma consideração ou dúvida sobre aspectos éticos dessa pesquisa, poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da USP, situado no mesmo endereço citado, ou no telefone (11) 3061-8858 e e-mail: cepee@usp.br, ou no Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital e Maternidade REDE D'OR São Luiz, que está situado no endereço: Rua Doutor Alceu de Campos Rodrigues, 95 – Vila Nova Conceição, São Paulo/SP CEP:04544-000.

Ressaltamos que o comitê de ética é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, e está registrada na plataforma virtual de Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos.

São Paulo, _____ de _____ de _____

Nome do(a) participante/ familiar responsável pelos cuidados da criança

Assinatura do(a) participante/familiar responsável pelos cuidados da criança

Como pesquisador, declaro ter realizado todas as orientações necessárias.

Jamile Gregorio Morelo

APÊNDICE 5 - RESULTADOS DAS VARIÁVEIS FAMILIARES E AMBIENTAIS QUE NÃO APRESENTARAM ASSOCIAÇÕES COM OS ESCORES DO IT-HOME

Tabela 5 - Variáveis ambientais e familiares que não influenciaram na subescala Responsividade Emocional e Verbal da Mãe. São Paulo, 2019.

Variáveis Familiares e Ambientais	P valor
Número de consultas de pré-natal (N=70)	0,189*
Número de irmãos (N=70)	0,857*
Horas de sono materno (N=70)	0,097*
Escolaridade do principal cuidador (N=70)	0,814*
Escolaridade do segundo principal cuidador (N=70)	0,769*
Gravidez planejada (N=70)	0,294**
Tipo de alimentação (N=70)	0,349****
Ter realizado a leitura da TE (N=35)	0,619**
Ter relatado gostar da TE (N=35)	0,795**
Ter relatado buscar informações na TE (N=35)	0,317**
Ter falado espontaneamente sobre a TE (N=35)	0,571**
Ter um segundo principal cuidador (N=70)	0,095****
Ter relatado se preparar para a chegada do bebê (N=70)	0,179*****
Realizar leitura sobre a gestação como um preparo (N=70)	0,777**
Realizar leitura sobre DI ou cuidados com bebê como um preparo (N=70)	0,214**
Realizar curso de gestantes como um preparo (N=70)	0,136**
Relatos negativos em relação aos cuidados com o bebê (N=70)	0,639*****
Participar de grupos de pessoas que falam sobre cuidados com bebês (N=70)	0,149**
Relatar terem rede de apoio para o cuidado do bebê (N=70)	0,725**
Realizar atividades de lazer com o bebê (N=70)	0,129**
Utilizar a UBS como um recurso da comunidade que auxilia no cuidado ao lactente (N=70)	0,057**

Fonte: A autora

* Spearman's rank correlation rho

**Wilcoxon-Mann-Whitney test

***Two Sample t-test

****Kruskal-Wallis rank sum test

*****One-way ANOVA

*****Brunner-Munzel test

*****Welch Two Sample t-test

Tabela 6 - Variáveis ambientais e familiares que não influenciaram na subescala Ausência de Punição e Restrição. São Paulo, 2019.

Variáveis Familiares e Ambientais	p valor
Número de consultas de pré-natal (N=70)	0,132*
Número de irmãos (N=70)	0,299*
Horas de sono materno (N=70)	0,281*
Escolaridade do principal cuidador(N=70)	0,574*
Escolaridade do segundo principal cuidador (N=70)	0,856*
Gravidez planejada (N=70)	0,59**
Interesse pela entrega da TE	0,393**
Ter realizado a leitura da TE (N=35)	0,177**
Ter relatado gostar da TE (N=35)	0,213**
Ter relatado buscar informações na TE (N=35)	0,458**
Ter falado espontaneamente sobre a TE (N=35)	0,08**
Ter um segundo principal cuidador (N=70)	0,381****
Ter relatado se preparar para a chegada do bebê (N=70)	0,777**
Realizar leitura sobre a gestação como um preparo (N=70)	0,627**
Realizar leitura sobre DI ou cuidados com bebê como um preparo (N=70)	0,218*****
Realizar curso de gestantes como um preparo (N=70)	0,732**
Realizar alterações no ambiente como um preparo (N=70)	0,102**
Relatos positivos em relação aos cuidados com o bebê (N=70)	0,308**
Relatos negativos em relação aos cuidados com o bebê (N=70)	0,291**
Utilizar UBS como recursos da comunidade no cuidado com o bebê (N=70)	0,385**
Participar de grupos de pessoas que falam sobre cuidados com bebês (N=70)	0,813**
Relatar terem rede de apoio para o cuidado do bebê (N=70)	0,295**
Realizar atividades de lazer com o bebê (N=70)	0,382**

Fonte: A autora

* Spearman's rank correlation rho

**Wilcoxon-Mann-Whitney test

***Two Sample t-test

****Kruskal-Wallis rank sum test

*****One-way ANOVA

*****Brunner-Munzel test

*****Welch Two Sample t-test

Tabela 7 - Variáveis ambientais e familiares que não influenciaram na subescala Organização do Ambiente Físico e Temporal. São Paulo, 2019.

Variáveis Familiares e Ambientais	p valor
Número de consultas de pré-natal (N=70)	0,052*
Número de irmãos (N=70)	0,981*
Escolaridade do principal cuidador (N=70)	0,138*
Escolaridade do segundo principal cuidador (N=70)	0,127*
Gravidez planejada (N=70)	0,39**
Tipo de alimentação (N=70)	0,077*****
Interesse pela entrega da TE (N=35)	0,097**
Ter realizado a leitura da TE (N=35)	0,636**
Ter relatado gostar da TE (N=35)	0,474**
Ter relatado buscar informações na TE (N=35)	0,418*****
Ter falado espontaneamente sobre a TE (N=35)	0,958**
Ter um segundo principal cuidador (N=70)	0,883****
Ter relatado se preparar para a chegada do bebê (N=70)	0,354**
Realizar leitura sobre a gestação como um preparo (N=70)	0,219**
Realizar leitura sobre DI ou cuidados com bebê como um preparo (N=70)	0,565**
Realizar curso de gestantes como um preparo (N=70)	0,892**
Realizar alterações no ambiente como um preparo (N=70)	0,370**
Relatos positivos sobre cuidados com o bebê (N=70)	0,635**
Relatos negativos em relação aos cuidados com o bebê (N=70)	0,685**
Utilizar UBS como recursos da comunidade no cuidado com o bebê (N=70)	0,960**
Participar de grupos de pessoas que falam sobre cuidados com bebês (N=70)	0,883**
Relatar terem rede de apoio para o cuidado do bebê (N=70)	0,252**
Realizar atividades de lazer com o bebê (N=70)	0,078*****
Número de consultas de pré-natal (N=70)	0,052*

Fonte: A autora

* Spearman's rank correlation rho

**Wilcoxon-Mann-Whitney test

***Two Sample t-test

****Kruskal-Wallis rank sum test

*****One-way ANOVA

*****Brunner-Munzel test

*****Welch Two Sample t-test

Tabela 8 - Variáveis ambientais e familiares que não influenciaram na subescala Disponibilidade de Materiais Brinquedos e Jogos Apropriados. São Paulo, 2019.

Variáveis Familiares e Ambientais	p valor
Número de consultas de pré-natal (N=70)	0,801*
Horas de sono materno (N=70)	0,865*
Escolaridade do principal cuidador (N=70)	0,223*
Escolaridade do segundo principal cuidador (N=70)	0,695*
Gravidez planejada (N=70)	0,329***
Tipo de alimentação (N=70)	0,526*****
Interesse pela entrega da TE (N=35)	0,743**
Ter realizado a leitura da TE (N=35)	0,761**
Ter relatado gostar da TE (N=35)	0,441**
Ter relatado buscar informações na TE (N=35)	0,523**
Ter falado espontaneamente sobre a TE (N=35)	0,987**
Ter um segundo principal cuidador (N=70)	0,162****
Ter relatado se preparar para a chegada do bebê (N=70)	0,152**
Ter relatado aspectos mais positivos sobre os cuidados com o bebê (N=70)	0,056**
Realizar leitura sobre a gestação como um preparo (N=70)	0,239**
Relatos negativos em relação aos cuidados com o bebê (N=70)	0,592**
Participar de grupos de pessoas que falam sobre cuidados com bebês (N=70)	0,788**
Relatar terem rede de apoio para o cuidado do bebê (N=70)	0,160**

Fonte: A autora

*Spearman's rank correlation rho

**Wilcoxon-Mann-Whitney test

***Two Sample t-test

****Kruskal-Wallis rank sum test

*****One-way ANOVA

*****Brunner-Munzel test

*****Welch Two Sample t-test

Tabela 9 - Variáveis ambientais e familiares que não influenciaram na subescala Envolvimento dos Pais com a Criança. São Paulo, 2019.

Variáveis Familiares e Ambientais	p valor
Número de consultas de pré-natal (N=70)	0,952*
Número de irmãos (N=70)	0,061*
Horas de sono materno (N=70)	0,947*
Escolaridade do principal cuidador (N=70)	0,945*
Escolaridade do segundo principal cuidador (N=70)	0,366*
Gravidez planejada (N=70)	0,245**
Tipo de alimentação (N=70)	0,425****
Interesse pela entrega da TE (N=35)	0,518**
Ter realizado a leitura da TE (N=35)	0,274**
Ter relatado gostar da TE (N=35)	0,663**
Ter relatado buscar informações na TE (N=35)	0,428**
Ter falado espontaneamente sobre a TE (N=35)	0,567**
Ter relatado se preparar para a chegada do bebê (N=70)	0,362**
Realizar leitura sobre a gestação como um preparo (N=70)	0,785**
Realizar alterações no ambiente como um preparo (N=70)	0,421**
Relatos positivos sobre cuidados com o bebê (N=70)	0,149**
Relatos negativos em relação aos cuidados com o bebê (N=70)	0,677**
Participar de grupos de pessoas que falam sobre cuidados com bebês (N=70)	0,902**
Relatar terem rede de apoio para o cuidado do bebê (N=70)	0,257**

Fonte: A autora

*Spearman's rank correlation rho

**Wilcoxon-Mann-Whitney test

***Two Sample t-test

****Kruskal-Wallis rank sum test

*****One-way ANOVA

*****Brunner-Munzel test

*****Welch Two Sample t-test

Tabela 10 - Variáveis ambientais e familiares que não influenciaram na subescala Oportunidade de Variação na Estimulação Diária. São Paulo, 2019.

Variáveis Familiares e Ambientais	p valor
Número de consultas de pré-natal (N=70)	0,390*
Número de irmãos (N=70)	0,113*
Horas de sono materno (N=70)	0,228*
Escolaridade do principal cuidador (N=70)	0,365*
Escolaridade do segundo principal cuidador (N=70)	0,510*
Gravidez planejada (N=70)	0,682**
Tipo de Alimentação (N=70)	0,881****
Ter realizado a leitura da TE (N=35)	0,072**
Ter relatado gostar da TE (N=35)	0,216**
Ter relatado buscar informações na TE (N=35)	0,391**
Ter falado espontaneamente sobre a TE (N=35)	0,399**
Ter um segundo principal cuidador (N=70)	0,219****
Realizar leitura sobre a gestação como um preparo (N=70)	0,629**
Realizar leitura sobre DI ou cuidados com bebê como um preparo (N=70)	0,725**
Realizar curso de gestantes como um preparo (N=70)	0,992**
Realizar algum tipo de preparo para a chegada do lactente (N=70)	0,052**
Realizar alterações no ambiente como um preparo (N=70)	0,938*****
Relatos positivos sobre cuidados com o bebê (N=70)	0,659**
Relatos negativos em relação aos cuidados com o bebê (N=70)	0,461**
Utilizar UBS como recursos da comunidade no cuidado com o bebê (N=70)	0,555**
Participar de grupos de pessoas que falam sobre cuidados com bebês (N=70)	0,827**
Relatar terem rede de apoio para o cuidado do bebê (N=70)	0,132**
Realizar atividades de lazer com o bebê (N=70)	0,406**

Fonte: A autora

*Spearman's rank correlation rho

**Wilcoxon-Mann-Whitney test

***Two Sample t-test

****Kruskal-Wallis rank sum test

*****One-way ANOVA

*****Brunner-Munzel test

*****Welch Two Sample t-test

Tabela 11 - Variáveis ambientais e familiares que não influenciaram escore total do IT-HOME. São Paulo, 2019.

Variáveis Familiares e Ambientais	p valor
Número de consultas de pré-natal (N=70)	0,634*
Horas de sono materno (N=70)	0,174*
Escolaridade do principal cuidador (N=70)	0,533*
Escolaridade do segundo principal cuidador (N=70)	0,439*
Gravidez planejada (N=70)	0,314**
Interesse pela entrega da TE (N=70)	0,768***
Ter realizado a leitura da TE (N=35)	0,616***
Ter relatado gostar da TE (N=35)	0,666***
Ter relatado buscar informações na TE (N=35)	0,275***
Ter falado espontaneamente sobre a TE (N=35)	0,857*****
Ter um segundo principal cuidador (N=70)	0,131*****
Tipo de alimentação	0,801*****
Ter relatado se preparar para a chegada do bebê (N=70)	0,130***
Realizar leitura sobre a gestação como um preparo (N=70)	0,818***
Realizar curso de gestantes como um preparo (N=70)	0,053
Realizar alterações no ambiente como um preparo (N=70)	0,522***
Relatos positivos sobre cuidados com o bebê (N=70)	0,007
Relatos negativos em relação aos cuidados com o bebê (N=70)	0,276***
Participar de grupos de pessoas que falam sobre cuidados com bebês (N=70)	0,807***
Relatar terem rede de apoio para o cuidado do bebê (N=70)	0,169***

Fonte: A autora

*Spearman's rank correlation rho

**Wilcoxon-Mann-Whitney test

***Two Sample t-test

****Kruskal-Wallis rank sum test

*****One-way ANOVA

*****Brunner-Munzel test

*****Welch Two Sample t-test

ANEXOS

ANEXO 1 - HISTÓRIA DE SOFIA - BATALHAS E CONQUISTAS DA FAMÍLIA NO CUIDADO E DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA PREMATURA

<p>História de Sofia</p> <p>Batalhas e Conquistas da família no cuidado e desenvolvimento da CRIANÇA PREMATURA</p> <p>Rayla Amaral Lemos Maria de La Ó Ramallo Veríssimo</p>	<p>Rayla Amaral Lemos Maria de La Ó Ramallo Veríssimo</p> <p>História de Sofia</p> <p>Batalhas e Conquistas da família no cuidado e desenvolvimento da criança prematura</p> <p>1ª edição São Paulo – SP Richard Veiga 2016</p>
<p>© Copyright 2016 Rayla Amaral Lemos Maria de La Ó Ramallo Veríssimo Todos os direitos reservados às autoras.</p> <p>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)</p> <p>LEMOS, Rayla Amaral História de Sofia: batalhas e conquistas da família no cuidado e desenvolvimento da criança prematura / Rayla Amaral Lemos, Maria de La Ó Ramallo Veríssimo. – 1ª ed. – São Paulo: Richard Veiga, 2016. 68 p. (56: livro, 12: encarte) 14 x 21 cm. ISBN 978-85-916001-7-5 1. Educação em Saúde. 2. Prematuro. 3. Desenvolvimento infantil. 4. Atividades de vida diária. I. Lemos, Rayla Amaral. II. Veríssimo, Maria de La Ó Ramallo. III. Título. CDD-610</p> <p>Índice para catálogo sistemático: 1. Educação em Saúde: Prematuro 610</p> <p> Edição RV Editorial site: richardveiga.com e-mail: designer@richardveiga.com Tel.: (11) 2702-0997 / (11) 98231-6470</p>	<p>Ficha técnica</p> <p>Este material foi produzido na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP) com o apoio das instituições coparticipantes Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora e Departamento de Saúde da Criança e do Adolescente da Prefeitura de Juiz de Fora.</p> <p>Contou com o apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP.</p> <p>É destinado às famílias de crianças nascidas prematuras e aos profissionais que atuam no cuidado destas crianças e famílias. Seu objetivo é colaborar na promoção do desenvolvimento infantil, por meio do acesso a informações educativas, sistematizadas e de qualidade.</p> <p>Elaboração</p> <p>Rayla Amaral Lemos. Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Coletiva. Professora da Faculdade de Fisioterapia da Universidade Federal de Juiz de Fora. Doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado em Saúde e Promoção do Desenvolvimento Infantil-GRUCRIA.</p> <p>Maria de La Ó Ramallo Veríssimo. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP. Coordenadora do Grupo de Pesquisa Cuidado em Saúde e Promoção do Desenvolvimento Infantil – GRUCRIA.</p> <p>3</p>

Validação

Profissionais de várias localidades do Brasil e famílias que viveram a experiência de ter uma criança nascida prematura, a quem agradecemos a importante colaboração.

São Paulo, 2016.

Revisão

Rayla Amaral Lemos
Maria de La Ó Ramallo Veríssimo

Ilustrações

Ricardo Pavani

Projeto gráfico e diagramação

Richard Veiga

Catálogo na publicação

Shill Pettian – CRB-8/6707

4

Apresentação

*"toda criança precisa de pelo menos
uma pessoa que é irracionalmente
louca por ele ou ela"*

(Urie Bronfenbrenner)

Este é um livro que fala de afeto, porque fala das relações humanas, os Processos que são o motor do desenvolvimento de cada pessoa. Também fala de esperança, porque sublinha que nascer prematuro não é uma sentença ou um destino, mostrando que os Processos vivenciados nos Contextos favoráveis mobilizam o desenvolvimento da criança para que ela alcance seu potencial. E este é o caminho para a construção da humanidade e de um mundo melhor, pois, investir no desenvolvimento da criança é investir no ser humano e em tudo o que o cerca, dadas suas interações recíprocas no mundo.

Este material surgiu da motivação das autoras, gerada pela percepção do sentimento de desamparo devido a pouca informação quanto ao desenvolvimento e cuidado da criança após a alta do hospital relatado pelas famílias que viveram a experiência de um bebê prematuro. Também porque se constatou a escassez de registros da literatura científica e de materiais educativos para esse público, voltados à promoção do desenvolvimento funcional das crianças nessa condição. Assim, seu foco é o fortalecimento das famílias para o cuidado promotor do desenvolvimento das crianças nascidas prematuras.

História "de Sofia" (do grego sophia, que significa "sabedoria"), e não, "da Sofia", porque é a história da Camila, do João, da Emanuele, do Thiago, da Isabelle e de todas as crianças e famílias que podem se identificar com este material. Ele foi produzido de forma participativa, com famílias e profissionais, buscando amplitude de alcance. Batalhas e Conquistas é o nome escolhido pelas famílias, porque identificam em suas trajetórias os conceitos que estas palavras expressam.

5

O material tem foco específico no desenvolvimento funcional e nos primeiros anos de vida, e não esgota e nem pretende reunir todas as informações importantes e necessárias à promoção do desenvolvimento da criança prematura. Mas visa ser uma ferramenta de apoio para as famílias, bem como profissionais e serviços que as assistem.

O material apresenta, ao longo da história, orientações para o cuidado e promoção do desenvolvimento da criança. Traz, também, um encarte descrevendo as habilidades funcionais esperadas no período dos zero aos 3 anos e meio. Está disponível, para leitura e impressão, na página da Escola de Enfermagem, no endereço <http://www.ee.usp.br/publicacoes/index.asp>

Nosso agradecimento a todos os participantes do processo de validação, às instituições coparticipantes (HU-Ufjf e DSCA-PJF) e à FAPESP pelo apoio financeiro.

Boa leitura! Que a interação com este livro mobilize o seu desenvolvimento!

Rayla Amaral Lemos

Fisioterapeuta.

Professora da Faculdade de Fisioterapia da
Universidade Federal de Juiz de Fora.

Doutoranda do Curso de Pós-Graduação em
Enfermagem da Escola de Enfermagem da USP.

Membro do Grupo de Pesquisa Cuidado em Saúde e
Promoção do Desenvolvimento Infantil-GRUCRIA.

6

Sumário

1. Começando a História	9
2. Sentimentos e preocupações da família: Visitando a cabeça e o coração dos pais	12
3. Compartilhando experiências e primeiros aprendizados de quem cuida	16
4. Uma conversa sobre o incrível mundo do Desenvolvimento – orientações para o cuidado	21
5. Outra conversa: Pessoas e Contextos importantes	28
6. Apoio dos Profissionais da saúde e Acompanhamento do desenvolvimento: Mais orientações práticas	33
7. Alerta Vermelho! Sinais no Desenvolvimento do Bebê que devem ser comunicados aos profissionais que acompanham a criança	40
8. Direitos que favorecem o desenvolvimento da criança	44
9. Compartilhando Histórias	47
10. Contando a nossa História	50
11. Lista de serviços e telefones úteis	51
12. Bibliografia	52
Quadro. Ordem do desenvolvimento das habilidades funcionais	57

7

1. Começando a História

Olá! Eu sou a Sofia!
 E esta é a minha **família**...
 Eu **nasci prematura**, e, por isso, vivemos juntos muitas batalhas e conquistas, desde meu nascimento.

9

Demorei a ir para casa e depois começamos uma longa história cheia de experiências que queremos compartilhar com você neste pequeno livro. Você topa?

Pode ser que a sua família seja pequena, formada apenas pela criança e sua mãe ou o seu pai. Ou maior, com uma ou mais crianças, a mamãe, o papai, a vovó e outras pessoas que vivem juntas.

Não importa como seja a sua família, o importante é **que, quando vivemos situações parecidas, podemos compartilhar nossa experiência e ela pode ser útil para famílias diferentes!**

Cole aqui a foto ou faça um desenho da sua família e escreva o nome de cada um:

10

Eu nasci num dia de chuva e cheguei de surpresa para os meus pais, que me esperavam para 10 semanas depois. Foi um dia difícil para todos.

Minha mãe disse que eu **nasci bem pequena** e fui logo para a incubadora. Usei uns tubos que me ajudavam a respirar e a me alimentar por algumas semanas, tomei banho de luz e fiz muitos exames.

A minha mãe sempre conta que ia ao **hospital** me ver **todos os dias**, mas que **sentia muito medo** de me perder. Toda vez que ela ia embora, ficava com um **aperto no peito** e **ficava lembrando-se de mim**, naquele lugar estranho com outras pessoas me cuidando.

11

2. Sentimentos e preocupações da família: Visitando a cabeça e o coração dos pais

Agora é a minha mãe Lúcia quem vai falar com vocês.

Não levar a Sofia para casa me deixou **ansiosa**. Pensei até que estava doente.

... Eu me sentia muito cansada, com sensação de fraqueza, dores de cabeça e problemas de estômago. Não conseguia terminar as tarefas de casa e conversar com a família e amigos, falar sobre a Sofia. Pensei que estava com depressão!

Mas hoje sei que todas as famílias que têm filhos que nascem prematuros se sentem assim como eu me sentia! **E sei também que podemos procurar ajuda.**

Procurar ajuda dos profissionais de saúde e falar com a família destes sentimentos e sensações é o melhor nessa situação. Eu não sabia disso e tinha medo, vergonha e dificuldade de falar que estava me sentindo assim.

12

Então falei com a psicóloga do hospital. A enfermeira também me ajudou muito. Além de me ouvirem e explicarem o que estava acontecendo com a Sofia, estimularam a conversar com as outras famílias que estavam com suas crianças internadas e compartilhar nossos sentimentos. Esta troca nos fortaleceu.

Eu me lembro que o dia da alta do hospital foi o mais feliz.

13

Mesmo assim, quando a Sofia **foi para casa** eu ainda me sentia **insegura e despreparada**, e **meu companheiro também**. **Continuei estressada e ansiosa**. Nós **pensávamos que éramos incapazes** de cuidar dela, **não recebemos muitas informações** da equipe do hospital sobre o que fazer em casa.

A gente ficava pensando: "como ela é pequenininha!", "será que consigo segurar e brincar com ela?!" "**Como vou cuidar desta criança tão frágil?**".

Como será o desenvolvimento dela? Podem ocorrer deficiências ou atrasos?

E os tratamentos que ela recebeu podem causar efeitos colaterais? Como será a saúde dela?

Em casa, eu tinha meu companheiro que também queria cuidar da Sofia.

Nós tentávamos **fazer tudo igual na UTI**, os mesmos horários para tudo.

14

Às vezes **não concordávamos sobre a melhor forma de cuidar**. Discutíamos entre nós e entre outros membros da família, cada um falava uma coisa. Era difícil tomar decisões e resolver problemas juntos, nem sempre sabíamos como nos apoiar.

Ficávamos ainda mais nervosos e inseguros quando as pessoas vinham falar da Sofia. Se espantavam com o tamanho e falavam que era pequena demais. Davam dicas de como cuidar e fazer ela se desenvolver.

Estes palpites foram uma influência negativa para nós, porque parecia que todo mundo sabia mais do que a gente.

Tudo isto gerava uma grande expectativa sobre o desenvolvimento dela. **Queríamos que aprendesse tudo, bem rápido, e a gente comparava o desenvolvimento** com o de outras crianças da mesma idade.

E ficamos muito **superprotetores**, cheio de coisinha com ela, de tudo limpinho, de limitar as atividades. Protegendo demais.

15

3. Compartilhando experiências e primeiros aprendizados de quem cuida

Aos poucos, com a ajuda de outros pais que viveram a mesma experiência e com os profissionais de saúde, nós aprendemos algumas coisas, que vamos compartilhar:

1.

Não precisamos repetir o cuidado igual ao da UTI. É bom para nossa criança sentir que está em sua casa e **criar a nossa rotina**.

O mais importante é amar a criança! Interagir, observar e conhecer o seu jeito. Estar sempre presente! O afeto é uma das principais forças para a criança desenvolver!

16

2.

É importante enfrentar as dificuldades juntos! Conversar sobre o que sentimos e nossas dificuldades, ouvindo com atenção, sem criticar um ao outro, isto fortalece a nossa família.

Uma boa conversa pode aliviar o coração das ansiedades!

E quando o pai ou a mãe cuida sozinho, é importante contar com apoio de outras pessoas amigas, pois criar um bebê é uma tarefa muito exigente!

3.

Quando os palpites de outras pessoas nos incomodam, é bom **conversar e consultar** os profissionais que atendem nossa criança falando tudo o que nos preocupa. Também ajuda **olhar materiais confiáveis** que os profissionais e cuidadores mais experientes possam nos indicar, como livros ou páginas da internet. Veja alguns na bibliografia deste material.

É preciso ouvir as pessoas certas!

17

4.

Cada criança tem o seu ritmo! **Não devemos comparar o desenvolvimento.** Nem mesmo com os irmãos! **Nascidos prematuros podem ter um ritmo diferente.** Por isto as consultas de acompanhamento são importantes para saber o que esperar e como ajudar o desenvolvimento da sua criança.

Na consulta de acompanhamento aprendemos algo muito importante que é a **Idade corrigida**! Você sabe o que é isto? Nos explicaram assim:

Ser prematuro significa ter nascido antes das semanas esperadas de gestação. Ou seja, a criança nasceu antes do tempo esperado, precisava ficar um pouco mais de tempo no útero para que seus órgãos estivessem mais amadurecidos para a vida aqui fora.

18

O tempo normal da gravidez é de 40 a 42 semanas e, **se nascer antes de completar pelo menos 37 semanas, ela é considerada prematura.** Isso quer dizer que ela tem algumas características diferentes das crianças que nascem no tempo certo.

Por isto, nos documentos que você recebeu na alta deve ter a informação: **Idade Gestacional** ou **IG**, que significa a quantidade de semanas de gravidez.

Quando a criança nasce antes do tempo certo, os profissionais de saúde contam a idade dela de um jeito diferente até ela completar dois anos de idade. Eles descontam o tempo que faltou para completar na gravidez da idade atual dela.

Por exemplo, se o bebê nasceu com Idade Gestacional de 30 semanas, eles contam que ele nasceu dez semanas antes do tempo certo, que seria de pelo menos 40 semanas. Assim descontam 10 semanas da idade quando vão avaliar como está o crescimento e o desenvolvimento dela:

Como isto é feito?

Tempo certo de gravidez

menos a

Idade Gestacional

é igual ao

Tempo que precisa descontar

40 semanas – 30 semanas = 10 semanas

19

Assim, se hoje o bebê estiver com três meses de idade, a Idade Corrigida dele será:

$$12 \text{ semanas (ou três meses)} - 10 \text{ semanas} = 2 \text{ semanas}$$

Ou seja, a criança será avaliada como tendo apenas 2 semanas de idade, ou 15 dias! E não três meses!

É por isto que não podemos comparar o desenvolvimento de uma criança nascida prematura com uma criança de três meses que **não** nasceu prematura:

Pois na verdade, é como se elas tivessem idades diferentes!

Mas, atenção! **A idade real da criança continua valendo para outras coisas, como a vacinação, por exemplo!**

Vamos calcular a Idade Corrigida de Sua criança?

Depois dessa explicação cheia de matemática, o que nós aprendemos também é que essa Idade Corrigida é mais importante para os profissionais que acompanham o desenvolvimento. Para nós, a família, o mais importante é perceber como a criança está evoluindo, como faz progressos a cada semana!

20

Mesmo ainda muito pequena, a criança pode participar destas atividades, que são essenciais para o desenvolvimento!

Crianças que nascem prematuras podem dormir por grande período de tempo nas primeiras semanas e meses de vida. Assim, é preciso aproveitar os momentos de alimentação e higiene para interagir com elas.

A própria criança mostra quais atividades e quanto tempo de interação devemos oferecer. É importante ir observando as reações dela durante as atividades: se está tranquila, se acompanha com os olhos e presta atenção.

22

4. Uma conversa sobre o incrível mundo do Desenvolvimento – orientações para o cuidado

Nas consultas de acompanhamento da Sofia aprendemos muitas coisas importantes para nossa vida:

Apesar da aparência frágil, do tamanho pequeno e das diferenças, a criança prematura tem muitos recursos e forças para desenvolver!

E nós, pais e familiares, com apoio e algumas dicas úteis ficaremos seguros para cuidar dela!

A primeira coisa é não ter medo de interagir com ela. Podemos estimular seu desenvolvimento: Com toques como massagem, conversas durante todo o tempo do cuidado, brincadeiras e brinquedos apropriados para cada idade, movimento e mudança de postura, leitura de histórias infantis, música, convívio com outras crianças e adultos.

21

A criança pode se interessar por muitos objetos domésticos e brinquedos produzidos em casa. Que precisam ser seguros para brincar e estar sempre limpos.

Os bebês adoram objetos coloridos e com som, como chocalhos e brinquedos macios de borracha.

À medida que vão crescendo se interessam por objetos de encaixar ou que fazem barulho ao apertar alguma parte, bolas, bonecas e jogos.

A brincadeira com a família é fundamental. Além de deixar a criança livre no espaço seguro e adequado para descobrir o mundo!

Aprendemos também que, **como ela nasceu prematura, pode apresentar atrasos que, muitas vezes, são temporários, passageiros.** Por isto, o **acompanhamento** com os profissionais de saúde é **muito necessário!** Os profissionais vão verificando a evolução do desenvolvimento e se os atrasos que apareceram já foram superados, ou se a criança precisará de algum atendimento especial.

Uma coisa que achei interessante, é que eu pensava que se ela estivesse engordando e crescendo era sinal de que estava tudo certo. Mas não é só isto!

23

Existem outros sinais importantes, como o aprendizado de habilidades.

A Sofia é acompanhada por profissionais da saúde e da creche. **Juntos, nós vamos percebendo o desenvolvimento e o aprendizado das habilidades, e isto traz alívio para nós!**

Você percebe sua criança aprendendo?

Conversem sobre algumas habilidades que vocês juntos perceberam que sua criança aprendeu nas últimas semanas. Vocês podem registrar essas atividades na caderneta de saúde.

24

Aprendi que o contato diário com a família é importante para o desenvolvimento.

Durante as atividades que nós realizamos juntos, na hora da alimentação, da troca de fraldas, do banho, de ficar com ela no colo, e nas brincadeiras, ela está aprendendo habilidades, aprendendo a pensar, a interagir com as pessoas. E está percebendo que é uma pessoa no mundo!

25

Veja quantas coisas ela aprende!

Às vezes, pensamos que podemos ensinar apenas as habilidades motoras como sentar, andar, correr, comer.

Mas, interagindo com a criança, estamos ajudando que aprenda muitas coisas como:

26

Observando a Sofia, nós aprendemos a entender suas necessidades.

A maneira como as crianças reagem aos cuidados nos ajudam a conhecê-las e perceber como são **ativas** no desenvolvimento.

27

5. Outra conversa: Pessoas e Contextos importantes

O estímulo do desenvolvimento acontece o tempo todo, principalmente quando criamos ambientes desafiadores que estimulam a criança a aprender!

Nesses ambientes tem:

- ✓ Variedade de brinquedos e brincadeiras, mesmo os produzidos pela própria família, objetos domésticos seguros para ela mexer e explorar
- ✓ Espaço seguro e amplo para a criança se mover e criar brincadeiras
- ✓ Respeito ao tempo suficiente para a criança exercitar suas brincadeiras

28

- ✓ Liberdade para a criança praticar as habilidades no seu ritmo e do seu jeito, isto é, sem apressá-la nem querer estabelecer a forma certa de brincar
- ✓ Oportunidade para a criança brincar com outras crianças e escolher seus brinquedos
- ✓ Uma família que estimula as brincadeiras, é compreensiva e oferece segurança
- ✓ Vestimentas que facilitam o movimento
- ✓ Limites e disciplina na hora certa, sem violência, para ela saber o que pode fazer, e o que não pode fazer

Como nós precisamos ficar fora uma parte do dia para trabalhar, escolhemos uma boa creche para a Sofia: olhamos se tinham educadoras suficientes para a quantidade de crianças e se elas eram atenciosas às necessidades delas, e se tinha espaços diferentes e amplos para as brincadeiras.

Porque a creche precisa ser também um ambiente desafiador e estimulador para o desenvolvimento, além de um espaço em que podemos ficar seguros em deixar nossa criança.

29

Outras pessoas importantes que nos apoiam e ajudam no cuidado da nossa criança são os avós.

Quando as vovós e vovôs são presentes, amorosos e disponíveis, eles formam para nós uma rede de suporte poderosa.

Quando nossas crianças estão internadas e também nos primeiros meses em casa, nosso cuidado fica em segundo plano. Então os avós podem ser pessoas que nos ajudam a cuidar de nós e de nossos filhos.

Não podemos esquecer que os pais precisam de tempo juntos sozinhos, e as mães e pais solteiros também têm necessidade de serem amados e apoiados. Nesta hora, é bom contar com outros membros da família e amigos.

30

Ainda demos sorte de ter uma vizinha mãe de criança prematura que compartilhou muitas experiências com a gente. E isto foi muito importante para nós! Porque percebemos que muitos desafios dela eram parecidos com os nossos.

Ela nos contou que também teve uma rede de apoio com sua família, amigos e outras famílias que tiveram uma criança prematura. No final deste livro, colocamos a história de algumas famílias, pois cada família tem suas experiências. E incluímos também espaço para vocês anotarem o endereço e o telefone de outras famílias que conhecerem e que podem ser parceiros nos momentos em que quiserem compartilhar suas preocupações e alegrias.

31

Quem são as pessoas que ajudam
no cuidado de sua criança?

Nós também temos conversado muito com os profissionais da saúde que acompanham a Sofia. A nossa experiência com estes profissionais e serviços de saúde tem sido positiva. Se você não teve uma experiência positiva, pode procurar outros profissionais com os quais se sinta confiante!

32

6. Apoio dos Profissionais da saúde e Acompanhamento do desenvolvimento: Mais orientações práticas

Ter um serviço ou profissional de referência para o acompanhamento é muito importante e pode evitar alguns problemas na saúde e no desenvolvimento da criança.

As crianças que nasceram prematuras podem precisar de mais atendimentos no serviço de saúde. Também podem precisar de atendimentos com fisioterapeutas, que ajudam a estimular o desenvolvimento de habilidades e movimentos, fonoaudiólogos que orientam a estimulação da alimentação e da linguagem, e com outros profissionais especializados.

33

Às vezes, precisam até ficar internadas de novo. Nesse momento, podem voltar aqueles sentimentos dos primeiros dias em que a criança estava na UTI. Isto é comum entre os pais. Mas uma criança que tem um bom acompanhamento e que é atendida rapidamente quando não está bem, tem mais chances de continuar sua vida de forma saudável.

Quais profissionais acompanham sua criança?

Os profissionais de saúde têm nos ajudado a perceber o desenvolvimento da nossa criança e nossa parceria tem nos guiado no cuidado dela.

34

Temos aprendido que a **criança prematura pode demorar um pouco mais a aprender as habilidades do dia a dia**, necessárias para seu autocuidado, para a sua movimentação e para as habilidades sociais.

Mas também aprendemos que, se dermos a assistência adequada, ensinando e permitindo que ela vá realizando as atividades no seu ritmo, sem fazer por ela o que ela já consegue fazer, poderemos estimular seu desenvolvimento para que seja cada vez mais independente e não tenha dificuldades no futuro.

Agora vamos apresentar a vocês a Marília, uma das profissionais de saúde que acompanha a Sofia e tem nos ajudado a olhar o aprendizado dela.

Vocês são as pessoas mais importantes na vida da criança! São os principais responsáveis para que ela cresça feliz e com bom desenvolvimento. Mas, nós queremos ser parceiros de vocês nesta caminhada!

35

Às vezes, a família fica ansiosa para ver os progressos da criança. Ver o desenvolvimento é muito importante, mas a ansiedade pode gerar pressão desnecessária.

Às vezes, examinamos as crianças e percebemos que estão demorando demais para fazer alguma atividade sozinhas. Em muitos casos, observamos que **as famílias estão ajudando muito ou até fazendo as atividades por elas**, porque acham que precisam desta ajuda. Isso pode limitar seu aprendizado e independência!

A família precisa estar disponível, apoiar, mas sem tomar o controle, sem fazer as coisas pela criança.

36

Para ajudar a observar se o desenvolvimento está indo bem, é importante saber que **existe uma sequência de habilidades que elas vão aprendendo ao longo do tempo e também alguns sinais aos quais precisamos ficar atentos no desenvolvimento delas**.

Podemos perceber o desenvolvimento como uma sequência de mudanças, mas também de coisas que não mudam, foram aprendidas, habilidades conquistadas.

O desenvolvimento engloba várias áreas, mas uma forma de perceber todas integradas e como estão evoluindo é acompanhar as capacidades que as crianças vão mostrando durante a realização das atividades do dia a dia, que nós profissionais de saúde, chamamos de **habilidades funcionais**.

Os quadros das habilidades funcionais, que estão a partir da página 57, mostram uma sequência de aprendizado destas habilidades do dia a dia, e que a criança vai adquirindo uma após a outra, dos primeiros meses até por volta dos 3 anos de idade.

Você pode anotar a idade de sua criança quando ela conseguir cada habilidade, ou escolher uma cor e ir pintando as habilidades que ela já tem nos quadros, e aos poucos ir preenchendo com outras cores as novas habilidades que ela for adquirindo...

Assim, a família pode ir acompanhando o desenvolvimento da criança, saber o que esperar dela e aspectos que podem ser estimulados em cada idade.

37

Você pode estimular cada uma destas habilidades, mostrando-as à criança, com paciência, e entendendo que ela precisa de tempo e repetição para aprender. É comum ela repetir uma ação e prestar atenção no que acontece: ela faz isto porque está aprendendo sobre os efeitos das ações que ela faz, através da observação.

38

Repita quantas vezes for necessário e valorize com elogios os progressos! É comum a criança não conseguir realizar uma atividade da primeira vez, **deve sempre ter novas oportunidades**, outras chances.

As crianças precisam de uma **grande variedade de experiências**: tempo com a família, com os amigos, com os brinquedos e jogos, divertimentos programados, e muitas horas de liberdade para fazerem o que quiserem fazer!

39

7. Alerta Vermelho!
Sinais no Desenvolvimento do Bebê que
devem ser comunicados aos profissionais
que acompanham a criança

No desenvolvimento infantil, existem variações da normalidade, que não são deficiências!

Mas precisamos ficar atentos para saber diferenciar uma variação normal de um prejuízo, atraso ou alteração no desenvolvimento!

Mesmo que a criança nascida prematura saia do hospital saudável e sem sinais de prejuízo no desenvolvimento, ela precisa ser acompanhada por profissionais e observada pela família. Isto é importante porque algumas dificuldades podem aparecer mais tarde e também para não se perder o momento ideal para ajudar o desenvolvimento.

Existem momentos especiais no desenvolvimento das crianças, em que elas respondem melhor aos estímulos. Principalmente antes dos três anos de idade, os estímulos favorecem a formação de ligações específicas no sistema nervoso que são essenciais para o desenvolvimento.

40

Existem alguns sinais e posturas que devemos
prestar a atenção e comunicar aos profissionais.

Podemos perceber estes sinais observando, brincando e cuidando da criança no dia a dia.

Criança fica muito quieta,
apática, mesmo quando
brincam com ela

ou Criança muito agitada que
chora sem parar, mesmo
quando é consolada

Dificuldade de
movimentar a criança,
trocar fraldas, corpo
rigido, criança em posição
fixa... o tempo todo

ou Criança muito "molinha",
flácida, coxas e pernas
na postura de rã
(muito abertas,
apoiadas na cama)

41

Responde de forma muito
intensa, com choro e
desconforto aos estímulos
luminosos e sonoros.

ou Responde de forma muito
fraca ou não responde
aos estímulos luminosos e
sonoros.

Quando levantada e
segurada pelas axilas
estica muito as perninhas
e fica na ponta dos pés.

ou Quando levantada e
segurada pelas axilas
quase não mexe, fica com
a cabeça pendente, não
estica e nem põe peso nas
perninhas.

42

- Tem preferência em permanecer fixa na mesma posição por alguns minutos sem movimentar o corpo ou parte dele (pernas/braços), mesmo quando é estimulada.
- Um lado do corpo parece mais ativo, movimentado mais, parece mais forte que o outro lado (ASSIMETRIA).
- Quando colocada de barriga para baixo não vira a cabecinha para deixar o nariz livre para respirar
- Fica com a mão muito fechada e com o polegar dentro da palma da mão.
- Tende a permanecer com a mão fechada mesmo quando é estimulada com brinquedos para abrir.

Se houver qualquer dúvida em relação a estes sinais de alerta ou outros comportamentos ou situações que preocupem você, converse com os profissionais de saúde que acompanham sua criança. Não tenha medo ou vergonha! Ficar com dúvidas na cabeça traz muita ansiedade e pode nos levar a perder um tempo precioso para a criança!

43

8. Direitos que favorecem o desenvolvimento da criança

44

como acessá-los. Assistentes sociais e outros profissionais dos serviços que acompanham as famílias, podem ajudar a esclarecer sobre a legislação e direitos.

Os profissionais também precisam orientar a família sobre o acompanhamento da criança após a alta do hospital. Peça o sumário de alta e a indicação do local de seguimento do prematuro na sua cidade.

Nossa experiência com a Sofia tem nos trazido **muito crescimento** pessoal! E, mesmo com todas as dificuldades que passamos, somos uma família muito feliz!

Esperamos que nossa experiência tenha ajudado a sua família a **olhar a experiência de vocês de forma positiva!**

Em seguida, podemos ver a experiência de algumas famílias e suas crianças...

46

Hoje nós sabemos que o **desenvolvimento** da Sofia e **de todas as crianças depende** também de **um ambiente saudável!** Com espaços de convivência, sem violência e tráfico de drogas, espaços públicos para ela brincar, vizinhança solidária. Precisa de cultura, de lazer, de acesso às coisas que favorecem seu desenvolvimento.

As crianças precisam ser protegidas! E nós, a família, precisamos saber os direitos delas e os nossos, e lutar por eles! Pelas políticas públicas!

Em nosso país, existem leis que protegem os direitos das crianças, como o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA. O ECA garante o alojamento conjunto, ou seja, no caso de a criança ficar internada, a mãe ou outro familiar pode ficar junto em tempo integral.

Isto também garante a realização do Método Canguru, no caso dos bebês prematuros. No Método Canguru, o contato pele a pele favorece o vínculo do cuidador com a criança, sua estabilidade e desenvolvimento.

Há leis específicas que protegem os direitos dos cuidadores para permanecer os primeiros dias e meses com a criança. É importante conhecer estes direitos e buscar informação de

45

9. Compartilhando Histórias

Relatos de famílias que viveram a experiência do nascimento de uma criança prematura

História de Camila

Devido à pré-eclâmpsia, a Camila nasceu de 32 semanas e já chegou rompendo com todas as minhas “certezas”, tanto sobre maternidade como sobre gestação. E assim, nasceu uma “mãe de bebê prematuro”. Junto a isso, vieram os medos (de perda, dos cuidados, do novo), a angústia pela saúde e o pânico das possíveis sequelas. Vivemos 51 dias entre as idas e vindas diárias à UTIN, várias intercorrências, tubo, oxigênio, antibióticos, exames, abraços, novos amigos, lágrimas doces e amargas, altos e baixos. Depois, veio a alta. Um renascimento. Agora sim: “cuida que o filho é seu!” Tudo novo, de novo! Mamadeira, banho, remédio, rotina, sono, fisioterapia, consultas, acompanhamento. Hoje ela está com 4 meses e uma fofura. O caminho não é fácil. Ainda bem que posso contar com a ajuda de toda a família. Vamos seguindo com fé, paciência, parceria e principalmente amor! Nada de futuro, um dia de cada vez!!

(Relato escrito pela Mãe Maria Clara, autorizado para publicação)

História de Emanuele

Um pouco da minha história. No início, eu não tinha me adaptado ao fato de ela ter nascido prematura. Eu me assustei, fiquei com depressão e perdi o leite materno. Ela foi amamentada somente uma semana, depois o leite secou e

47

(Relato escrito pela Mãe Adriele, autorizado para publicação)

Somos Geizimara e Jorge, pais da super Isabelle. Ela é super linda, super inteligente, super esperta. Isto porque nasceu de 29 semanas, com 38 cm e 1.070 gramas. Já nasceu guerreira, mesmo deste tamanho, e chorando como um bebê grande. Do nascimento em diante, foram dias de angústia sem saber o futuro da minha filha. Isabelle só pôde vir para o meu colo com quase 2 meses porque não respirava sem ajuda de oxigênio e não podia sair da incubadora. Sofreu com uma infecção hospitalar, justo quando achávamos que já poderia respirar sozinha. Mas graças a Deus tudo correu bem. Isabelle nasceu dia 05/02/13 e teve alta dia 10/04/13, o dia mais feliz de nossas vidas.

(Relato escrito pela Mãe Geizimara, autorizado para publicação)

Olá, eu sou a Aline, mãe do Thiago Mateus. Ele nasceu de 34 semanas devido ao meu quadro de pré-eclâmpsia. Graças a Deus ele nasceu saudável e ficou apenas 15 dias na UTIN para ganhar de peso. O Thiago na minha vida e da minha família foi uma bênção. A gente vivia comparando o

48

(Relato escrito pela Mãe Aline, autorizado para publicação)

Minha gravidez foi de alto risco, pois tinha miomas que geravam muitos sangramentos e me obrigaram a permanecer em repouso ao longo da gestação. Depois de 7 meses, a Maria precisou ser retirada. Ela nasceu com um sopro no coração e precisou ficar na UTI. Eu também fiquei internada. Mas tudo correu bem. Tivemos ela juntas. Hoje Maria Vitória se encontra com 2 anos e é perfeita! Graças a Deus somos uma família feliz!

(Relato escrito pela Mãe Elizabete, autorizado para publicação)

49

10. Contando a nossa História

50

11. Lista de serviços e telefones úteis

51

12. Bibliografia

Outros materiais que podem ajudar no cuidado da criança:

Cartilha Cuidados do Bebê prematuro: Orientações para a família: <http://www2.eerp.usp.br/site/grupos/gpecca/objetos/LivroPrematuro2012.pdf>

Estatuto da criança e do adolescente: http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/lei8069_02.pdf

Associação Brasileira de Pais, Familiares, Amigos e Cuidadores de Bebês Prematuros: <http://prematuidade.com/>

As referências estão apresentadas, a seguir, segundo sua ordem de importância na produção deste material.

- Bronfenbrenner U. Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos. Porto Alegre: Artmed; 2011.
- Brazelton, TB e Greenspan, SI. As necessidades essenciais das crianças. O que toda criança precisa para crescer, aprender e se desenvolver. Artmed: 2002.
- Lemos, RA, Verissimo, MLOR. Desenvolvimento de crianças nascidas prematuras: a compreensão dos cuidadores à luz da Teoria Bioecológica. Rev Esc Enferm USP. 2015; 49(6):898-906.
- Lemos, RA, Verissimo, MLOR. Desenvolvimento funcional de crianças nascidas prematuras: revisão integrativa da Literatura. Fisioterapia em Movimento. 2016; 3 (no prelo).
- Lemos RA, Fronio JS, Ribeiro LC, Demarchi R, Silva J, Neves LAT. Functional performance according to gestational age and birth weight of preschool children born premature or with low weight. Rev Bras Cresc Desenvolv Human. 2012;22(1):17-26.

52

- Fonseca LMM, Scochi CGS, Rocha SMM, Leite AM. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. Rev Latino-am Enfermagem. 2004; 12(1):65-75.
- BRASIL. Estatuto da criança e do adolescente: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.
- Verissimo, MLOR et al. O cuidado e as necessidades de saúde da criança. In: Fujimori, E e Ohara, CVS. Enfermagem e a saúde da criança na Atenção Básica. Manole: 2009.
- Sullivan MC, Msall ME. Functional Performance of Preterm Children at Age 4. J Pediatr Nurs. 2007;22(4): 297–309.
- Mancini, M. C. Inventário de Avaliação Pediátrica de Disfunção: versão brasileira. Belo Horizonte: Laboratório de atividade e desenvolvimento infantil, Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Minas Gerais, 2005.
- Papalia DE, Olds SW, Feldman RD. O Mundo da Criança. Da Infância à Adolescência. 11ª Edição McGraw-Hill. 2009.
- Couto FF, Praça NS. Recém-nascido prematuro: suporte materno domiciliar para o cuidado. Rev Bras Enferm. 2012; 65(1): 19-26.
- Pontes GAR, Cantillino A. A influência do nascimento prematuro no vínculo mãe-bebê. J Bras Psiquiatr. 2014; 63(4):290-8.
- Morais AC, Quirino MD, Almeida MS. O cuidado da criança prematura no domicílio. Acta Paul Enferm. 2009; 22(1):24-30.
- Souza NL, Pinheiro-Fernandes AC Clara-Costa IC, Cruz-Enders B, Carvalho JBL, Silva MLC. Domestic maternal experience with preterm newborn children. Rev. salud pública. 2010; 12 (3): 356-367.
- Costa SAF, Ribeiro CA, Borba RIH, Balieiro MMFG. A experiência da família ao interagir com o recém nascido prematuro no domicílio. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2009; 13 (4): 741-49.
- Raffray M, Semenik S, Galeano SO, Marin SCO. Barriers and facilitators to preparing families with premature infants for discharge home from the neonatal unit. Perceptions of health care providers. Invest Educ Enferm. 2014; 32(3): 379-392.

53

- Pilz EML, Schermann LB. Determinantes biológicos e ambientais no desenvolvimento neuropsicomotor em uma amostra de crianças de Canoas/RS. Ciên Saúd Col. 2007;12(1):181-190.
- D'Agostino, JAD. et al. Provider Use of Corrected Age During Health Supervision Visits for Premature Infants. J Pediatr Health Care. 2013;27(3):172-9.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru: manual do curso. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2002; p.11-73. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/Manual_MetodoMaeCanguru.pdf
- Organização Mundial de Saúde. Método mãe canguru: guia prática. Genebra, 2004; p.1-9. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43083/1/9243590359.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Humanizada do Recém Nascido de Baixo Peso: Método Canguru. Manual Técnico, Fundação Orsa. 2. ed. Brasília: Brasília; 2011; p.7-25. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/metodo_canguru_manual_tecnico_2ed.pdf
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Manual do Método Canguru : seguimento compartilhado entre a Atenção Hospitalar e a Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde; 2015. 274 p. : il. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/manual_metodo_canguru_seguimento_compartilhado.pdf
- Evans T, Whittingham K, Sanders M, Colditz P, Boyd RN. Development are parenting interventions effective in improving the relationship between mothers and their preterm infants? Infant Behavior & Development. 2014; 37: 131–154.
- Piccolini O, Porro M, Meazza A, Gianni ML, Rivoli C, Lucco G, Barretta F, Matteo Bonzini, Mosca F. Early exposure to maternal voice: Effects on preterm infants development. Early Human Development. 2014; 90: 287–292.

54

- Winstanley A, Sperotto RG, Putnick DL, Cherian S, Bornstein MH, Gattis M. Consistency of maternal cognitions and principles across the first five months following preterm and term deliveries. Infant Behavior & Development. 2014; 37: 760–771.
- McGowan JE, Alderdice FA, Boylan J, Holmes VA, Jenkins J, Craig S, Perra O, Johnston L. Neonatal intensive care and late preterm infants: Health and family functioning at three years. Early Human Development. 2014; 90: 201–205.
- Howe TH, Sheu CF, Wang TC, Hsu YW. Parenting stress in families with very low birth weight preterm infants in early infancy. Research in Developmental Disabilities. 2014; 35:1748–1756.
- Gray PH, Edwards DM, O'Callaghan MJ, Cuskelly M, Gibbons K. Parenting stress in mothers of very preterm infants — Influence of development, temperament and maternal depression. Early Human Development. 2013; 89: 625–629.
- 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 Pediatric Nursing. 2014; 29:124–131.
- Hall EOC, Kronborg H, Aagaard H, Brinchmann BS. The journey towards motherhood after a very preterm birth: Mothers' experiences in hospital and after home-coming. Journal of Neonatal Nursing. 2013; 19:109e113.
- Gerstein ED, Poehlmann-Tynan J, Clark R. Mother–Child Interactions in the NICU: Relevance and Implications for Later Parenting. Journal of Pediatric Psychology. 2015; 40(1): 33–44.
- Gabis LV, Hacham-Pilosof KOT, Yosef OB et al. The Influence of a Multisensory Intervention for Preterm Infants Provided by Parents, on Developmental Abilities and on parental Stress Levels. J Child Neurology. 2014; 1-8.
- Huhtala M, Korja R, Lehtonen L, Haataja L, Lapinleimu H, Rautava P. Associations between parental psychological well-being and socio-emotional development in 5-year-old preterm children. Early Human Development. 2014; 90: 119–124.

55

Jiang S, Warre R, Qiu X, O'Brien K, Lee SK. Parents as practitioners in preterm care. *Early Human Development*. 2014; 90: 781–785.

McManusa BM, Poehlmann J. Parent–child interaction, maternal depressive symptoms and preterm infant cognitive function. *Infant Behavior & Development*. 2012; 35: 489–498.

Chang HP, Chen JY, Huang YH, Tyan JY, Yeh CJ, Su PH, Chen VCH. Prevalence and Factors Associated with Depressive Symptoms in Mothers with Infants or Toddlers. *Pediatrics and Neonatology*. 2014; 55: 470e479.

Mehler K, Mainusch A, Hucklenbruch-Rother E, Hahn M, Hünsele C, Kribs A. Increased rate of parental postpartum depression and traumatization in moderate and late preterm infants is independent of the infant's motor repertoire. *Early Human Development*. 2014; 90: 797–801.

van der Pal SM, Alpay LL, Steenbrugge GJ, Detmar SB. An Exploration of Parents' Experiences and Empowerment in the Care for Preterm Born Children. *J Child Fam Stud*. 2014; 23:1081–1089.

Suttora C, Spinelli M, Monzani D. From prematurity to parenting stress: The mediating role of perinatal post-traumatic stress disorder. 2013.

Custódio ZAO, Crepaldi MA, Linhares MBM. Redes sociais de apoio no contexto da prematuridade: perspectiva do modelo bioecológico do desenvolvimento humano. *Estudos de Psicologia*. 2014; 31(2): 247-255.

Caskey M, Stephens B, Tucker R, Vohr B. Importance of Parent Talk on the Development of Preterm Infant Vocalizations. *Pediatrics*. 2011; 128(5): e1-e8.

Taubman O, Ben-Ari, Spielman V. Personal Growth Following the First Child's Birth: A Comparison of Parents of Pre- and Full-Term Babies. *Social Work Research*. 2014; 38(2): 91-106.

Whittingham K., Boyd RN., Sanders MR, Colditz P. Parenting and Prematurity: Understanding Parent Experience and Preferences for Support. *J Child Fam Stud*. 2014; 23:1050–1061.

56

ORDEM DO DESENVOLVIMENTO DAS HABILIDADES FUNCIONAIS <small>* Até os 2 anos de idade utilize a idade corrigida (ver p. 17) para acompanhar as habilidades de sua criança.</small>			
Idade	Habilidades de Autocuidado	Habilidades de Mobilidade	Habilidades de Função social
Antes dos 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> Quer se envolver na atividade de alimentação. Chora ou mostra irritação quando está com fome ou com a fralda suja. Para de chorar, mostra satisfação e fica tranquilo quando é alimentado e limpo	<ul style="list-style-type: none"> Controla o tronco e cada vez mais vai deixando as mãos livres para explorar brinquedos e objetos apropriados para sua idade.	<ul style="list-style-type: none"> Começa a mostrar aos pais como reage aos seus cuidados, parecendo feliz e satisfeita quando vê sua pessoa preferida, olhando, sorrindo, fazendo sons ou gestos como levantar os braços. Indica sensações como prazer ou alegria. Vai ficando cada vez mais tempo acordada, mostra atenção visual, sorri para as pessoas que interagem com ela. Olta para cenas do dia a dia com atenção, vira-se em direção aos sons.
6 m a 11 m	<ul style="list-style-type: none"> Come alimento amassado. Come usando os dedos. Segura com firmeza mamadeira e/ou copo com bico ou canudo.	<ul style="list-style-type: none"> Rola, arrasta, gira em torno de si mesma, engatinha no chão. Pode ficar de pé, mas ainda não se equilibra o suficiente para caminhar sozinha.	<ul style="list-style-type: none"> Orienta-se em direção ao som, virando os olhos ou a cabeça para localizar o que escutou. Percebe a presença de outra criança, pode gesticular, fazer sons para os companheiros, quer cumprimentar. Faz gestos apontando para o que quer, estende os braços para ser segurada, faz sons com intenções específicas. Pode engatinhar para um local proibido e ficar esperando por uma reação do cuidador. Responde à presença das pessoas de confiança solicitando que fiquem. Responde à ausência de pessoas desconhecidas solicitando que se afastem.

ORDEM DO DESENVOLVIMENTO DAS HABILIDADES FUNCIONAIS <small>*Até os 2 anos de idade utilize a idade corrigida (ver p. 17) para acompanhar as habilidades de sua criança.</small>			
Idade	Habilidades de Autocuidado	Habilidades de Mobilidade	Habilidades de Função social
1 ano 1 ano e 5 m	<ul style="list-style-type: none"> • Come Alimento moído e granulado • Levanta o copo para beber, mas pode derramar • Leva pente/escova à cabeça aprendendo e praticando os passos desta tarefa. • Estende as mãos para que sejam lavadas • Ajuda a vestir as mangas de roupas estendendo os braços.	<ul style="list-style-type: none"> • Fica sentada na cadeira de adulto segura pelo cuidador • Movimenta-se dentro do carro, por exemplo, entra e sai da cadeirinha, se movimenta do assento até a porta do carro. • Passa de deitado para sentado na cama. • Anda segurando em mobília, parede ou adulto. Movimento em um cômodo sem dificuldade e entre os cômodos da casa com alguma dificuldade • Move objetos pelo chão, empurrando ou puxando um carrinho, por exemplo, e muda de lugar intencionalmente • Carrega objetos pequenos como fantoches e giz de cera usando uma das mãos.	<ul style="list-style-type: none"> • Gesticula, por exemplo, balançando a cabeça para dizer não, aponta para ajudar a achar um brinquedo. • Interage com adulto querendo brincar, olha fixamente, sorri, vocaliza, imita os gestos do adulto com quem está interagindo numa brincadeira. • Manipula com o objetivo específico do objeto, para provocar algum efeito, como empurrar um brinquedo com rodinhas, apertar as teclas de um pianinho. • Pode mostrar desgosto perto de estranhos e medo de separação de seus cuidadores, porque precisa estar segura de que seus pais estarão lá quando ela precisar. • Entende mais do que expressa linguagem, pode usar poucas palavras.
1 ano e 6 m a 1 ano e 11 m	<ul style="list-style-type: none"> • Usa colher, mas deixa cair um pouco de alimento. • Segura escova de dente, mantém a cabeça firme para que os dentes sejam escovados. • Esfrega as mãos para limpá-las lava-las, mas precisa de ajuda para lavar bem toda a mão. • Ajuda a vestir calças.	<ul style="list-style-type: none"> • Entra e sai do chuveiro, abre e fecha a cortina do Box. • Anda sem ajuda. • Movimenta-se entre os cômodos da casa sem dificuldade. • Carrega objetos grandes como uma bola ou quebra-cabeças usando as duas mãos. • Move-se por distâncias de até mais de 10 metros em superfícies planas e niveladas, ou superfícies irregulares e em rampas. • Sobe e desce da calçada. • Arrasta ou engatinha para cima e para baixo mais de 15 degraus. • É totalmente independente para se locomover dentro de casa.	<ul style="list-style-type: none"> • Responde quando dizem "não" para ela, interrompendo a atividade que está realizando. • Quando chamam seu nome, levanta o olhar para a pessoa que chamou. • Reconhece o nome de pessoas da família, ou "mamãe" e "papai". • Compreende 10 palavras, aponta ou olha para pessoas, brinquedos, figuras em livros quando nomeados. • Compreende frases curtas como "Jogue a bola!", "Papai está indo embora, tchau!", "Use palavras isoladas com significado como "mãe", "pai", "tchau", "não". • Interage com outras crianças em uma brincadeira de curta duração espontaneamente, sem planejamento anterior da brincadeira, por exemplo, trombam carrinhos enquanto brinca com seus próprios brinquedos.
ORDEM DO DESENVOLVIMENTO DAS HABILIDADES FUNCIONAIS <small>*Até os 2 anos de idade utilize a idade corrigida (ver p. 17) para acompanhar as habilidades de sua criança.</small>			
Idade	Habilidades de Autocuidado	Habilidades de Mobilidade	Habilidades de Função social
2 anos a 2 anos e 5 m	<ul style="list-style-type: none"> • Levanta com firmeza copo sem tampa segurando com as duas mãos. • Escova os dentes da frente, o cuidador precisa fazer a escovação completa. • Deixa o nariz ser limpo. • Tenta lavar partes do corpo como braços e pernas, mas o banho completo precisa de ajuda. • Retira camisa, agasalho, vestido sem fecho, ajuda com os fechos imitando comportamento de adulto. • Retira meias e sapatos desamarrados ou abertos.	<ul style="list-style-type: none"> • Fica sentada no vaso sanitário, segura pelo cuidador. • Senta e levanta de cadeira baixa/infantil. • Senta na beirada da cama. • Consegue manipular objetos e brinquedos pequenos e que não oferecem perigo.	<ul style="list-style-type: none"> • Entende relações como, por exemplo, aquele brinquedo é do seu irmão e este é seu. • Entende as localizações, por exemplo, a bola está embaixo da mesa, olhando e indicando onde a bola está. • Compreende comandos de duas etapas, por exemplo, leve o copo na cozinha e depois peça suco ao papai. • Entende duas frases juntas sobre o mesmo assunto e com conteúdos diferentes, por exemplo: "Estamos indo à pracinha. O que você quer fazer lá?" • Nomeia coisas específicas corretamente como "mamãe" se referindo a sua mãe, "cachorro" se referindo ao animal. • Solicita uma ação, por exemplo, falando "suco!" para pedir suco. • Fala seu primeiro nome. • Combina duas palavras com significado adequado como: "tchau mamãe" • Fala frases de 4 a 5 palavras na ordem apropriada, como: "Mamãe, a comida está gostosa", ou "Papai vai trabalhar de carro", ainda que as palavras não sejam pronunciadas corretamente. • Inicia uma brincadeira/ interação com um adulto. Por exemplo, pede para brincar de "cavalinho". • Quando o ambiente domiciliar oferece segurança, consegue brincar com pouca vigilância dos cuidadores. • Começa a ser obediente às regras de segurança, tomando cuidado com escadas e objetos quentes ou cortantes, quando orientado pelos cuidadores.
ORDEM DO DESENVOLVIMENTO DAS HABILIDADES FUNCIONAIS <small>*Até os 2 anos de idade utilize a idade corrigida (ver p. 17) para acompanhar as habilidades de sua criança.</small>			
Idade	Habilidades de Autocuidado	Habilidades de Mobilidade	Habilidades de Função social
2 anos e 6 m a 2 anos e 11 m	<ul style="list-style-type: none"> • Usa bem a colher • Limpa o nariz quando solicitado • Pega o sabonete e a esponja no banho • Retira calças com elástico na cintura • Ajuda no manejo de roupas no banheiro como puxar a saia ou peças íntimas para baixo • Avisa que está molhada e indica que precisa ser trocada, avisa quando quer fazer xixi e quando quer fazer cocô.	<ul style="list-style-type: none"> • Senta e levanta do penico, vaso infantil, ou troninho. • Fica sentada sem apoio, senta e levanta da cadeira de adulto sem ajuda. • Sobe e desce da cama • Abre e fecha torneira • Sobe e desce vários degraus de escada na posição em pé sem dificuldade • É independente para se movimentar na cama, cadeiras, banheiro em sua própria casa e em outros ambientes, também em ambientes externos como quintais, parquinho, pracinhas, salões de festa.	<ul style="list-style-type: none"> • Imita os adultos depois de ver uma ação que realizaram. Por exemplo, o adulto lança a bola para a criança e ela lança de volta. • Elabora planos simples para brincar com outra criança como sugerir que construam um prédio, e cada um trabalha nesta tarefa revezando sem muita discussão.
3 anos a 3 anos e 5 m	<ul style="list-style-type: none"> • Come alimento picado em pedaços e de todas as texturas. • Abre e fecha torneira sem ajuda. • Veste calça com elástico na cintura. • Calça o sapato, mas coloca no pé errado. • Lida com as roupas antes e depois de usar o vaso sanitário. • Vai ao banheiro sozinha para fazer xixi, sabe a diferença entre fazer xixi e cocô e avisa que quer fazer cocô até ficar independente para o controle do xixi e cocô.	<ul style="list-style-type: none"> • Senta e levanta do vaso sanitário com a ajuda dos braços e fica sentada nele sem apoio de adulto. • Entra e sai do carro com pouca ajuda, dando apenas a mão para suporte do cuidador. • Passa na roleta do ônibus. • É independente para subir e descer escadas. • Locomove-se de forma independente dentro e fora de casa, em escadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Varia a forma de falar para indicar uma pergunta. Como por exemplo: "Vamos brincar?" • Descreve objetos ou uma ação como: carrinho pesado, massinha grudenta. • Mostra um problema, como um brinquedo quebrado, e pede ajuda. • Brinca de faz de conta como dar comida para a boneca, falar em telefone de brinquedo. Pode ter um amigo imaginário. • Agrupa 3 partes para formar alguma coisa: como construir torre com copos, encaixar peças de tamanho diferente uma dentro da outra. • Começa a cuidar de seus pertences, como guardar seus brinquedos quando orientado o local de guardar, e a fazer pequenas tarefas domésticas, como levar a roupa para o cesto de lavar, colocar guardanapos na mesa, quando orientada. • Circula por ambientes familiares e consegue se comportar conforme regras de segurança que foram ensinadas, em locais como casa de avós, casa do vizinho, pracinha.

ANEXO 2 – FOLHA DE REGISTRO – HOME – 0-3 ANOS

Data da Entrevista ____/____/____

Relação da Pessoa entrevistada com a criança: _____

Local da entrevista: _____

Pessoas presentes no momento da entrevista: _____

Comentários:

FATORES	ESCORES BRUTOS
I. Responsividade emocional e verbal da mãe	
II. Ausência de punição e restrição	
III. Organização do ambiente físico e temporal	
IV. Disponibilidade de materiais, brinquedos e jogos apropriados	
V. Envolvimento materno com a criança	
VI. Oportunidade de variação na estimulação diária	
TOTAL	

I – RESPONSABILIDADE EMOCIONAL E VERBAL DA MÃE	SIM	NÃO
1. A mãe vocaliza espontaneamente em relação à criança pelo menos duas vezes durante a visita (exclui-se chamar a atenção ou passar pito).	1	0
2. A mãe responde às vocalizações da criança com uma resposta vocal ou verbal.	1	0
3. A mãe diz à criança o nome de algum objeto durante a visita ou diz o nome de uma pessoa ou objeto num estilo “didático”.	1	0
4. A fala da mãe é distinta, clara e audível para o entrevistador-observador.	1	0
5. A mãe inicia intercâmbio verbal com o observador – faz perguntas e comentários espontâneos.	1	0
6. A mãe expressa idéias livres e facilmente, e usa frases de tamanho adequado para conversar (por exemplo, apresenta mais do que meras e breves respostas).	1	0
7. A mãe permite à criança ocasionalmente envolver-se em jogos e brincadeiras que sujam o ambiente ou a própria criança.	1	0
8. A mãe espontaneamente elogia as qualidades ou comportamentos da criança pelo menos duas vezes durante a visita.	1	0
9. Quando falando sobre ou para a criança a voz da mãe transmite um sentimento positivo.	1	0
10. A mãe acaricia ou beija a criança pelo menos uma vez durante a visita.	1	0
11. A mãe mostra alguma resposta emocional positiva frente a elogios feitos a criança pelo observador.	1	0
SUB-ESCORE		

II – AUSÊNCIA DE RESTRIÇÃO E PUNIÇÃO	SIM	NÃO
12. A mãe não grita com a criança durante a visita.	1	0
13. A mãe não expressa irritação, aborrecimento ou hostilidade aberta em relação à criança.	1	0
14. A mãe não esbofeteia a criança durante a visita.	1	0
15. A mãe relata apenas uma ocorrência de punição física que tenha ocorrido durante a semana passada.	1	0
16. A mãe não critica, passa “pito” ou “arrasa” verbalmente com a criança durante a visita.	1	0
17. A mãe não interfere com as ações da criança ou restringe seus movimentos mais do que 3 vezes durante a visita.	1	0
18. Pelo menos 10 livros estão presentes e visíveis no lar.	1	0
19. A família tem um animal de estimação.	1	0
SUB-ESCORE		

III – ORGANIZAÇÃO DO AMBIENTE FÍSICO E TEMPORAL	SIM	NÃO
20. Quando a mãe se ausentava, o cuidado à criança é fornecido por pelo menos uma de três substitutas regulares.	1	0
21. Alguém leva a criança à quitanda, supermercado, etc., pelo menos uma vez por semana.	1	0
22. A criança sai de casa pelo menos quatro vezes por semana.	1	0
23. A criança é levada regularmente ao médico ou clínica para verificação de saúde ou cuidados preventivos.	1	0
24. A criança tem um lugar especial no qual pode guardar seus brinquedos e pequenos “tesouros”.	1	0
25. O ambiente de brinquedos, de jogos da criança parece seguro e livre de acidentes.	1	0
SUB-ESCORE		

IV – DISPONIBILIDADE DE MATERIAIS DE BRINQUEDOS E JOGOS APROPRIADOS	SIM	NÃO
26. A criança tem brinquedos ou outros objetos que envolvam atividade muscular.	1	0
27. A criança tem brinquedos de empurrar ou puxar.	1	0
28. A criança tem uma patinete, um andador, um triciclo, qualquer carrinho que a criança impulsiona com os pés.	1	0
29. A mãe fornece brinquedos ou sugere atividades interessantes para a criança durante a visita.	1	0
30. A mãe fornece objetos apropriados para a aprendizagem de acordo com a idade da criança: brinquedos de pelúcia ou jogos de faz de conta.	1	0
31. A mãe fornece material de aprendizagem apropriado à idade da criança: móveis, mesas e cadeiras, cadeirões, chiqueirinho.	1	0
32. A mãe fornece brinquedos que favorecem a coordenação viso-motora – por exemplo: peças para serem introduzidas ou retirada de orifícios, caixas, contas para enfiar, etc.	1	0
33. A mãe fornece brinquedos que favorecem a coordenação viso-motora e que permitam combinações: jogos de empilhar ou encaixar blocos, etc.	1	0
34. A mãe fornece brinquedos que estimulem a leitura e a música.	1	0

V – ENVOLVIMENTO MATERNOS COM A CRIANÇA	SIM	NÃO
35. A mãe tende a conservar a criança dentro do seu campo visual e tende a <u>olha-la</u> freqüentemente.	1	0
36. A mãe fala à criança enquanto realiza seu trabalho de casa.	1	0
37. A mãe conscientemente encoraja o desenvolvimento da criança.	1	0
38. A mãe investe em brinquedos mais complexos através de sua atenção.	1	0
39. A mãe estrutura os períodos de brinquedo da criança.	1	0
40. A mãe fornece brinquedos que desafiam a criança a desenvolver novas habilidades.	1	0
SUB-ESCORE		

VI – OPORTUNIDADE DE VARIAÇÃO NA ESTIMULAÇÃO DIÁRIA	SIM	NÃO
41. O pai fornece algum cuidado à criança a cada dia.	1	0
42. A mãe lê histórias para a criança pelo menos 3 vezes por semana.	1	0
43. A criança come pelo menos uma refeição por dia com a mãe e o pai.	1	0
44. A família visita ou recebe visitas de parentes.	1	0
45. A criança possui três ou mais livros.	1	0
SUB-ESCORE		

ANEXO 3 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efeito de uma tecnologia educativa sobre a estimulação domiciliar de crianças nascidas prematuras: ensaio clínico, não randomizado

Pesquisador: JAMILE GREGORIO MORELO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 82905718.2.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.542.890

Apresentação do Projeto:

O presente estudo é um ensaio clínico pragmático (ECP), não randomizado, com o objetivo de Analisar o efeito de uma tecnologia educativa sobre a qualidade e quantidade de estímulos domiciliares a crianças nascidas prematuras. Os potenciais participantes da pesquisa serão os familiares de crianças nascidas prematuras, que tiverem responsabilidade sobre o cuidado da criança e aceitarem participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A população do estudo será de famílias de crianças nascidas no Hospital e Maternidade REDE D'OR SÃO LUIZ – UNIDADE ANÁLIA FRANCO. O tamanho da amostra do estudo foi dimensionado para que a diferença padronizada encontrada no score do instrumento IT HOME (Home Observation for Measurement of the Environment), entre os grupos controle e experimental seja significativa em um teste (t) de amostras independentes, com poder de teste de 80% e nível de significância de 5%. A amostra foi estimada em 80 familiares responsáveis pelo cuidado de bebês nascidos prematuros, 40 para o grupo controle e 40 para o grupo experimental. Considerando as possíveis perdas, serão recrutados 20% a mais de participantes. O presente estudo será não randomizado pela impossibilidade de formar os grupos controle e

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

UF: SP

Telefone: (11)3061-8858

Município: SAO PAULO

CEP: 05.403-000

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.542.890

experimental simultaneamente, dadas as características da UTI neonatal. Habitualmente, os familiares dos recém-nascidos têm grande contato entre si, que é proporcionado pelas rotinas das visitas médicas e da sua frequência na sala de descanso para as mães, no banco de leite humano, no restaurante do hospital, em situações que ocorrem sempre nos mesmos horários para todos os acompanhantes. Nessas oportunidades, sedentos por informações que os auxiliem no cuidado de seu bebê, os familiares compartilham suas experiências. Por isso, não haveria como garantir a não disseminação do material educativo entre todas as famílias, caso se tentasse compor os grupos simultaneamente. Sendo assim, o grupo controle será formado pelas famílias cujos bebês já tiverem recebido alta no início da coleta de dados. Serão utilizados dois roteiros para a coleta: um para a caracterização dos RNPT's e suas famílias, e outro para mensuração da qualidade e quantidade da estimulação no ambiente domiciliar. Estima-se que a coleta de dados seja realizada no período de 5 meses, dado o tamanho da amostra pretendida e os critérios de elegibilidade para o estudo. Os sujeitos para a formação do grupo controle serão encontrados no livro de admissão da unidade de terapia intensiva neonatal, seus prontuários serão analisados e, quando elegíveis, será realizado um contato telefônico com as famílias do grupo controle a fim de agendar um dia para a visita domiciliar da pesquisadora para apresentação da pesquisa e de seus objetivos, e feito o convite de participação no estudo. Os familiares que aceitarem participar assinam o TCLE, e a pesquisadora inicia a aplicação dos roteiros de coleta de dados do estudo. Para o grupo experimental, a pesquisadora realizará a orientação de alta com a apresentação e entrega do material referente à tecnologia educativa "História de Sofia". Em seguida, solicitará autorização para entrar em contato em um período de 30 dias, para verificar a possibilidade e interesse em participar da pesquisa. Aproximadamente 30 dias após a alta, a pesquisadora realizará contato telefônico para convidar as famílias a participarem da pesquisa e agendará uma visita domiciliar. Os participantes serão esclarecidos sobre o objetivo da pesquisa, a manutenção do sigilo, do anonimato e do direito de desistir de participar da mesma a qualquer tempo, conforme a Resolução 466/12 do

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.542.890

Conselho Nacional de Saúde. Os dados serão registrados em instrumento impresso, digitados pela pesquisadora e duplamente checado por componente do grupo de pesquisa em planilhas estabelecidas pelo estatístico que auxiliará a análise dos dados e comparação dos escores entre os grupos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o efeito de uma tecnologia educativa sobre a qualidade e quantidade de estímulos domiciliares a crianças nascidas prematuras.

Objetivo Secundário:

Verificar a quantidade e a qualidade dos cuidados domiciliares para crianças nascidas prematuras cujos familiares acessaram a tecnologia educativa

"História de Sofia" (grupo experimental) e a quantidade e a qualidade dos cuidados domiciliares cujos familiares não acessaram a tecnologia

educativa "História de Sofia" (grupo controle); • Comparar a quantidade e a qualidade dos cuidados domiciliares voltados à promoção do

desenvolvimento dos prematuros entre os grupos experimental e controle; • Analisar a relação de variáveis sociodemográficas e ambientais na

quantidade e qualidade dos cuidados domiciliares favoráveis ao desenvolvimento de crianças nascidas prematuras.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A Divulgação da identidade dos participantes, seria um risco, o que será eliminado pela garantia do sigilo quanto às informações confidenciais

envolvidas, e utilização de códigos para identificação das famílias nos relatórios de pesquisa e artigos científicos, garantindo absoluta privacidade.

A realização da visita domiciliar poderia causar constrangimento aos participantes da pesquisa, porém será amenizado pelo direito do participante

em recusar-se a participar, ou deixar a pesquisa a qualquer momento, bem como pela garantia de que as informações oferecidas não serão julgadas

pelos pesquisadores.

Benefícios:

A pesquisa traz como benefícios a autonomia do cuidador para a promoção do desenvolvimento

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.542.890

infantil, promovendo habilidades, independência e participação social.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é importante para a área da saúde, principalmente no que se refere a um maior conhecimento do potencial de tecnologias educativas, em ajudarem pais de crianças nascidas prematuras, a potencializarem o desenvolvimento e crescimento saudáveis de seus filhos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória encontram-se no projeto de pesquisa.

Recomendações:

Foram observadas as recomendações realizadas anteriormente.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O TCLE encontra-se adequado, garantido ressarcimento e indenização, quando necessário.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil;

- Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1064465.pdf	27/02/2018 09:25:27		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_correcao_CEP.docx	27/02/2018 09:08:27	JAMILE GREGORIO MORELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_correcao_CEP.docx	27/02/2018 09:06:43	JAMILE GREGORIO MORELO	Aceito
Outros	autorizacao_sl1.jpg	05/02/2018 10:57:49	JAMILE GREGORIO MORELO	Aceito
Outros	autorizacao_sl.jpg	05/02/2018 10:56:52	JAMILE GREGORIO MORELO	Aceito

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO

Continuação do Parecer: 2.542.890

Folha de Rosto	Folha_rosto.docx	19/01/2018 14:31:47	JAMILE GREGORIO MORELO	Aceito
Outros	ANEXO_2_HOME.docx	17/01/2018 10:26:06	JAMILE GREGORIO MORELO	Aceito
Outros	HistoriaSofia_PARTE2.docx	17/01/2018 10:24:43	JAMILE GREGORIO MORELO	Aceito
Outros	historiadeSofia_PARTE1.docx	17/01/2018 10:23:09	JAMILE GREGORIO MORELO	Aceito
Outros	Apendice_2.docx	17/01/2018 10:04:05	JAMILE GREGORIO MORELO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 14 de Março de 2018

Assinado por:
Marcelo José dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

ANEXO 4 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DO HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO LUIS

HOSPITAL E MATERNIDADE
SÃO LUIS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efeito de uma tecnologia educativa sobre a estimulação domiciliar de crianças nascidas prematuras: ensaio clínico, não randomizado

Pesquisador: JAMILE GREGORIO MORELO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 82905718.2.3001.0087

Instituição Proponente: REDE D'OR SAO LUIZ S.A.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.648.329

Apresentação do Projeto:

O presente estudo é um ensaio clínico pragmático (ECP), não randomizado, com o objetivo de Analisar o efeito de uma tecnologia educativa sobre a qualidade e quantidade de estímulos domiciliares a crianças nascidas prematuras a partir do instrumento História de Sofia.

Os potenciais participantes da pesquisa serão os familiares de crianças nascidas prematuras, que tiverem responsabilidade sobre o cuidado da criança e aceitarem participar do estudo por meio da assinatura do

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A população do estudo será de famílias de crianças nascidas em hospital privado na cidade de São Paulo.

A amostra foi estimada em 80 familiares responsáveis pelo cuidado de bebês nascidos prematuros, 40 para o grupo controle e 40 para o grupo experimental.

Importante apontamento é que dada a configuração do ambiente de UTI Neonatal e a troca de experiências e informações, não haveria como garantir a não

disseminação do material educativo entre todas as famílias, caso se tentasse compor os grupos simultaneamente. Sendo assim, o grupo controle

será formado pelas famílias cujos bebês já tiverem recebido alta no início da coleta de dados. Serão utilizados dois roteiros para a coleta: um para a caracterização dos RNPT's e suas famílias, e

Endereço: Rua Dr. Alceu de Campos Rodrigues, 95

Bairro: VILA NOVA CONCEICAO

CEP: 04.544-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3040-1279

E-mail: sonia.bertoni@saoluiz.com.br

HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO LUIS

Continuação do Parecer: 2.648.329

outro para mensuração da qualidade e

quantidade da estimulação no ambiente domiciliar.

Os familiares que aceitarem participar assinam o TCLE, e a pesquisadora inicia a aplicação dos roteiros de coleta de dados do estudo.

Objetivo da Pesquisa:

Analisar o efeito de uma tecnologia educativa sobre a qualidade e quantidade de estímulos domiciliares a crianças nascidas prematuras.

Verificar a quantidade e a qualidade dos cuidados domiciliares para crianças nascidas prematuras cujos familiares acessaram a tecnologia educativa

"História de Sofia" (grupo experimental) e a quantidade e a qualidade dos cuidados domiciliares cujos familiares não acessaram a tecnologia

educativa "História de Sofia" (grupo controle).

Comparar a quantidade e a qualidade dos cuidados domiciliares voltados à promoção do desenvolvimento dos prematuros entre os grupos experimental e controle.

Analisar a relação de variáveis sociodemográficas e ambientais na

quantidade e qualidade dos cuidados domiciliares favoráveis ao desenvolvimento de crianças nascidas prematuras.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: a divulgação da identidade dos participantes, seria um risco, o que será eliminado pela garantia do sigilo quanto às informações confidenciais

envolvidas, e utilização de códigos para identificação das famílias nos relatórios de pesquisa e artigos científicos, garantindo absoluta privacidade.

A realização da visita domiciliar poderia causar constrangimento aos participantes da pesquisa, porém será amenizado pelo direito do participante

em recusar-se a participar, ou deixar a pesquisa a qualquer momento, bem como pela garantia de que as informações oferecidas não serão julgadas pelos pesquisadores.

Benefícios: a pesquisa traz como benefícios a autonomia do cuidador para a promoção do desenvolvimento infantil, promovendo habilidades, independência e participação social

Endereço: Rua Dr. Alceu de Campos Rodrigues, 95

Bairro: VILA NOVA CONCEICAO

CEP: 04.544-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3040-1279

E-mail: sonia.bertoni@saoluiz.com.br

HOSPITAL E MATERNIDADE SÃO LUIS

Continuação do Parecer: 2.648.329

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa estruturada de forma adequada, contendo todos os documentos obrigatórios para sua apresentação.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE de acordo com as normas e especificações previstas, com texto acessível ao participante, garantindo os termos necessários para participação, permanência e desistência.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Texto adequado, contendo itens obrigatórios para estrutura da pesquisa, TCLE adequado. Previsto riscos e benefícios da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_correcao_CEP.docx	27/02/2018 09:08:27	JAMILE GREGORIO MORELO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_correcao_CEP.docx	27/02/2018 09:06:43	JAMILE GREGORIO MORELO	Aceito
Outros	autorizacao_sl1.jpg	05/02/2018 10:57:49	JAMILE GREGORIO MORELO	Aceito
Outros	autorizacao_sl.jpg	05/02/2018 10:56:52	JAMILE GREGORIO MORELO	Aceito
Outros	ANEXO_2_HOME.docx	17/01/2018 10:26:06	JAMILE GREGORIO MORELO	Aceito
Outros	HistoriaSofia_PARTE2.docx	17/01/2018 10:24:43	JAMILE GREGORIO MORELO	Aceito
Outros	historiadeSofia_PARTE1.docx	17/01/2018 10:23:09	JAMILE GREGORIO MORELO	Aceito
Outros	Apendice_2.docx	17/01/2018 10:04:05	JAMILE GREGORIO MORELO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Dr. Alceu de Campos Rodrigues, 95

Bairro: VILA NOVA CONCEICAO

CEP: 04.544-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3040-1279

E-mail: sonia.bertoni@saoluiz.com.br

HOSPITAL E MATERNIDADE
SÃO LUIS

Continuação do Parecer: 2.648.329

SAO PAULO, 10 de Maio de 2018

Assinado por:
João Fernando Monteiro Ferreira
(Coordenador)

Endereço: Rua Dr. Alceu de Campos Rodrigues, 95

Bairro: VILA NOVA CONCEICAO

CEP: 04.544-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3040-1279

E-mail: sonia.bertoni@saoluiz.com.br