

JAQUELINE SALGADO LOPES

**ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE CRIANÇAS NASCIDAS COM A SÍNDROME
CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS E QUALIDADE DE VIDA E NÍVEL
DE ATIVIDADE FÍSICA DE SUAS CUIDADORAS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Educação Física, para obtenção do título de Magister Scientiae.

VIÇOSA
MINAS GERAIS – BRASIL
2018

Ficha catalográfica preparada pela Biblioteca Central da Universidade Federal de
Viçosa - Campus Viçosa

T

L864a
2018
Lopes, Jaqueline Salgado, 1989-
Assistência à saúde de crianças nascidas com a síndrome
congenita do Zika vírus e qualidade de vida e nível de atividade física
de suas cuidadoras / Jaqueline Salgado Lopes. - Viçosa, MG, 2018.
ix, 139 f. : il. ; 29 cm.

Inclui anexos.

Inclui apêndices.

Orientador: Eveline Torres Pereira.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Viçosa.

Referências bibliográficas: f. 50-59.

1. Exercícios físicos para mulheres. 2. Cuidadores de crianças.
3. Qualidade de vida. 4. Microcefalia. 5. Vírus da Zika. I. Universidade
Federal de Viçosa. Departamento de Educação Física. Programa de
Pós-Graduação em Educação Física. II. Título.

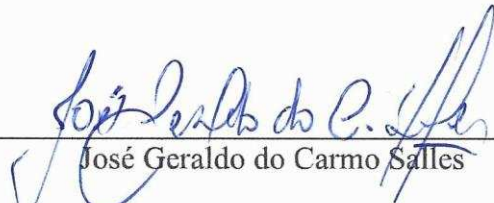
CDD 22. ed. 613.7045

JAQUELINE SALGADO LOPES

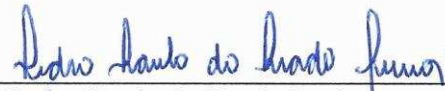
**ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE CRIANÇAS NASCIDAS COM A SÍNDROME
CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS E QUALIDADE DE VIDA E NÍVEL
DE ATIVIDADE FÍSICA DE SUAS CUIDADORAS**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Educação Física, para obtenção do título de Magister Scientiae.

APROVADA: 20 de dezembro de 2018.



José Geraldo do Carmo Salles



Pedro Paulo do Prado Junior



Vanessa Aparecida Moreira de Barros



Eveline Torres Pereira
(Orientadora)

SUMÁRIO

	Página
LISTA DE QUADROS	iv
LISTA DE TABELAS	v
LISTA DE FIGURAS	vi
LISTA DE ABREVIATURAS.....	vii
RESUMO	viii
ABSTRACT	ix
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Os registros de nascidos vivos com malformação congênita	1
1.2. Ações governamentais em respostas ao número de nascidos com malformação congênita.....	2
1.3. De microcefalia para a Síndrome Congênita do Zika Vírus.....	3
1.4. O cuidador de crianças com a Síndrome Congênita por Zika	4
1.5. Atenção ao cuidado das famílias de crianças com SCZK	5
2. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	7
2.1. Caracterização do estudo	7
2.2. Objetivos.....	7
2.3. Procedimentos metodológicos.....	7
2.4. População e amostra	8
2.5. Instrumentos de coleta de dados	8
2.6. Diário de campo.....	8
2.7. Elaboração e construção da entrevista com questões de investigação	8
2.8. Questionários validados.....	11
2.9. Locais da coleta de dados	15

	Página
2.10. Procedimentos da coleta de dados	16
2.11. Aspectos éticos	17
2.12. Procedimentos para análises dos dados coletados	18
3. RESULTADOS E DISCUSSÕES	22
3.1. Perfil das famílias de crianças com Síndrome Congênita do Zika	22
3.2. Acesso à estimulação precoce de crianças com Síndrome Congênita do Zika vírus	25
3.3. Nível de atividade física e qualidade de vida das cuidadoras de crianças com Síndrome Congênita do Zika	33
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	50
APÊNDICES	60
ANEXOS	87

LISTA DE QUADROS

	Página
1. Mostra dos itens avaliados para cada bloco de questões	9
2. Mostra do nível de concordância das respostas dos juízes.....	10
3. Descrição da estrutura da linha de comando utilizada para a identificação dos textos	20

LISTA DE TABELAS

	Página
1. Caracterização das mães e cuidadores de crianças com a Síndrome Congênita do Zika Vírus e microcefalia, quanto às características sociodemográficas, Recife-PE, 2018	23
2. Características dos atendimentos de estimulações recebidas pelas crianças com a Síndrome Congênita do Zika Vírus, Recife-PE, 2018.....	28
3. Terapias de estimulação quanto ao tipo e média de duração em um mês para crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus, Recife-PE, 2018.....	30
4. Análise descritiva da classificação do IPAQ de mães e cuidadoras de crianças com a Síndrome Congênita do Zika Vírus, Recife-PE, 2018.....	36
5. Classificação da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) de mães e cuidadoras de crianças com a Síndrome Congênita do Zika Vírus e microcefalia, Recife-PE, 2018	40

LISTA DE FIGURAS

	Página
1. Associação dos instrumentos utilizados para a coleta de dados	11
2. Distribuição especial de mãe e cuidadoras entrevistadas	24
3. Dendograma da classificação hierárquica descendente	35
4. Dendograma e as especificidades das Classes 3 e 4.....	37
5. Dendograma e as especificidades das Classes 5 e 6.....	41
6. Dendograma e as especificidades das Classes 1, 2 e 7.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS

EP – Estimulação Precoce

CMV – Citomegalovírus

DEPCM – Diretrizes de Estimulação Precoce: Crianças de Zero a 3 Anos com Microcefalia

DEPN – Diretrizes de Estimulação Precoce para Crianças de 0 a 3 Anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor

MS – Ministério da Saúde

NAF – Nível de Atividade Física

NASF – Núcleos de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PC – Perímetro Cefálico

PNEM – Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia

QV – Qualidade de Vida

SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SCZK – Síndrome Congênita do Zika Vírus

UBS – Unidades Básicas de Saúde

ZKV – Zika Vírus

RESUMO

LOPES, Jaqueline Salgado, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, dezembro de 2018. **Assistência à saúde de crianças nascidas com a síndrome congênita do Zika vírus e qualidade de vida e nível de atividade física de suas cuidadoras.** Orientadora: Eveline Torres Pereira. Coorientador: Flávio Renato Barros da Guarda.

Nesta pesquisa, o objetivo foi verificar a realidade do atendimento de crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZK) no Estado de Pernambuco e a Qualidade de Vida (QV) e o Nível de Atividade Física (NAF) de suas cuidadoras primárias. Para tanto, foi utilizada uma abordagem quanti-qualitativa do tipo descritiva. A amostra foi composta por 78 mulheres, mães e cuidadoras, tendo como critérios de inclusão os seguintes itens: ser mãe/pai ou cuidador de crianças de 0 a 3 anos de idade com diagnóstico confirmado de SCZK. Como instrumentos para a coleta de dados, utilizaram-se a entrevista semiestruturada (anotações e gravação das respostas) e o diário de campo. As análises quantitativas foram realizadas por meio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) Statistics 23 e as qualitativas, o software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ) 0.7 alpha 2. Por meio da investigação, obteve-se um perfil amostral predominante de mães biológicas, com a média de idade de 29,32 anos (DP $\pm 7,36$), casadas ou em união estável (73,1%); e 71 (94,7%) crianças com SCZK pesquisadas possuem acesso a pelo menos um atendimento de estimulação precoce, entretanto com baixa frequência e duração nas sessões. Além do acesso a EP, buscou-se compreender o perfil das cuidadoras quanto ao QV e ao NAF. Diante dos resultados, percebeu-se a insatisfação com relação ao tempo de lazer e à prática de AF nesse período (lazer). Sabendo da importância da EP para crianças com deficiência e o importante papel da família e, principalmente, dos cuidadores primários, faz-se necessário repensar políticas públicas de atenção e cuidado dessas mães e cuidadoras tanto em seu suporte de autocuidado quanto de orientação com ferramentas para o estímulo e cuidado de seus filhos.

ABSTRACT

LOPES, Jaqueline Salgado, M.Sc., Universidade Federal de Viçosa, December, 2018. **Health care of children born with congenital Zika virus and quality of life and level of physical activity of their caregivers.** Advisor: Eveline Torres Pereira. Co-Advisor: Flávio Renato Barros da Guarda.

The aim of this study was to verify the reality of the care given to children with congenital Zika virus (SCZK) in the State of Pernambuco, and the quality of life (QOL) and Physical Activity Level (NAF) of their primary caregivers. We used quantitative-qualitative approach of the descriptive type. The sample consisted of 78 women, mothers and caregivers, with inclusion criteria being the mother/father or caregiver of children 0 to 3 years old with a confirmed SCZK diagnosis. We used as instruments for the collection of semi-structured interview (notes and recording responses) and the field diary. The quantitative analysis were carried out using the software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) statistics and the qualitative software Interface for the Multidimensional Analyses of Texts and Questionnaires (IRaMuTeQ) 0.7 alpha 2. Through the investigation, a predominant sample of biological mothers, with a mean age of 29.32 years ($SD \pm 7.36$), married or in a stable union (73.1%), and 71 (94.7%) of the children with SCZK, have access to at least one early stimulation care, however with low frequency and duration in the sessions. In addition to access to it was sought to understand the profile of the caregivers regarding QOL and NAF, based early stimulation on the results found the dissatisfaction with leisure time and the practice of PA in this period (leisure). Knows itself the importance of early stimulation for children with disabilities and the important role of the family especially the primary caregivers, it is necessary to rethink public policies of attention and care of these mothers and caregivers, both in their self-care support and guidance with tools for the stimulus and care of their children.

1. INTRODUÇÃO

O surto de nascidos com alterações congênicas no ano 2015 impôs modificações em âmbito nacional, como a implementação de ações governamentais a respeito da atenção à saúde do nascido com malformação congênita, a atenção dessas famílias e investimentos em estudos de investigação que possibilitaram a confirmação da relação do Zika Vírus (ZK) nessas alterações identificadas nos recém-nascidos e classificadas como Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZK).

Uma criança acometida por uma deficiência modifica o meio familiar em que se insere, principalmente a rotina do cuidador primário, pois ele se vê impelido a abdicar de sua própria vida em função dos cuidados necessários a essa criança (FÉLIX; FARIAS, 2019).

Por isso, estudos que ampliam a investigação das famílias com crianças com SCZK e, sobretudo, dos seus cuidadores podem contribuir para que se compreenda o universo da SCZK e seu entorno, servindo de suporte para a implementação de políticas públicas e para os profissionais de saúde que atuam com essas famílias.

1.1. Os registros de nascidos vivos com malformação congênita

O Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC) do Ministério da Saúde (MS) coleta dados dos nascidos vivos (NV) que possibilitam verificar o seu perfil, como peso ao nascer, condições de vitalidade, prematuridade, idade da mãe e distribuição espacial e temporal, entre outros. No período de agosto a outubro de 2015, foram identificados 29 casos de microcefalia e alterações no Estado de Pernambuco, um aumento considerável se comparado aos de anos anteriores (BRASIL, 2015b).

Entre 2000 e 2014, a média de casos ao ano consistia em 157,3, com desvio-padrão de $\pm 17,7$ (BRASIL, 2017b; VARGAS et al., 2016). Diante do ocorrido, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco solicitou apoio à Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do MS para iniciar investigações a respeito (ARAÚJO et al., 2018). Em resposta à solicitação, o MS declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN), por meio da Portaria nº 1.813, de 11 de novembro de 2015 (BRASIL, 2017b).

Nos registros referentes ao período entre novembro de 2015 e agosto de 2017 houve 2.869 (20,1%) casos confirmados com alterações no crescimento e desenvolvimento relacionadas, possivelmente, à infecção pelo vírus (BRASIL, 2017c). Segundo Marinho et al.

(2016), o coeficiente de prevalência de microcefalia ao nascer (por 100 mil nascidos vivos) foi maior na Região Nordeste, mais especificamente no Estado de Pernambuco (PE).

Na Região Nordeste foram registrados 1.669 casos, sendo 399 no Estado de Pernambuco, como constam os boletins epidemiológicos divulgados pelo Portal da Saúde e Combate ao Aedes do MS (BRASIL, 2017; OPAS/OMS, 2016). Em 2017, os registros consistiam em 420 nascidos com diagnóstico confirmado de microcefalia; desses, 17 bebês vieram a óbito (BRASIL, 2017b)

1.2. Ações governamentais em respostas ao número de nascidos com malformação congênita

Diante do quadro epidemiológico dos nascidos com a microcefalia (BRASIL, 2015b), o governo brasileiro criou estratégias e protocolos com o objetivo de prover aos profissionais de saúde informações, orientações e diretrizes, como o “Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia – PNEM” (BRASIL, 2015a).

A proposta do PNEM foi traçada visando a uma ação em três linhas: prevenção e combate ao mosquito *Aedes aegypti*, atendimento às pessoas com melhoria da assistência às gestantes e crianças e realização de estudos e pesquisas nessa área.

Para o atendimento às pessoas, a estratégia utilizada teve como objetivo a capacitação das equipes de atenção básica e especializadas por meio das Unidades Básicas de Saúde (UBS), dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e da Atenção Especializada (Atenção Domiciliar, Hospitalar, Ambulatórios de Especialidades e de Seguimento do Recém-Nascido e Centros Especializados em Reabilitação).

Para o atendimento dessas crianças no PNEM foram elaboradas as “Diretrizes de Estimulação Precoce: crianças de 0 a 3 anos de idade com microcefalia (DEPCM)” e, posteriormente, reformuladas para “Diretrizes de Estimulação Precoce para Crianças de 0 a 3 Anos de Idade com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor (DEPN)” contendo orientações e recomendações para o acompanhamento e monitoramento do desenvolvimento infantil em nascidos com diagnóstico de microcefalia de 0 a 3 anos de idade, bem como para mostrar a importância da estimulação precoce a essas crianças (BRASIL, 2016b). A ampliação e implantação de novos centros de reabilitação para a realização das capacitações e oferecimentos de atendimentos de EP também foram ações propostas no PNEM (BRASIL, 2015a)

1.3. De microcefalia para a Síndrome Congênita do Zika Vírus

No primeiro trimestre de 2015, uma epidemia de infecção pelo ZK foi registrada. Os impactos desse surto não eram previstos. O Brasil enfrentava, e ainda enfrenta, anualmente repetidas epidemias de dengue, de caráter sazonal, variando sua gravidade de região para região (BRASIL, 2017f). Não se compreendia que o *Aedes aegypti*, conhecido por sua transmissão da dengue, seria o mesmo transmissor do Zika vírus e, como consequência, o causador da microcefalia.

Sabia-se até o momento que o ZK era um flavivírus transmitido através da picada do mosquito infectado do gênero *Aedes*, principalmente o *Aedes aegypti*. Seus sintomas são semelhantes aos de outras infecções, como dengue, mal-estar, febre, erupções cutâneas, conjuntivite, dores nos músculos e nas articulações e dor de cabeça (OMS, 2016).

Com o número crescente de casos de microcefalia em curto espaço de tempo, os institutos nacionais de pesquisa, o MS e as Secretarias de Saúde iniciaram as investigações para caracterização e identificação da etiologia desse surto.

As primeiras investigações buscavam detectar as possíveis relações dos casos de microcefalia com o ZKV, alterações congênitas e outras doenças neurológicas graves, como a síndrome de Guillain-Barré (CALVET et al., 2016; MLAKAR et al., 2016). Apesar das evidências clínicas, a prova experimental direta mostrando que o ZKV causaria defeitos congênitos permanecia ausente (CUGOLA et al., 2016).

A microcefalia possui sinais que variam quanto à classificação de tempo (congênita ou pós-natal) e etiologia (genética ou ambiental/externa). As origens mais comuns, até o momento, tinham relações com infecções no útero (toxoplasmose, rubéola, herpes, sífilis e HIV) e exposição a substâncias químicas tóxicas (arsênio e mercúrio, álcool, radiação e tabagismo) (OMS, 2016). Assim, a questão seria coincidência ou uma epidemia?

O aumento na prevalência de microcefalia em bebês nascidos de mulheres que viviam em áreas com alto índice de notificações apresentaram evidências temporais e geoespaciais ligando o ZKV às anomalias congênitas (VARGAS et al., 2016). Os bebês das mulheres acometidas pela infecção durante o primeiro trimestre de gravidez apresentavam características semelhantes à de outras infecções congênitas, como a toxoplasmose e o citomegalovírus (CMV) (FRANÇA et al., 2016). Além da microcefalia, havia uma variedade de anomalias congênitas, incluindo desproporção craniofacial, espasticidade, convulsões, irritabilidade e disfunção do tronco cerebral, incluindo dificuldades de alimentação,

anormalidades oculares e descobertas em neuroimagens, como calcificações, distúrbios corticais e ventriculomegalia (RIBEIRO et al., 2017; NUNES et al., 2016).

Nesse contexto havia evidências que ligavam o surto de ZKV ao número alarmante de casos de malformações cerebrais congênitas (MARTINES et al., 2016; RASMUSSEN et al., 2016). A partir de então, o termo utilizado passou a ser “Síndrome Associada à Infecção Congênita por Zika”, “Síndrome Congênita do Zika Vírus” ou, simplesmente, “Zika Congênita” (BRITO, 2015) .

A SCZK consiste em um conjunto de sinais e sintomas, identificados em crianças nascidas de mães infectadas pelo vírus da Zika durante o período de gestação (BRASIL, 2017e). Uma manifestação marcante dessa síndrome é a microcefalia, caracterizada por uma condição neurológica, em que um recém-nascido possui o perímetro cefálico (PC) abaixo da curva apropriada para idade e sexo (entre 33 cm e 36 cm), podendo apresentar alterações no desenvolvimento neuropsicomotor: motor, cognitivo e de linguagem (BRASIL, 2015b; OMS, 2018).

1.4. O cuidador de crianças com a Síndrome Congênita por Zika

A presença de um bebê com deficiência resulta em mudanças significativas em toda estrutura familiar. Após o diagnóstico, há aumento no nível de estresse e o surgimento de sentimentos de luto, de tristeza e de culpa diante do impacto dessa notícia (LAZZAROTTO; SCHMIDT, 2013). Há um confronto entre as expectativas, os planos de futuro e o processo de aceitação dessa criança (DESSEN; SILVA, 2001).

O estudo realizado por Freire et al. (2018) com 20 famílias de crianças com SCZK do Rio de Janeiro mostrou a percepção de uma nova condição familiar pelos pais. Abrir mão do trabalho, ser demitido, interferências na vida conjugal e a apropriação do vocabulário médico para descrever episódios de convulsão e o estado clínico de seus filhos fizeram parte dos relatos.

Para Fiamenghi Jr. e Messa (2007), o processo de mudanças vivido pelas famílias pode durar meses e mudar completamente o estilo de vida da família, seus valores e seus papéis. A forma de lidar com a nova condição dependerá das experiências prévias e da personalidade dos seus membros.

O “ser cuidador” não se impõe enquanto uma tarefa realizada, especificamente, por mulheres ou homens, mas o ato de cuidar foi construído historicamente apontando o exercício do cuidado como uma função e condição feminina (GUEDES; DAROS, 2009).

Em uma família com um indivíduo com deficiência, a mulher assume, muitas vezes, a posição de cuidador principal¹ (MASSON; BRITO; SOUSA, 2008). Ela se encarrega de diferentes funções, que vão desde a organização da casa até a inteira responsabilidade, por cumprir os compromissos relacionados aos atendimentos médicos e terapias da pessoa com deficiência (ALMEIDA PIMENTA; ALBERTO RODRIGUES, 2010; CHENG et al., 2015; LEE et al., 2008; RONCA, R.P.; BLASCOVI-ASSIS, 2017).

A representação do perfil do cuidador nos diferentes contextos (indivíduo com deficiência, pacientes terminais e doentes crônicos) é semelhante: mulheres, mães, casadas e que abrem mão das condições de trabalho para se dedicar ao cuidado (BALLARIN et al., 2016; BRACCIALLI et al., 2012; BRUNONI et al., 2016; CARVALHO et al., 2011; PIMENTA RODRIGUES, L.A.; GREGUOL, 2010).

Com o papel assumido por essas mulheres e a reestruturação de sua rotina, há uma sobrecarga de funções, o que resulta em uma percepção de baixa qualidade de vida (QV) (BALLARIN et al., 2016; BRUNONI et al., 2016; CARVALHO et al., 2011; ONES et al., 2005; PIMENTA RODRIGUES, L.A.; GREGUOL, 2010). Essas mudanças podem interferir negativamente na liberdade, no lazer, no autocuidado, na autoestima, na saúde emocional e na saúde física dessas mulheres, provocando-lhes hipertensão, depressão, cansaço, distúrbios de sono, entre outros, como evidenciam os estudos de Carvalho et al. (2011), Floriani (2004) e Gonçalves et al. (2006) .

1.5. Atenção ao cuidado das famílias de crianças com SCZK

As propostas iniciais do MS diante do surto do Zika tiveram como foco principal a criança, o seu bem-estar e o cuidado quanto ao seu desenvolvimento (BRASIL, 2015a). No que se refere às gestantes acometidas pelo vírus, as orientações de atenção e cuidados iniciavam após a identificação de possíveis alterações neurológicas do bebê, ou seja: acompanhamento assistido durante o pré-natal (ultrassons e consultas) por entidades especializadas. Para atender às especificidades do momento, foi efetuada a reformulação do “Guia sobre a Estimulação Precoce na Atenção Básica”, segundo Brasil (2016c):

No pré-natal, além das consultas de rotina, conforme preconizadas, é preciso observar os sinais de sofrimento psíquico da gestante e sua família, gerados pelo medo e desconhecimento da infecção pelo vírus zika e pelas possíveis alterações

¹Cuidador primário é o indivíduo responsável por auxiliar o paciente dependente no seu dia a dia, entre outras tarefas, e, em geral, o cuidador é proveniente do próprio núcleo familiar (ARAÚJO et al., 2009).

neurológicas que possam ser identificadas. Os profissionais da Atenção Básica de Saúde e Núcleo de Ampliado de Saúde da Família devem se envolver neste cuidado, orientando sobre os sintomas e prevenção da infecção, além de como proteger a crianças e quais podem ser as alterações em seu desenvolvimento, de forma que a família fique mais segura em relação a suas expectativas (BRASIL, 2016, p. 7).

Dentro desse universo, o dia a dia dos cuidadores gira em torno do bem-estar do indivíduo com deficiência. Os constantes questionamentos sobre o diagnóstico, as características da síndrome, as pontes de atendimento e a estimulação para as crianças acometidas pelo Zika estão presentes no cotidiano desses indivíduos. Entretanto, o componente fundamental desse universo, “o cuidador”, é, na maioria das vezes, negligenciado. Aspectos relativos à sua QV, lazer e prática de AF não são discutidos. Na realidade, esses elementos assumem importância relativa ou, mesmo, secundária, diante das demandas da criança com deficiência. Mais especificamente no que diz respeito à Atividade Física (AF), há certo silenciamento como se não representasse importante adjuvante na manutenção da saúde com efeitos diretos na QV dos indivíduos, fato comprovado exaustivamente por inúmeros estudos de diferentes naturezas (MILITARES; MILITARES, 2014; KOSTER et al., 2012; PUCCI et al., 2012; WHITAKER et al., 2018)

Um estudo mais aprofundado a respeito dessa realidade é fundamental para a compreensão e investigação da forma de intervenções, cuidado e atenção direcionados não apenas para os indivíduos com a síndrome, mas também para os seus cuidadores.

Levando em consideração todos as nuances que são decorrentes de uma epidemia como a ocorrida no Estado de Pernambuco, este estudo se direciona para a realidade cotidiana do cuidado de crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZK) residentes no Estado e sua relação com a QV e o Nível de Atividade Física (NAF) de suas cuidadoras primárias. A reflexão centra-se nos aspectos relacionados à saúde do cuidador e ao seu bem-estar, fatores esses que podem ser ligados diretamente à qualidade e efetividade das necessidades dos indivíduos com SCZK.

2. ASPECTOS METODOLÓGICOS

2.1. Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo de campo transversal com abordagem quanti-qualitativa do tipo descritiva, realizado com mulheres, mães e cuidadoras de crianças com SCZK.

O estudo foi realizado no período de agosto a setembro de 2017 na cidade de Recife, Pernambuco (PE). A escolha deste Estado originou-se do alto número de registros de NV com microcefalia e por ser o primeiro Estado a criar o alerta para esse surto.

A coleta de dados foi realizada na referida capital, por ser considerada a cidade polo em atendimento na macrorregião metropolitana do Estado, atendendo a 72 municípios de quatro regiões de saúde (BRASIL, 2011), com 32 unidades de referência em reabilitação para o atendimento às crianças com SCZK (BRASIL, 2017a).

2.2. Objetivos

Objetivo geral

Analisar a realidade cotidiana do cuidado às crianças com SCZK que são atendidas na macrorregião metropolitana da cidade de Recife e sua relação com a QV e NAF de suas cuidadoras primárias.

Objetivos específicos

Estes objetivos foram verificar:

- O perfil socioeconômico das famílias com criança com SCZK.
- O perfil dos cuidadores da criança com SCZK quanto ao NAF e QV.
- O acesso aos atendimentos em saúde das famílias com criança com SCZK.
- Aspectos relacionados ao atendimento e oferta à estimulação precoce para as crianças com SCZK.

2.3. Procedimentos metodológicos

Neste item, descrevem-se a população e a amostra, bem como os instrumentos utilizados, os procedimentos para a coleta de dados e os aspectos éticos.

2.4. População e amostra

A população pesquisada consistiu-se de cuidadores de crianças com SCZK, e a amostra foi composta por mães e cuidadores² selecionados, seguindo os seguintes critérios de inclusão: ser mãe/pai ou cuidador de crianças com diagnóstico confirmado de SCZK com idade entre 0 a 3 anos de idade³².

Foram selecionadas, para este estudo, participantes que obtiveram acesso por meio da amostra por conveniência (GIL, 2008), chegando a um total de 78 cuidadoras, que representaram 19,35% da população total de mães de crianças com SCZK do Estado de Pernambuco, no período da coleta (BRASIL, 2017d).

2.5. Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram: a entrevista semiestruturada e o diário de campo. As descrições detalhadas dos instrumentos, como a constituição e finalidades, encontram-se nos tópicos subsequentes.

2.6. Diário de campo

O diário de campo foi utilizado para registrar todas as informações consideradas relevantes e que extrapolaram as falas dentro das questões levantadas nas entrevistas. Ele possibilitou anotações de vivências, de sensações e até mesmo de emoções vivenciadas, elementos essenciais no entendimento do sentido das falas e, conseqüentemente, um importante aliado no processo de interpretação dos dados. Segundo Falkembach (1987), o diário de campo facilita o hábito de observar, descrever e refletir os acontecimentos, considerados importantes fontes de informação, e os registros devem ser efetuados o quanto antes após a observação.

2.7. Elaboração e construção da entrevista com questões de investigação

Para adequação do roteiro ao perfil das pessoas que seriam entrevistadas, foi realizada a apreciação por juízes e análise semântica (entrevista-piloto) (Apêndice 1). Esses

² Apenas em um local foi encontrado um pai acompanhava o atendimento do filho, sendo que o mesmo optou por não conceder a entrevista.

³ A faixa etária da criança foi escolhida com base nas diretrizes de EP propostas pelo MS que oferece acesso e atendimento de 0 a 3 anos.”

procedimentos tiveram como objetivo avaliar a qualidade dos itens (SANTOS; MUNSTER, 2012).

Participaram deste processo cinco juízes doutores com formação e experiência nas seguintes temáticas: AF e saúde, puérpera e recém-nascidos, crianças/adolescentes, serviços de saúde, estimulação em fonoaudiologia. Após sinalizarem positivamente a participação no estudo, esses profissionais receberam, por e-mail, os instrumentos com as descrições do objetivo da pesquisa, das finalidades do instrumento, da população-alvo e dos procedimentos da pesquisa e o protocolo de avaliação³.

Foi solicitado aos participantes desta etapa que julgassem os itens do instrumento quanto à pertinência das questões, bem como fizessem comentários e sugestões para o aperfeiçoamento dos itens. O protocolo de avaliação das questões possuía três itens: clareza da linguagem, pertinência teórica e viabilidade da aplicação (SANTOS; MUNSTER, 2012), como mostrado no Quadro 1.

Quadro 1 – Mostra dos itens avaliados para cada bloco de questões

	Observações/Sugestões
1. Análise de clareza da linguagem () Adequada () Pouco adequada () Inadequada	
2. Análise da pertinência teórica () Adequada () Pouco adequada () Inadequada	
3. Análise da viabilidade da aplicação () Adequada () Pouco adequada () Inadequada	

Na etapa seguinte foi realizada uma análise descritiva dos pareceres emitidos pelos juízes, verificando-se as frequências e porcentagens da concordância e pertinência dos itens, como propõem Alexandre e Coluci (2011). Estabeleceu-se que o consenso entre juízes seria representado para cada item, de acordo com a porcentagem de respostas. As respostas das análises que obtiveram concordância maior que 75% não sofreram modificações. No Quadro 2, apresentam-se os resultados. Entre todos os instrumentos avaliados, “Descrição do perfil socioeconômico” e “Condições de saúde e acessibilidade ao serviço de saúde” foram os que obtiveram melhor classificação, de acordo com os juízes, devido ao grau de concordância. Nas análises dos itens referentes a “O acesso ao atendimento e estimulação precoce”, obteve-se resultado abaixo de 75% de concordância, razão por que sofreram modificações e adequações de acordo com os apontamentos sugeridos pelos juízes.

Quadro 2 – Mostra do nível de concordância das respostas dos juízes

Bloco 1 – Descrição do perfil socioeconômico				Bloco 2 – Condições de saúde, acessibilidade			Bloco 3 – atendimentos e estimulação precoce de crianças com SCZK		
	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3	Q1	Q2	Q3
Juiz 1	PA	A	A	PA	A	A	PA	A	A
Juiz 2	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Juiz 3	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Juiz 4	A	A	A	PA	A	A	PA	PA	PA
Juiz 5	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Concordância	93,33%			86,66%			73,33%		
Legenda: A – Adequado; PA – Pouco adequado; Q1 – Clareza da linguagem; Q2 – Pertinência teórica; Q3 – Viabilidade da aplicação.									

Fonte: Dados da pesquisa, 2018.

Os juízes realizaram observações e sugestões para o “Bloco 3 – Atendimento e estimulação precoce de crianças com SCZK”, para os aspectos “viabilidade da aplicação” e “clareza de linguagem”, como mostrado a seguir:

- Reescrever o item, transformando-o em uma questão discursiva.
- Exclusão de questão.
- Alterações na escritura do instrumento.
- Explicação no momento da realização das entrevistas para maior compreensão.

A estrutura representada pela Figura 1 mostra os instrumentos utilizados para a coleta dos dados.

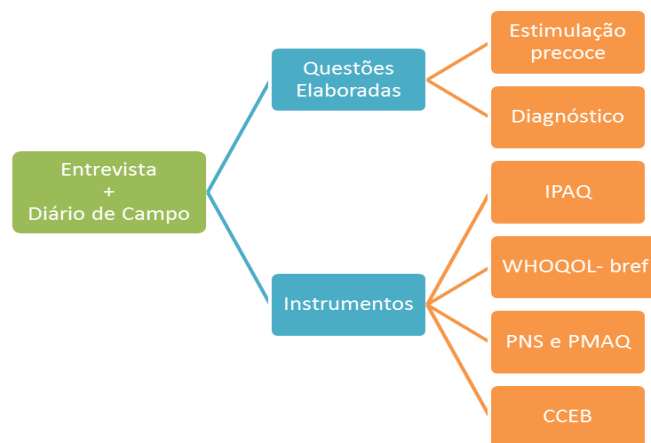


Figura 1 – Associação dos instrumentos utilizados para a coleta de dados.

Fonte: Elaboração pela pesquisadora com base nos instrumentos utilizados para este estudo.

A partir das considerações realizadas na análise dos juízes foram feitas as modificações sugeridas, o que tornou a linguagem mais clara, sendo a questão relacionada à distância do atendimento (até a residência) excluída.

Para a realização da análise semântica e a verificação da compreensão dos instrumentos, foi realizada entrevista com uma mãe de criança com SCZK no município de Cortês (86 km da cidade de Recife). Para a escolha dessa cidade, foram levadas em consideração a facilidade de acesso, a disponibilidade da entrevistada e a necessidade de não fazer parte do local onde os dados seriam coletados. A dificuldade de compreensão de itens e as modificações sugeridas foram incorporadas à versão final do instrumento quando consideradas pertinentes (Apêndice 2).

Os dados deste período foram incorporados à pesquisa por apresentarem pertinência entre a finalidade do roteiro e o objetivo da pesquisa. Não houve diferenças expressivas entre sua aplicação e as observações dos juízes. Assim, não se fez necessária uma segunda análise por parte dessas autoridades.

2.8. Questionários validados

Além das questões elaboradas, fez parte deste estudo a aplicação de instrumentos validados para a população brasileira, como o questionário de classificação socioeconômica “Critério de Classificação Econômica Brasil” (CCEB). Algumas questões do “Instrumento Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – 2013” (PMAQ) (Anexo 1) e do questionário da “Pesquisa Nacional de Saúde – 2013” (PNS) para

conhecer as condições de saúde, acessibilidade ao serviço de saúde dos indivíduos com SCZK e as respectivas famílias foram incorporadas ao instrumento. Também, foi utilizado o “World Health Organization Quality of Life” (WHOQOL-Bref) para avaliação da percepção da QV. Para verificar o NAF, foi aplicado o “Questionário Internacional de Atividade Física” (IPAQ).

“Critério de Classificação Econômica Brasil” – CCEB

Para a classificação socioeconômica, o “Critério de Classificação Econômica Brasil” tem como base o nível de escolaridade do chefe da família, as condições de moradia, a posse de utensílios domésticos e de automóveis e o número de empregados domésticos. Mediante pontuações computadas em cada um dos itens considerados, foi definida a classe econômica familiar categorizada do menor nível (Classe D-E) para o maior (Classe A). Cabe ressaltar que os estratos econômicos considerados são A, B1, B2, C1, C2 e D-E, de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), adotado pela Associação Brasileira de Pesquisa (ABEP) e pela ANEPE-ABIPEME (ABEP, 2016).

Acesso ao atendimento e serviço de saúde

Na busca de informações sobre o acesso, atendimentos e serviço de saúde para os indivíduos com SCZK e respectivas famílias, utilizaram-se dois instrumentos propostos pelo MS, ambos relacionados à qualidade do atendimento e serviços de saúde ofertados à população brasileira (BRASIL, 2012; IBGE, 2014).

Para verificar o acesso e melhoria da qualidade da atenção básica e garantir um padrão de qualidade, o MS elaborou o instrumento “Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica” PMAQ-2013 (BRASIL, 2012), composto por quatro módulos:

Módulo I – Observação na Unidade Básica de Saúde – Objetiva avaliar as condições de infraestrutura, materiais, insumos e medicamentos da Unidade Básica de Saúde.

Módulo II – Entrevista com o profissional da equipe de atenção básica e verificação de documentos na Unidade Básica de Saúde – Objetiva obter informações sobre o processo de trabalho da equipe e a organização do serviço e do cuidado para com os usuários.

Módulo III – Entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde. Visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde, no que se refere ao seu acesso e utilização.

Para este estudo foram extraídas questões do “Módulo III” dos blocos de questões: “Acesso aos serviços de saúde”, “Marcação de consulta(s) na unidade de saúde”,

“Acolhimento à demanda espontânea”, “Gravidez e Pré-natal” e “Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança”.⁴

Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)

O PNS é um formulário de pesquisa de base domiciliar, em âmbito nacional, realizada em parceria com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano 2013 (IBGE, 2014). Sua proposta é tornar-se parte do Sistema Integrado de Pesquisas Domiciliares (SIPD) do IBGE (SIPD, 2007), com periodicidade de cinco anos.

O inquérito é composto por três questionários: o domiciliar, referente às características do domicílio, nos moldes do censo demográfico e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD); o relativo a todos os moradores do domicílio, que dará continuidade ao Suplemento Saúde da PNAD; e o individual, a ser respondido por um morador de 18 anos ou mais do domicílio, com enfoque nas principais doenças crônicas não transmissíveis, nos estilos de vida e no acesso ao atendimento médico.

O “Questionário do morador adulto dos módulos” possui os seguintes módulos: “Trabalho e Apoio Social”, “Percepção do Estado de Saúde”, “Acidentes e Violências”, “Estilos de Vida”, “Doenças Crônicas”, “Saúde da Mulher”, “Atendimento Pré-Natal”, “Saúde Bucal” e “Atendimento Médico”. As questões utilizadas neste estudo foram extraídas do “Módulo S” (Anexo 2): “Atendimento Pré-Natal” e do “Módulo X: Atendimento Médico”⁵

Qualidade de Vida – Whoqol-Bref

Para avaliação da percepção da QV, utilizou-se o Whoqol-Bref, derivado do WHOQOL-100, desenvolvido pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS). A versão em português foi traduzida e validada para o Brasil (FLECK et al., 2000). O instrumento é composto por 26 questões, sendo duas questões gerais: “Autoavaliação da Qualidade de Vida” e “Satisfação com a Saúde”; e 24 questões divididas, em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. As respostas das questões do Whoqol-Bref são em escalas tipo Likert: intensidade (variando de “nada” a “extremamente”), capacidade (variando de “nada” a “completamente”), frequência (variando

⁴Anexo 1 – Módulo III: entrevista com o usuário na Unidade Básica de Saúde. Visa verificar a satisfação e percepção dos usuários quanto aos serviços de saúde, no que se refere ao seu acesso e utilização.

⁵Anexo 2 – Módulos do instrumento: Módulo S – Atendimento Pré-natal” e do “Módulo X – Atendimento médico”.

de “nunca” a “sempre”) e avaliação (“muito insatisfeito” a “muito satisfeito” e “muito ruim” a “muito bom”). Para a classificação do instrumento foram feitas as médias das pontuações obtidas em cada domínio do questionário, assim pontuadas: necessita melhorar (quando a média for 1 até 2,9), regular (quando a média for 3 até 3,9), boa (quando a média for 4 até 4,9) e muito boa (quando a média for 5).

Nível de Atividade Física – IPAQ

Foi utilizada a versão longa do “Questionário Internacional de Atividade Física” (IPAQ) para avaliar o NAF retrospectivo (IPAQ, 2005).

O IPAQ é um instrumento internacional que verifica o dispêndio energético semanal de AF por meio de estimativas referentes às atividades realizadas por pelo menos 10 minutos contínuos, em uma semana habitual ou referente à última semana.

Elaborado por especialistas da área, com o auxílio da Organização Mundial de Saúde, dos Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e do Instituto de Karolinska da Suécia (MARSHALL; BAUMAN, 2001), o IPAQ foi validado para a população brasileira em 2001 (PARDINI et al., 2001). A versão longa do instrumento possui 27 questões relativas à prática de AF nos domínios do trabalho, atividades domésticas, transporte, lazer e deslocamento, segundo a frequência e a duração das AFs realizadas.

Os dados da versão longa foram somados de cada domínio de atividade (trabalho, transporte, casa/jardim, lazer e tempo sentado), calculando-se, assim, o total de AF em minutos por semana (Atividade Física Total) em cada domínio. E disso resultaram a classificação e critérios definidos pelas “Diretrizes para o Processamento e Análise de Dados do International Physical Activity Questionnaire” (IPAQ, 2005), que classifica os NAF em três categorias:

Baixo – Este é o nível mais baixo de AF. Aqueles indivíduos que não atendem aos critérios das categorias 2 ou 3 são considerados baixos/inativos.

Moderado – Três ou mais dias de atividade vigorosa de pelo menos 20 minutos por dia OU 5 ou mais dias de atividade de intensidade moderada ou caminhada de pelo menos 30 minutos por dia OU 5 ou mais dias de qualquer combinação de caminhada de intensidade moderada ou vigorosa e atividades de intensidade atingindo um mínimo de pelo menos 600 MET-min/semana.

Alto – Atividade de intensidade vigorosa em pelo menos três dias e acumulando pelo menos 1.500 MET-min/semana OU 7 ou mais dias de qualquer combinação de caminhada,

intensidade moderada ou vigorosa e atividades de intensidade que atinjam um mínimo de 3.000 MET-min/semana.

Após a realização dessas categorias, adotou-se a classificação por outro ponto de corte, em que foram considerados indivíduos “ativos” aqueles que praticam 150 minutos ou mais de AF semanal ou “sedentários”, aqueles que ficam abaixo de 150 minutos na prática de AF semanal (HASKELL et al., 2007; PATE et al., 1995).

Buscou-se também verificar o Comportamento Sedentário (CS) por meio do “Tempo Sentado”. Além dos contextos de atividades, o IPAQ permite considerar o tempo sentado a partir do autorrelato dos minutos que o indivíduo permanece sentado em um dia da semana e em um dia no fim de semana (MATSUDO et al., 2001).

2.9. Locais da coleta de dados

As entrevistas foram realizadas na cidade de Recife, nos intervalos dos eventos e reuniões de Organizações Não Governamentais (ONGs) que atendem mães e cuidadores de crianças acometidas pelo vírus da Zika, sendo elas: a Aliança das Mães e Famílias Raras (AMAR) e a União de Mães de Anjos (UMA). Além das ONGs, realizaram-se as entrevistas com as mães e cuidadores que aguardavam atendimento na sala de espera da Policlínica Municipal de Recife Lessa de Andrade, onde seus filhos recebem estimulação precoce e atendimento médico.

Aliança das Mães e Famílias Raras (AMAR)

Inicialmente, constituiu um grupo informal para interação entre as famílias de pessoas com doenças raras, mas, devido a ações na busca pelos direitos, em 2013 foi oficializada como associação AMAR. Localizada no Bairro de Boa Viagem, litoral de Recife, atende as famílias que residem em todo o Estado de Pernambuco. Entretanto, a participação da Região Metropolitana de Recife é maior devido à proximidade com a sede da associação (AGENCIA FIOCRUZ, 2017).

As ações desenvolvidas consistem em: encaminhamento das crianças para serviços de saúde; orientação jurídica gratuita; ações assistenciais como doações de cestas básicas, leites especiais e fraldas para as famílias assistidas; atendimento psicológico; e triagem para programas de inclusão produtiva. Ao todo são 420 mães assistidas pela associação. Cerca de 150 delas têm filhos com a Síndrome Congênita de Zika Vírus. Segundo a assessoria da

AMAR, a associação foi uma das primeiras instituições pernambucanas a assistir a nova geração de bebês com SCZK.

União de Mães de Anjos (UMA)

UMA é uma associação, devidamente registrada, que presta assistência para famílias de bebês com microcefalia, vítimas do Zika Vírus. Fundada em dezembro de 2015, atende mais de 400 famílias em todo o Estado de Pernambuco e tem como objetivo construir uma política de atendimento com qualidade para esses bebês e suas famílias. Atualmente, a ONG conta com nove pontos de apoio em todo o Estado, em três regiões: Litoral (Recife e Ipojuca), Agreste (Limoeiro, Cortês, Caruaru, Belo Jardim e Arcoverde) e Sertão (Serra Talhada e Salgueiro) (UMA, 2018)

Por meio de doação, a UMA conquistou o espaço onde é atualmente a sede, localizada na zona Oeste, no Bairro Barro, na cidade de Recife (JCONLINE, 2016).

Policlínica Municipal de Recife Lessa de Andrade

Policlínica Lessa de Andrade, localizada no Bairro da Benfica, que fica na Madalena, Zona Oeste do Recife. A partir de janeiro de 2016, tornou-se centro de referência dedicado às crianças com a malformação advinda do Zika e conta com dois neuropediatras, dois fonoaudiólogos, dois fisioterapeutas e dois terapeutas ocupacionais. A mudança foi realizada a partir de ações do Plano Emergencial de Enfretamento ao *Aedes aegypti* (BRASIL, 2017a; G1, 2015).

2.10. Procedimentos da coleta de dados

As mães e cuidadores presentes nas reuniões e atividades nas sedes da AMAR e UMA ou na recepção da policlínica Lessa de Andrade foram abordadas para uma conversa inicial, com o objetivo de explicar o tema, os procedimentos e os aspectos éticos desta pesquisa, que são esclarecidos no próximo item.

Devido às condições propostas pelos espaços cedidos, as entrevistas só poderiam acontecer em determinados períodos. Em decorrência disso, no momento que antecedia as atividades propostas para os cuidadores (reuniões e atendimentos), nos intervalos ou no final desses eventos, usou-se de estratégias de coleta dos contatos telefônicos e agendamentos da

entrevista nas residências das mães e cuidadores ou em outros locais onde as crianças recebiam os atendimentos (clínicas e hospitais).

As autorizações para permanência nos locais, a participação em reuniões e atividades ofertadas pelas ONGs e mesmo a permanência na recepção da policlínica não foram os maiores desafios (descritos no item Aspectos Éticos). A maior barreira enfrentada consistiu na resistência de muitas mães e cuidadores para a realização das entrevistas, uma vez que essa população, desde o surto do Zika em 2015, foi bombardeada e sufocada por jornalistas, pesquisadores nacionais e internacionais. Antes mesmo na identificação da pesquisadora e explicação da temática houve recusas com falas e termos agressivos e, em alguns casos, foram solicitadas gratificações para a concessão da entrevista. Essas ocorrências foram explicadas por outras mães no local, que disseram que alguns pesquisadores estrangeiros ofertaram fraldas, leites, subsídios financeiros e outros materiais em troca das entrevistas.

Durante as entrevistas não houve, aparentemente, nenhum desconforto. Em alguns casos, foi observada a manifestação de certas inquietações perante alguns questionamentos, como o choro e a estratégia utilizados como pausa nos questionamentos, assim como relembrar os termos éticos previamente esclarecidos antes de iniciar a entrevista: em caso de desconforto ou constrangimento, a entrevistada poderia optar por não responder à questão.

A primeira fonte, as entrevistas, foi obtida por meio das anotações das respostas pela própria pesquisadora e, concomitantemente, gravadas em áudio em aparelho digital Sony®, para a posterior transcrição das falas. Tal procedimento foi adotado objetivando obter maior segurança nas informações coletadas, bem como para a realização das análises qualitativas previstas, para alcançar os objetivos traçados.

2.11. Aspectos éticos

A pesquisa foi apreciada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa, MG (CEPE/UFV), sob o número do CAAE: 67005617.8.0000.5153⁶.

Todas as participantes da pesquisa assinaram e receberam cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)⁷ (Apêndice 3) e foram informadas sobre os aspectos éticos em pesquisa com seres humanos (informações sobre o tema deste estudo, permissão de desistência a qualquer momento, riscos e prejuízos e anonimato). Também foi

⁶ Anexo 3 – Parecer do comitê de ética.

⁷ Apêndice 3 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

permitida, pelas entrevistadas, a gravação de todas as entrevistas para posterior utilização e análise qualitativas.

Para a realização das entrevistas nas sedes das ONGs, foi solicitada à diretoria das organizações autorização para sua realização⁸, que foi concedida em caráter verbal. Para a Policlínica Municipal de Recife Lessa de Andrade, foi solicitada à Secretaria Municipal de Saúde autorização, por meio da carta de anuência⁹ (Apêndices 4 e 5), sendo a autorização deferida (Apêndice 6).

2.12. Procedimentos para análises dos dados coletados

Duas fontes foram utilizadas para a realização das análises pretendidas: o arquivo oral (aspectos qualitativos) e as anotações das respostas, por meio do pesquisador (aspectos quanti-qualitativos).

Pré-análise

Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra, organizadas em pastas individuais e nomeadas por um número de identificação da cuidadora.

O processo de transcrição das entrevistas foi realizado somente pela pesquisadora, como forma de abarcar outras informações advindas das falas das entrevistadas e acontecimentos durante a coleta, bem como favorecer a compreensão e elaboração de inferências durante o processo de análise (MANZINI, 2004).

Os dados quantitativos foram tabulados no Software de Edição de Planilhas Microsoft Excel.

Análises quantitativas

As análises quantitativas foram utilizadas para expressar e descrever a amostra quanto aos seguintes aspectos: perfil sociodemográfico, acesso ao serviço de saúde de estimulação precoce e perfil das cuidadoras das crianças com a SCZK quanto ao NAF e QV.

Inicialmente, foi adotada a estatística descritiva da amostra, obtendo-se as médias e o desvio-padrão. Utilizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov para verificar a distribuição de normalidade dos dados.

⁸ Apêndice 4 – Carta de anuência para ONGs.

⁹ Anexo 5 – Carta de anuência para a Secretaria do Estado.

Os dados paramétricos foram apresentados por meio da distribuição de frequência e os não paramétricos, por valores mínimo, máximo e mediana, sendo considerados 5% de significância. Os dados foram analisados utilizando o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) – Statistics 23. Questões quantificadas como “Não se aplica” e as questões “omissas” que não obtiveram respostas não foram analisadas e nem apresentadas nos resultados.

Análises qualitativas

Para verificar o NAF e a QV desta amostra, utilizou-se da análise descritiva e da classificação dos resultados dos dois instrumentos “Whoqol-Bref” e “IPAQ”. Esses instrumentos constituem as respostas objetivas, que se limitam a uma análise estritamente quantitativa, o que impede a análise de comentários ou justificativas de escolhas das respostas. Aliada à análise quantitativa das questões objetivas dos instrumentos, foi realizada análise qualitativa, com o intuito de apresentar e argumentar pontos subjetivos presentes na fala das entrevistadas que não puderam, de alguma forma, ser expressos em números ou, mesmo, pela objetividade das respostas a que os instrumentos se propõem (IPAQ e WHOQOL- Bref).

Para a análise qualitativa foi elaborado o corpus textual, a partir da transcrição das falas das entrevistadas, o qual foi, posteriormente, analisado pelo software Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (IRaMuTeQ) 0.7 alpha 2. Segundo Lahlou (2012), as análises realizadas por meio do software permitem superar a dicotomia entre quantitativo e qualitativo na análise de dados, possibilitando que se quantifiquem e empreguem cálculos estatísticos sobre variáveis essencialmente qualitativas (textos das falas transcritas), o que resulta em maior objetividade nas interpretações dos dados de textos (CAMARGO; JUSTO, 2013).

O IRaMuTeQ realiza diferentes análises por meio de estatísticas de textos, baseadas em análise lexical do material textual. São elas: CHD – Classificação Hierárquica Descendente, Análises de Similitude, Nuvem de Palavras e Reedição de Gráficos da Análise Textual.

Para esta análise foi utilizado o CHD – Classificação Hierárquica Descendente baseada na proximidade léxica e na associação de palavras em contextos similares, formando um sistema de representação. Segundo Camargo e Justo (2013), a CHD proposta por Reinert (1990) identifica as classes (grupos) de vocabulário presentes nos textos em análise.

Os segmentos de texto (STs) são partes menores dos textos que são agrupados em temáticas (classes temáticas) que contêm as palavras que se apresentam com o maior nível de associação nos diferentes contextos. Para os classificados do STs de acordo com o vocabulário semelhante e o conjunto de termos, é particionado de acordo com a frequência das raízes das palavras. O sistema procura obter classes formadas por palavras que são significativamente associadas com aquela classe (a significância começa com o quiquadrado = 2).

Etapas para a análise por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD)

Lahlou (2012) enfatiza que para uma boa análise o pesquisador deve construir o corpus com pelo menos 20 textos. Nesse corpus textual (um conjunto de textos)¹⁰ foram transcritas todas as 78 entrevistas, o que originou 78 textos organizados em um único arquivo a respeito do IPAQ e do Whoqol-Bref .

Para separar cada resposta das entrevistadas, utilizou-se a linha de comando para algumas variáveis que são importantes para o delineamento da pesquisa, como o número de identificação do entrevistado (do texto) em questão, conforme apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 – Descrição da estrutura da linha de comando utilizada para a identificação dos textos

Linha de comando:	
**** *nc_001 *entrev_001 *resposta_1 *cidade_1 *ecivil_1 *classe_1	
Código da linha de comando	Descrição
nc_001	Número de identificação da questão
entrev_001	Identificação do entrevistado
resposta_1 ou resposta_2	(1) Instrumento IPAQ ou (2) Whoqool-Bref
cidade_1	Cidade de origem identificada por número
ecivil_1	Estado civil identificado por número
classe_1	Classe econômica identificada por número

Fonte: Elaboração pela pesquisadora com base nos instrumentos utilizados para este estudo.

As transcrições foram realizadas no Microsoft Word 2010. O arquivo foi salvo como documento de texto usando a codificação de caracteres no padrão UTF-8 (Unicode

¹⁰ Texto é considerado cada entrevista transcrita.

Transformation Format 8 bits codeunits). As perguntas dos instrumentos (IPAQ e Whoqol-Bref) foram suprimidas, mantendo-se somente as respostas para a realização desta análise.

Posteriormente foram feitas uma revisão de todo o arquivo para a correção de erros de digitação e pontuação, a uniformização das siglas e a junção de palavras compostas, a exemplo do termo “Atividade_Física”, para que durante o processo o sistema o identificasse como uma única palavra.

No final dos processos citados, foi realizada a análise CHD, obtendo-se como um dos resultados a representação em forma de dendograma com as classes temáticas geradas. A CHD utiliza a lógica de associação das segmentações, juntamente com a lista de formas reduzidas e o dicionário embutido do programa para apresentar um esquema hierárquico de classes (CAMARGO; JUSTO, 2013).

De acordo com a frequência das formas reduzidas, estas são divididas e associadas, permitindo o agrupamento das palavras semelhantes entre si e diferentes das STs das outras classes, estatisticamente significativas, e a análise qualitativa dos dados.

Para a criação de um dicionário de palavras, o programa utiliza o teste qui-quadrado (χ^2), que revela a força associativa entre as palavras e a respectiva classe. Essa força associativa é analisada quando o teste for maior que 3,84, representando $p < 0,0001$. O menor valor do χ^2 representa uma menor relação entre as variáveis (CAMARGO; JUSTO, 2013). Assim, neste estudo foram consideradas as palavras e STs com os maiores escores das classes e palavras com frequência igual ou superior à média, χ^2 superior ou igual a 3,84 e nível de significância de $\alpha=5\%$ ($p \leq 0,05$).

Após as análises de associação da CHD, o software apresenta um dendograma que possibilita a visualização das palavras que obtiveram maior frequência em porcentagem. As classes geradas foram nomeadas das mais “soltas” para as mais “agregadas”.

Após todo o processo foram selecionados alguns ST representativos, de acordo com os objetivos aqui propostos. Os segmentos são classificados em função dos respectivos vocabulários, com uma média de três linhas, variando conforme a característica do corpus textual.

3. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Optou-se por analisar os resultados de cada um dos blocos de questões investigadas separadamente, devido à identificação, contextos e características de que cada um que se propõe a alcançar.

3.1. Perfil das famílias de crianças com Síndrome Congênita do Zika

O estudo contou com a participação de 78 mães e cuidadoras de crianças com a SCZK, sendo 75 mães biológicas, duas avós e uma mãe adotiva, com a média de idade de 29,32 anos (DP $\pm 7,36$), como mostrado na Tabela 1. No que se refere ao estado civil, 57 (73,1%) são casadas ou em união estável.

Não foi possível coletar entrevistas de pais ou cuidadores (homens) nessa investigação. A amostra foi composta apenas por mães e cuidadoras do sexo feminino.

A figura paterna não se fazia presente nos locais de coleta. Cabe ressaltar que, mesmo na reunião promovida pela UMA para comemorar o “dia dos pais”, apenas um pai acompanhou o filho juntamente com a esposa. Ele foi convidado para contribuir, entretanto optou por não conceder a entrevista. Esse fato pode ser justificado pela função atribuída às mulheres, que são, por vezes, responsáveis pelo cuidado de pessoas com deficiência (ALMEIDA PIMENTA; ALBERTO RODRIGUES, 2010).

Para Félix e Farias (2019), no contexto da microcefalia o pai parece ser invisível no processo de cuidado. Em estudos com cuidadores informais (que não exercem o cuidado enquanto profissão), nos contextos em que há algum membro da família com deficiência, os perfis amostrais são semelhantes aos aqui encontrados: mulheres, mães, casadas e que não exercem atividades profissionais (BALLARIN et al., 2016; ONES et al., 2005).

Quando se procura investigar o perfil sociodemográfico de cuidadores de crianças acometidas pelo Zika no Brasil, a prevalência encontrada, segundo Marinho et al. (2016), foi de mães de etnia preta ou parda, sem curso superior, residentes na Região Nordeste do país. Essas autoras consideram que as mães de nascidos vivos com essa síndrome estão, em sua maioria, inseridas em um contexto socioeconômico desfavorável, assim como no estudo de Abreu, Novais e Guimarães (2017) com crianças com a SCZK da Bahia.

Tabela 1 – Caracterização das mães e cuidadores de crianças com a Síndrome Congênita do Zika Vírus e microcefalia, quanto às características sociodemográficas, Recife-PE, 2018

Características (N:78)	Frequência	(%)
Local		
Recife	34	43
Outros municípios	44	57
Estado civil		
Solteira		21,8
Casada/União estável	57	73,1
Divorciada	4	5,1
Parentesco		
Mães biológicas		96,15
Mães adotivas	1	1,28
Avó	2	2,56
Situação do trabalho		
Trabalho externo (voluntário e remunerado)	2	2,6
Trabalho doméstico	73	93,6
Classe econômica (ABEP)		
B1	2	2,6
B2	2	2,6
C1	10,3	8
C2	29,5	23
D-E	52,6	41
Média (DP)		
Idade (anos)	29,32 ± 7,36	
Número de filhos	1,97 ± 1,10	
Idade das crianças com a síndrome (meses)	22,03 ± 3,04	

Fonte: Elaboração da pesquisadora com base nos instrumentos utilizados para este estudo.

As classes socioeconômicas aqui predominantes são: “D-E” seguida de “C2”. De acordo com a ABEP (2008), 48,7% dos brasileiros se encontram nessas classes. Tais características socioeconômicas podem ser justificadas pelo perfil das gestantes mais atingidas pelo vírus. De acordo com a prevalência do surto do Zika em 2015, Souza et al. (2018) identificaram que as populações de baixa renda foram mais suscetíveis ao contágio pelas condições locais onde residiam. Verifica-se que, quanto mais baixos os recursos econômicos e o grau de escolaridade, menor o saneamento básico e as condições ambientais

desfavoráveis, o que contribui para a proliferação do vetor responsável pela transmissão do Zika (ABREU; NOVAIS; GUIMARÃES, 2017).

As entrevistas foram realizadas na cidade de Recife, onde se observou a predominância de mães e cuidadores residentes na capital (43%). A distribuição por residência é apresentada por meio da distribuição espacial (Figura 2).

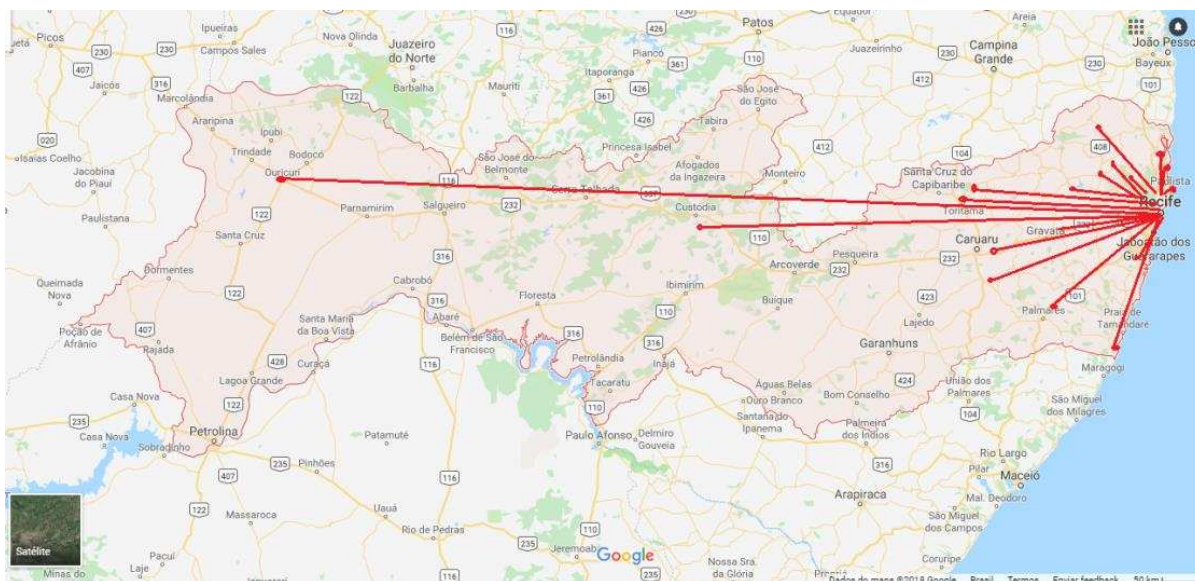


Figura 2 – Distribuição espacial de mãe e cuidadoras entrevistadas.

Fonte: Elaboração da pesquisadora com base nas localizações das cidades referentes às crianças com a SCZK das cuidadoras entrevistadas.

A busca pelo atendimento especializado e a ausência de estrutura dos municípios fazem que mães e cuidadoras procurem esse atendimento na capital pernambucana:

[...]a questão de atendimento ao serviço de saúde, não tem um centro de especialização mais perto. Eu preciso viajar 12 horas para vir para cá e ter um atendimento melhor para minha filha. Se eu precisar de um exame especializado eu tenho que me locomover para cá, não tenho mais perto de casa. Ai tudo é aqui em Recife, tenho que largar tudo lá e ficar aqui uns três dias na casa de uma tia minha. Por exemplo, eu tenho uma consulta hoje (dia 04/09) e outra dia 12 então eu fico aqui até dia 12 (Entrevistada, N059 residente da cidade de Ouricuri, no sertão pernambucano).

Lá na minha cidade não tem, só tem fisio. Tinha TO, mas agora não tem. Duas vezes por semana eu vou em Surubim e uma vez venho para Recife. Gasto umas três horas. Ele chega aqui muito cansado, às vezes ele até dorme na hora da terapia e não rende o que deveria render (Entrevistada N054 – Frei Miguelinho-PE, 142 km de Recife).

Vou ser atendida aqui 1 hora da tarde e eles querem que a gente sai de casa 4 horas da manhã e chegar aqui em Recife 5h30 eu ficar esperando aqui para o atendimento.

Eu tenho que dar banho nele, limpar a sonda não dá e também para voltar que tem que esperar a hora de voltar (Entrevistada N063).

Eu levo da minha casa aqui 90 minutos; dá uns 80 km. Venho com o carro do município; é fácil chegar por isso. Mas eu saio umas 3 horas a 4 horas da manhã e volto umas 15 horas da tarde (Entrevistada N09 – Lagoa do Carro- PE, 58 km de Recife).

Os relatos foram coletados no segundo semestre de 2017, período em que já havia proposta para uma estrutura de oferecimento de atendimento mais próximo da residência dessas famílias, pois, entre as diversas propostas da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, a ampliação de locais para atendimento até o fim do ano 2017 seria uma delas.

O planejamento consistia em que cada uma das 12 Gerências Regionais de Saúde (GERES) do Estado deveria contar com pelo menos uma referência em reabilitação da SCZK, facilitando o acesso e diminuindo a distância percorrida (BRASIL, 2017a). O Estado ampliou de duas unidades de atendimento (Associação de Assistência à Criança Deficiente e IMIP) para 32 (BRASIL, 2017a), em que nas 12 GERES, em agosto de 2017, já havia pelo menos um centro de reabilitação. Criou-se também o “Núcleo de Apoio às Famílias com Microcefalia” para monitorar, acompanhar e oferecer apoio às famílias e a todos os assuntos relacionados à doença.

Com o empenho da Secretaria de Saúde do Estado e o aumento do número de centros de reabilitação, esperava-se que essas famílias estivessem recebendo o suporte adequado mais próximo de suas residências.

Além da questão do acesso ao atendimento de saúde e EP, buscou-se investigar como se constituíam a frequência e qualidade desses atendimentos, o que é discutido subsequentemente.

3.2. Acesso à estimulação precoce de crianças com Síndrome Congênita do Zika vírus

Todo bebê necessita de condições favoráveis e estímulos para seu crescimento e desenvolvimento, e isso ocorre no contexto das interações da biologia, da cultura e das experiências com diferentes interações. Assim, quando um fator de risco para o desenvolvimento for identificado, para amenizar os sintomas e o impacto o processo de Estimulação Precoce (EP) deve ser iniciado o quanto antes (GLEASON, 2018), pois passado esse período a possibilidade de ganhos significativos fica limitada (DEMARIN; MOROVIĆ; BÉNÉ, 2014).

A estimulação adequada e contínua precisa ser precoce para atingir, o mais rápido possível, um cérebro ainda imaturo e em desenvolvimento, capaz de receber estímulo e responder a eles adequadamente, integrando-os ao seu crescimento desde o início da vida (GONDIM, C.M.L., 2014). A precocidade desse momento deve ser compreendida no sentido preventivo do termo e não no sentido da antecipação de etapas do desenvolvimento (OLIVEIRA 1983 apud CORRÊA, 2010). Entende-se por EP:

A estimulação precoce pode ser definida como um programa de acompanhamento e intervenção clínico-terapêutica multiprofissional com bebês de alto risco e com crianças pequenas acometidas por patologias orgânicas, buscando o melhor desenvolvimento possível, por meio da mitigação de sequelas do desenvolvimento neuropsicomotor, bem como de efeitos na aquisição da linguagem, na socialização e na estruturação subjetiva, podendo contribuir, inclusive, na estruturação do vínculo mãe/bebê e na compreensão e no acolhimento familiar dessas crianças (BRASIL, 2016b, p. 7).

Segundo Arce, Alessandra e Martins (2009), a estimulação recebida pela criança na primeira infância (zero a 3 anos) é indispensável, pois essa fase é caracterizada pela neuroplasticidade¹¹, quando o cérebro é mais flexível e desenvolve a maioria das ligações entre os neurônios, existindo o dobro de conexões que possui um adulto (INSTITUTO CAMARGO CORREIA, 2018).

A proposta da DEPN a respeito do suporte direcionado ao desenvolvimento da criança acometida pelo Zika é articular entre os Centros Especializados em Reabilitação e a Atenção Básica um programa que abrange o período da concepção até os 3 anos de idade. As orientações das diretrizes sobre desenvolvimento da criança acometida pelo ZKV direcionam a atenção ao desenvolvimento neuropsicomotor, auditivo, visual e da linguagem e a importância da EP nesse processo.

Pode-se dizer que a aquisição de marcos de desenvolvimento pelas crianças depende do funcionamento do Sistema Nervoso Central e de dimensões do funcionamento orgânico, bem como da carga, qualidade dos estímulos e das relações que a criança vivencia. Segundo o MS, no caso das crianças afetadas pelo ZV há maior necessidade de articular o trabalho dos profissionais de saúde dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e a Atenção Básica (AB) juntamente com a família, para que se possam alcançar os ganhos da EP (BRASIL, 2016a).

¹¹A reuoplasticidade é a capacidade que o cérebro tem de se organizar a partir de determinados estímulos e informações. Essa capacidade permite que determinada função do Sistema Nervoso Central (SNC) possa ser desenvolvida em outro local do cérebro como resultado da aprendizagem e do treinamento (ESTIMULAÇÃO – Movimento Zika, s.d.).

Caracterização dos atendimentos dos programas de estimulação precoce

O “Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika” foi o instrumento do PNEM (BRASIL, 2015a) para orientar gestantes e puérperas acerca do vírus Zika, bem como propor ações para o atendimento à criança com SCZV (BRASIL, 2015a).

De acordo com o protocolo, toda criança com SCZK deveria, além do diagnóstico, receber o acompanhamento adequado na atenção básica e em centros especializados, bem como o acesso à reabilitação, terapias e EP. Entretanto, segundo o Boletim Epidemiológico do MS (BRASIL, 2018), apenas uma em cada sete (14%) crianças com síndrome recebeu o atendimento completo: diagnóstico, acompanhamento especializado e EP. Até 10 de janeiro de 2018, no Brasil, a assistência realizada foi: “puericultura”, 61,5% (1.646); “estimulação precoce”, 36,7% (982); e atendimento especializado, 63,3% (1.694).

Considerando que as entrevistas constituíram 18,52% (78 entre 421) das crianças com SCZK de todo o Estado de Pernambuco, não se pode inferir que esse perfil de acesso se estende a todo o Estado. Isso porque, como expresso na metodologia, a seleção amostral partiu de uma busca por conveniência. Destaca-se, entretanto, que na amostra apenas sete crianças não obtinham pelo menos uma sessão de terapia, e esses valores podem estar relacionados aos locais onde as entrevistas foram realizadas (ONGs e policlínica), pois oferecem esses atendimentos ou fazem a intermediação para o alcance da EP.

No período da coleta, 94,7% (71) das crianças recebiam pelo menos um atendimento de EP, sendo 3,64 ($DP \pm 1,43$) a média do número de atendimentos diferentes. Desses, 81,3% (61) foram realizados de forma gratuita e 13,3% (10) com um investimento financeiro integral ou parcial (valores concedidos com desconto ou pagamento integral, em serviços de fisioterapia, hidroterapia, musicoterapia, entre outros).

Ao analisar o nível de dificuldade do deslocamento da residência até o local da estimulação, 25,3% (19) da amostra foi classificada como “Difícil” e 32% (24), como “Fácil” e “Razoável”. O tempo gasto para esse deslocamento foi, em média, de 83,97 minutos ($\pm 44,8$), com variação entre 10 e 240 minutos, como mostrado na Tabela 2.

Tabela 2 – Características dos atendimentos de estimulações recebidas pelas crianças com a Síndrome Congênita do Zika Vírus, Recife-PE, 2018

Variável		Frequência	(%)
Número de local(ais) que oferece(m) atendimento	1 local	19	26
	2 locais	37	50,7
	3 locais	16	21,9
	4 locais	1	1,4
Forma de deslocamento para o(s) atendimento(s)	A pé	1	1,3
	Carro próprio	7	9,3
	Carro do município	30	40
	Transporte coletivo	35	46,7
Para chegar ao(aos) local(ais) de atendimento(s)	Muito fácil	1	1,3
	Fácil	24	32
	Razoável	24	32
	Difícil	19	25,3
	Muito difícil	5	6,7
Pagamento pelo(s) atendimento(s)	Não	61	81,3
	Sim	2	2,7
	Alguns atendimentos são pagos	10	13,3
Satisfação com atendimento recebido	Muito bom	23	30,7
	Bom	42	56
	Regular	7	9,3
	Muito ruim	1	1,3
Há um profissional de Educação Física na equipe de atendimento	Não	50	66,7
	Não sabe informar	23	30,7
	Mediana	Mínimo	Máximo
Quantidade de terapias realizadas	3,64 ± 1,43	1	7
Tempo de deslocamento (min)	83,97 ± 44,81	10	240

Fonte: Elaboração da pesquisadora com base nos instrumentos utilizados para este estudo.

Transporte coletivo superlotado, carros do município com horários rígidos e sem proximidade com o horário de atendimento, engarrafamentos e vias urbanas e rurais danificadas podem ser considerados barreiras para o acesso ao atendimento de saúde e EP. Dada a importância do acesso a esses atendimentos para as crianças, é importante destacar que o nível de estresse a que elas são submetidas no percurso para atendimento, somado às características de irritabilidade da síndrome, pode tornar a EP ineficiente e, mesmo, ineficaz para a conquista dos objetivos traçados pelas terapias.

Relatos de perda de atendimento – o profissional não conseguia realizar os exercícios propostos – e do nível de irritabilidade são evidenciados pelas cuidadoras:

Lá na no interior eu não tenho nada e tenho que vir para cá, eu venho de ônibus e o carro do município quando tem, pois como a demanda está alta tem vez que não tem muito carro. Tem vez que você tem consulta 10 h e o carro do município sai de 4h30, e aí a gente fica com a criança esperando esse atendimento e quando chega a hora do atendimento elas já estão tudo estressadas. Como que faz a estimulação com elas estressadas? Pra chegar nesses lugares é difícil (Entrevista, N06).

(...) ir lá é fácil, mas o ruim é que às vezes eu chego muito cedo e tenho que esperar e depois tenho que esperar para ir embora, pois eu vou de carro do município (Entrevista, N03).

Ela não tem fono. Ela tinha na AACD, só que porque a gente pegava ônibus e ela se estressava e chegava lá chorando e voltava para casa chorando e a gente não fazia. Eles mudaram a programação de uma vez por semana para 15 em 15 dias e depois de 3 em 3 mês não deu certo, aí eu perdi, pois ela só fica chorando e não faz (Entrevista N02).

Além do perímetro cefálico reduzido e do quadro de irritabilidade, outras alterações são identificadas nas crianças com SCZK: hipertonia/espasticidade, hiperreflexia, convulsões, disfunção do tronco cerebral, disfagia, artrogripose, alterações neuromotoras, auditivas e oculares (BRASIL, 2016b). Diante dessa diversidade de alterações, é importante que essa criança possua acesso a diferentes tipos de atendimento e programas de estimulação específicos, o que é apresentado pela proposta do governo em suas diretrizes, a fim de promover o desenvolvimento das áreas: motora, sensorial, perceptiva, proprioceptiva, linguística, cognitiva, emocional e social. A Tabela 3 apresenta os tipos de terapias, a média de frequência ao acesso e a duração dessas terapias. Ressalta-se que para analisar a duração do atendimento foram considerados os tempos mínimo e máximo de cada sessão e o mínimo e máximo do tempo total que o indivíduo acessa em um mês, pois a EP não é oferecida para todos semanalmente.

Tabela 3 – Terapias de estimulação quanto ao tipo e média de duração em um mês para crianças com Síndrome Congênita do Zika, Recife-PE, 2018

Variável		Frequência	%
Diagnóstico	Durante a gestação	27	34,6
	Após o nascimento	46	59,0
Atendimento recebido	Fisioterapia	71	94,7
	Fonoaudiologia	64	85,3
	Terapia ocupacional	58	77,3
	Estimulação visual	39	52,0
	Musicoterapia	6	8,0
	Hidroterapia	21	28,0
	Estimulação auditiva	17	22,7
	Média	Mínimo	Máximo
Idade de início da terapia	5,22 ± 4,38	0	14
	Mediana	Mínimo	Máximo
Tempo fisioterapia	30	0	60
Total fisioterapia	160	0	600
Tempo fonoaudiologia	30	0	60
Total fonoaudiologia	160	0	720
Tempo terapia ocupacional	30	0	60
Total terapia ocupacional	120	0	480
Tempo estimulação visual	15	0	60
Total estimulação visual	30	0	360
Tempo musicoterapia	00	0	40
Total musicoterapia	00	0	160
Tempo hidroterapia	00	0	40
Total de hidroterapia	00	0	480
Tempo estimulação auditiva	00	0	60
Total estimulação auditiva	00	0	400

Fonte: Elaboração da pesquisadora com base nos instrumentos utilizados para este estudo.

*Diagnóstico, em meses; *Tempo refere-se ao tempo de cada sessão de estimulação recebida; e *Total refere-se ao tempo total em minutos de estimulação somados de um mês de atendimento.

Por se tratar da investigação de aspectos relacionados à EP, investigou-se com qual idade a criança iniciou o tratamento, obtendo como média de idade inicial 5,22 (DP± 4,38) meses. Para Formiga et al. (2004), os primeiros quatro meses consistem em um período ideal para iniciar o programa de EP.

Apesar de a média encontrada estar dentro dos parâmetros propostos, ressalta-se que a EP deve começar o quanto antes. Uma possível justificativa para o início tardio pode ter relação com o desconhecimento inicial do surto, as características inéditas, as dificuldades de realizar o diagnóstico (intrauterino ou após o nascimento) e a sua confirmação. Ao considerar o universo desta pesquisa, 59% (n-46) das entrevistadas receberam o diagnóstico somente após o nascimento da criança.

A oferta de EP em redes de atendimentos públicos, prioritariamente, é direcionada aos casos com diagnósticos concluídos, e esse diagnóstico demanda um período para a realização de exames físicos, laboratoriais e de imagem (BRASIL, 2015b).

É possível observar na Tabela 4 que cada indivíduo recebe em média três tipos de estímulos diferentes, entre eles a fisioterapia e a fonoaudiologia foram as que obtiveram maior frequência entre os investigados. A fisioterapia é realizada por 94,7% (n-71) e a sessão de fonoaudiologia, por 85,3% (n-64). Ambas apresentaram valores semelhantes, com mediana de 30 minutos em uma sessão e 160 minutos em um mês.

Quanto maior o número de estímulos, melhores as conquistas e ganhos nos aspectos neuropsicomotores. Segundo as Diretrizes de Estimulação Precoce propostas pelo MS (BRASIL, 2016b), esta deve ser realizada diariamente. Entretanto, em alguns casos o atendimento é feito apenas a cada 15 dias.

A redução do atendimento

As medidas implementadas para o cuidado com as crianças com SCZV, como o acompanhamento com neurologista, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional, entre outros, objetivavam amenizar as possíveis defasagens no desenvolvimento e futuramente vir a não mais sobrecarregar o sistema de saúde. Políticas públicas, ampliação de redes de atendimento, reabilitação, entre outros investimentos, apresentavam um caminho que parecia ser a solução das dificuldades vivenciadas pelas cuidadoras e sua luta pelos direitos de seus filhos.

O planejamento pode não ter sido conquistado de forma integral, pois a realidade apresentada por algumas cuidadoras e pela mídia é oposta a essa rede ampla de atendimento. Com base nas anotações do diário de campo por meio de observações, conversas informais e relatos

das entrevistas, mães e cuidadoras apresentam expressão de irritabilidade e revolta. Vagas conquistadas foram retiradas, algumas por ausências por motivo de saúde (criança internada, por exemplo) e outras por padrões com pouca ou nenhuma evolução, avaliados por meio de testes.

Quando uma criança não tem um desenvolvimento bom ela é desligada. Só que eu acho que é lento, mas alguma coisa foi feita por ela. Eu fiquei mal com o desligamento, parece até que minha filha ta vegetando (N002).

De acordo com o relato das mães, esses centros de reabilitação utilizam como parâmetro para a exclusão da criança os resultados dos testes. Caso a criança não apresente evoluções, ela é excluída da terapia. Além desse fator, profissionais que atuam com a EP relatam que os atendimentos e terapias não se mostram eficientes para esse público, pois a criança com SCZK precisa desenvolver necessidades básicas, como comer e respirar.

A redução no número de atendimentos não foi apenas um relato e desabafo das mães. Em setembro de 2017 (mesmo período da coleta dos dados), o MS apresentou dados do quadro epidemiológico relacionado ao Zika entre fevereiro e agosto de 2017, mostrando uma diminuição de 35,8% no atendimento com estimulação precoce e de 16% no atendimento especializado. Foi registrada uma queda de 9,4% em atendimento no acompanhamento do desenvolvimento da criança. A justificativa foram as possíveis alterações do redirecionamento para serviços especializados, de acordo com o diagnóstico e alterações metodológicas de coleta de dados.

Parece que os governos não querem gastar dinheiro com essas crianças porque acham que elas não são reabilitáveis, mas eles se esquecem que reabilitação não é só para sentar, andar, é para que elas possam ter qualidade de vida (N022).

Além das terapias e EP, tem-se que pensar no bem-estar físico, emocional e social não apenas nos aspectos neuropsicomotores. É necessário viabilizar estratégias para relacionar as pessoas com deficiência, as famílias, as comunidades e as organizações dos serviços de saúde, educação e sociais para desenvolver a reabilitação e inclusão social (RCB, 2010).

O Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce NUTEP é um projeto de extensão da Universidade Federal do Ceará. A partir do surto do Zika, o NUTEP, em parceria com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), estruturou um programa multiprofissional, envolvendo diversas áreas (assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionais). A proposta do núcleo era oferecer, com base no método Goals-Activity-Motor Enrichment – GAME, a transformação da família em parceira ativa os estímulos oferecidos pelos profissionais (NUTEP, 2017).

Assim, por meio das intervenções com as crianças e suas famílias, as respostas alcançadas após 16 semanas foram as seguintes: 50% das crianças atingiram mudanças clinicamente significativas nas escalas de desempenho e de satisfação; a respeito da qualidade do ambiente doméstico das crianças, observou-se aumento dos escores, revelando que houve incremento na provisão de recursos centrados na estimulação da criança em casa; já no desenvolvimento motor não foi possível observar mudanças significativas, porém esse resultado deve ser avaliado por instrumento para a mensuração específico e da severidade motora das crianças.

Quando se fala em um público com deficiência, toda intervenção e estímulo oferecidos devem ser analisados, além de escalas e números. A realização de avaliações pré e pós-intervenções são fundamentais para a condução do trabalho desenvolvido diante dos ajustes e reflexões dessa condução, porém, muitas vezes, podem não ocorrer mudanças significativas em decorrência da proposta desenvolvida. É importante, nesses casos, não se deter a aspectos meramente mensuráveis por escalas em meio a número e fórmulas, mas, prioritariamente, nas avaliações dos aspectos qualitativos. O não perder, mesmo que sem evolução, pode aqui ser considerado como ganho para essas crianças.

A SCZK apresenta inúmeras características que interferem não apenas em desenvolvimento neuropsicomotor da criança, mas em sintomas agravantes para a saúde (broncoaspiração, convulsões, necessidade de uso de sonda alimentar). Apesar de ser uma síndrome desconhecida e ainda em processo de descobertas, a EP possui parâmetros básicos para estímulo que envolve todas as áreas sensoriais (visual, auditiva, olfativa, tátil, sinestésica, proprioceptiva e vestibular) e que podem contribuir para a evolução ou, mesmo, para a manutenção de algumas de suas funções motoras e cognitivas, ainda que dentro de um contexto tão específico e desconhecido como é a SCZK.

Esse cenário de baixas frequências e duração de tempo de estímulos aqui relatados não é suficiente para atender às necessidades da criança com SCZK. Uma estratégia para promover a EP, propiciar seus benefícios e articular programas e proposta centrada na família como foco promotor da EP pode se tornar uma forma de oferecer às crianças com SCZK o acesso ao estímulo não apenas pelos profissionais em atendimentos esporádicos, mas pelo seu cuidador diariamente, podendo, assim, alcançar a manutenção, a melhoria de funções e até mesmo aumentar o fortalecimento do vínculo afetivo entre o cuidador e a criança.

3.3. Nível de atividade física e qualidade de vida das cuidadoras de crianças com Síndrome Congênita do Zika

Há consenso na literatura relacionando a prática regular de AF como fator de proteção à saúde, como componente fundamental para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), bem como sua relação com o bem-estar físico e psíquico (DAVIS et al., 2010; WORLD HEALTH, 2010; FREIRE; RAFAEL; SILVEIRA et al., 2014; PUCCI et al., 2012).

Em estudos como o de Vale (2018) e Reinheimer et al. (2016), mostra-se que o contexto vivido por mães de crianças com SCZK é, muitas vezes, caracterizado por elevados níveis de ansiedade e estresse psicológico, resultado das modificações do cotidiano, do cuidado à criança e das tarefas domésticas. Diante de um ambiente com diversas funções e responsabilidades, o autocuidado, momentos de lazer e prática de AF podem ser, muitas vezes, negligenciados e, como consequência, ocorrem alterações na percepção da QV.

Análise qualitativa do NAF e QV de cuidadoras com Síndrome Congênita do Zika

O corpus textual composto pelas respostas transcritas a respeito do NAF e QV foi analisado com o software IRaMuTeQ®, constituído por 149 textos, resultando em 732 segmentos de texto (STs) com o nível de aproveitamento dos STs de 91,67% (n=671).

A CHD gera segmentos de texto e vocabulário, correlacionando-os, formando um esquema hierárquico de classes temáticas e separando vocabulário semelhante entre si e vocabulário diferente dos segmentos de texto das outras classes. Na análise surgiram 24.977 ocorrências (palavras, formas ou vocábulos), sendo 1.291 formas e 865 com apenas uma ocorrência.

A partir de matrizes cruzando os STs, palavras e as formas, elas foram agrupadas em sete classes temáticas. O Dendograma da CHD (Figura 3) ilustra as relações interclasses das palavras e expressões usadas pelas participantes da pesquisa.

Como apresentado na Figura 3, o corpus foi dividido em dois grupos: “Atividades de Vida Diárias” (AVDs), em que os STs e os resultados da classificação por meio da análise descritiva do IPAQ serão incorporados para a discussão e a “Qualidade de Vida” (QV), que acompanharão o mesmo processo relacionado à classificação e análise descritiva do Whoqol-Bref com a análise qualitativa. Posterior a essa divisão, o grupo AVDs originou dois subgrupos: classes 3 – “Atividades Domésticas” e 4 – “Transporte”.

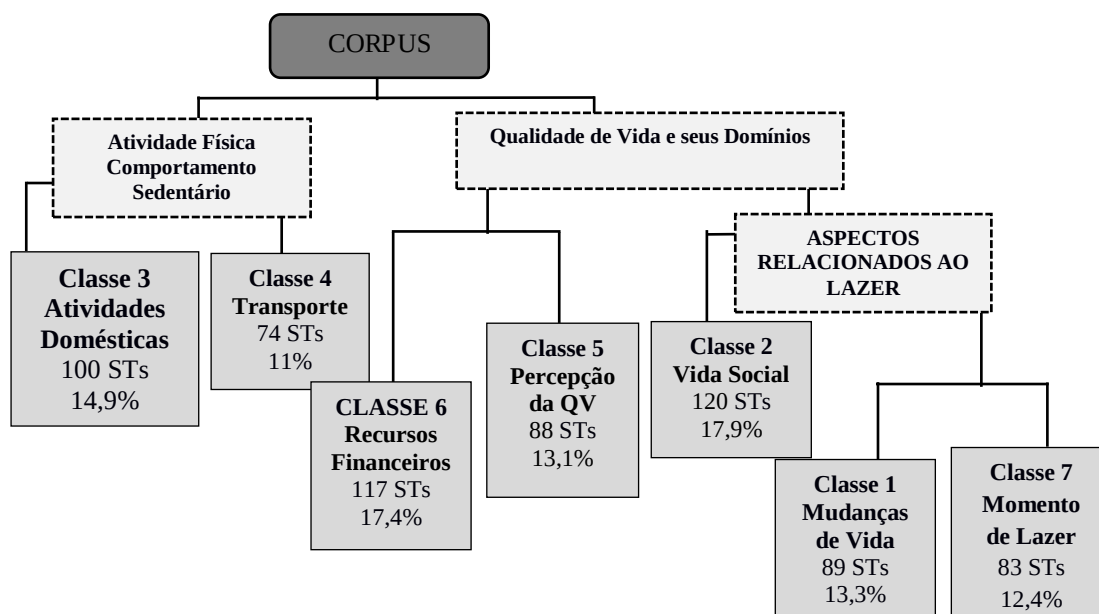


Figura 3 – Dendrograma da classificação hierárquica descendente.

Fonte: Elaboração da autora com base nas informações emitidas pelo software IRaMuTeQ.

O grupo QV foi dividido em dois subgrupos “Domínios Físicos da Qualidade de Vida” composto pela Classe 5 “Percepção da Qualidade de Vida” e pela Classe 6 “Recursos Financeiros”. O subgrupo “Aspectos Relacionados ao Lazer” originou a Classe 2 “Vida Social”, a Classe 1 “Mudanças de Vida” e a Classe 7 “Momento de Lazer”.

No subgrupo “Aspectos Relacionados ao Lazer”, as Classes 1 e 7 possuem maior relação e proximidade com a Classe 2. A Classe 5 possui mais relação e proximidade com a Classe 6, assim como ocorre com as Classes 3 e 4 (maior relação e proximidade).

Nos próximos tópicos são apresentadas as discussões referentes a cada um dos eixos temáticos da CHD de acordo com as palavras mais frequentes e com os objetivos propostos pelos instrumentos de investigação: IPAQ e WHOQOL-Bref.

Resultado da classificação do NAF e comportamento sedentário de cuidadoras com Síndrome Congênita do Zika

As classificações das mães e cuidadoras desta investigação, segundo os critérios do IPAQ, são expressas na Tabela 4.

Tabela 4 – Análise Descritiva da Classificação do IPAQ de mães e cuidadoras de crianças com a Síndrome Congênita do Zika Vírus, Recife-PE, 2018

Características	Frequência	(%)
Classificação trabalho IPAQ		
Ativas	1	1,3
Sedentário	72	94,7
Classificação transporte IPAQ		
Ativos	18	23,7
Sedentários	55	72,4
Classificação atividades domésticas IPAQ		
Ativos	61	80,3
Sedentários	12	15,8
Classificação lazer IPAQ		
Ativos	5	6,6
Sedentários	68	89,5
Categoria sentada semana em um dia		
≤3 h	23	29,5
>3 h	49	62,8
Categoria sentada de um dia do fim de semana		
≤3 h	33	42,3
>3 h	39	50
Média (DP)		
Tempo sentado de um dia do fim de semana	269,17 ± 187,44	
Tempo sentado de um dia durante a semana	309,37 ± 186,06	

Como é possível observar, o domínio das “atividades domésticas” representa a maior frequência de mães e cuidadoras classificadas como “ativas” (80,3%, n=61), em comparação com os demais domínios. Atividades domésticas são aquelas realizadas na residência: faxina pesada ou atividades que requerem esforço físico intenso.

As demais obtiveram classificação predominante enquanto “sedentárias”, sendo considerados os domínios “Trabalho”, “Transporte” e “Lazer”.

Na análise qualitativa da CHD, é possível perceber que nas Classes 3 e 4 predominam aspectos relacionados à classificação do IPAQ e elementos de origem do NAF, como as “Atividades Domésticas (AD)” e o “Transporte”. As palavras que contribuíram para a

categorização dessas classes foram: “Sentar”, “Fim de semana”, “Andar”, “Ônibus”, “Quintal”, “Casa” e “Limpo”, como mostrado no dendograma da Figura 4.

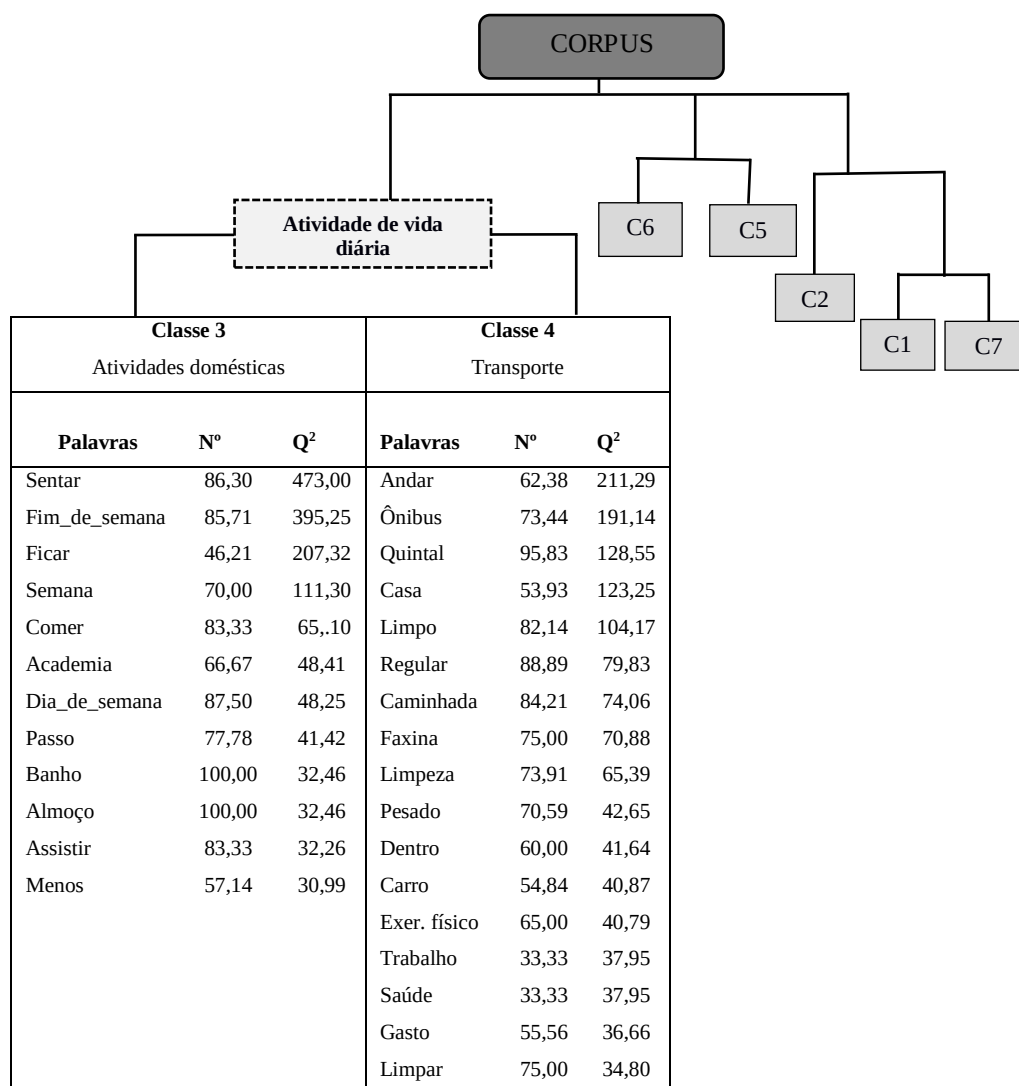


Figura 4 – Dendograma e as especificidades das Classes 3 e 4.

Fonte: Elaboração da autora com base nas informações emitidas pelo software IRaMuTeQ.

Essa classificação das atividades domésticas e as falas das entrevistadas podem ser explicadas pelo papel assumido pelas mães e cuidadoras, pois elas exercem diferentes funções e responsabilidades relacionadas às crianças, às tarefas domésticas e à organização da casa.

Há uma construção história que estabelece para a mulher o papel de administração e realização das tarefas domésticas (GUEDES; DAROS, 2009). Estudos que investigam os perfis de cuidadores, seja de idosos, seja de pessoas com deficiência, apresentam frequência maior de mulheres envolvidas com essas atividades (ALMEIDA PIMENTA; ALBERTO

RODRIGUES, 2010; CHENG et al., 2015; LEE et al., 2008; RONCA, R.P.; BLASCOVI-ASSIS, 2017).

Demandas significativamente maiores são encontradas em mães e cuidadores de crianças com deficiência quando comparadas com as mães e cuidadores de crianças sem deficiência. Isso porque há limitações para essas crianças nas atividades diárias relativas ao autocuidado, como vestir, realizar higiene pessoal, andar e falar (ALMEIDA PIMENTA; ALBERTO RODRIGUES, 2010; BARROS et al., 2017; PIMENTA; RODRIGUES; GREGUOL, 2010; VONNEILICH; LÜDECKE; KOFAHL, 2016).

Quando ela está dormindo eu penso em descansar, mas preciso fazer as coisas em casa[...] (Entrevistada, N052).

Eu faço faxina dentro de casa o dia inteiro; meus filhos fazem muita bagunça, mas eu gasto três horas que eu limpo, eu fico sentada uma hora em um dia e no fim de semana eu não tenho descanso, eu vou direto nessa vida [...] (Entrevistada, N079).

Quando eu venho para Recife, o ônibus sai da minha cidade meia-noite e eu passo o dia inteiro aqui e quando eu chego em casa tenho que fazer almoço para o dia_seguinte, dar banho no Joaquim, vou organizar a casa e quando eu vou dormir já é a hora de acordar para ir para a terapia (Entrevistada, N054).

Se de um lado são ativas por funções domésticas, por outro são condicionadas a um comportamento sedentário, observado por meio dos contextos “transporte” e “tempo sentado”.

Quando investigado o contexto do “transporte” (deslocamentos para as atividades habituais, para o trabalho, faculdade, levar as crianças às terapias), o resultado gerado é um perfil “sedentário”, com 70,5% (n=55) da amostra nessas condições. Essa classificação pode ser justificada pelo tempo gasto sentada nos ônibus, no carro ou no metrô, bem como nos momentos de espera pelo atendimento médico ou pelas terapias. O deslocamento médio para as terapias consiste em aproximadamente 83,97 minutos ($DP \pm 44,8$).

O tempo sentado do IPAQ pode ser utilizado como preditor para o Comportamento Sedentário (CS). Em um dia de fim de semana, essas mães e cuidadores gastam, em média, 269,17 minutos ($DP \pm 187,44$) sentadas e, em um dia de semana, 309,37 minutos ($DP \pm 186,06$) também sentadas. Para verificar o CS, a amostra foi dividida em dois grupos: aquelas que relataram passar, em média, mais de três horas (> 3 horas) por dia sentadas ou por três horas ou menos (≤ 3 horas), segundo a classificação utilizada nas investigações do Vigitel 2012 (BRASIL, 2013).

Observou-se que a maior frequência no grupo é permanecer sentada por mais de três horas, tanto em um dia da semana (62,8% (n=49)) quanto no fim de semana (50% (n=39)). As justificativas do perfil de CS maior nos finais de semana podem corresponder às atividades da semana (atendimentos de saúde e terapias) e ao suporte recebido por seus familiares nos finais de semana:

Eu fico bastante tempo em dia que gasto 3 horas para aguardar a terapia sem contar com o tempo de viagem para Recife (Entrevistada, N047).

Eu fico bem sentada levanto para dar banho ou reparar comida ou fico esperando terapia dá umas seis horas e no fim de semana é 40 minutos, porque meu marido fica com ela e eu vou fazer minhas coisas (Entrevistada, N023).

Ainda no aspecto relacionado ao CS, temos o trabalho como um contexto que deve ser analisado. Comparando a palavra “Trabalho” com as demais palavras associadas ao tema na CHD, ela apresenta um baixo poder de associação com a temática (33,33% de frequência com X^2 37,95). Entretanto, se pensarmos nos aspectos qualitativos da realidade dessas mulheres, é de extrema pertinência discutir sobre suas vidas, no que se refere a esse contexto.

No IPAQ são consideradas AF no contexto do trabalho: caminhada, fazer faxina pesada, carregar peso ou alguma atividade que necessite de esforço físico intenso, sendo essas tarefas vinculadas ao seu trabalho por pelo menos 150 minutos. A classificação “sedentária” se deve ao fato de apenas 2,6% da amostra realizar trabalho externo, seja remunerado, seja voluntário. Isso porque, após o nascimento ou diagnóstico da criança, são relatados demandas e compromissos maiores que antecederiam o diagnóstico:

[...] eu tive que largar o emprego para cuidar dele. Eu sinto falta do trabalho e dos amigos, mas Pedro precisa mais de mim (choro) (Entrevistada, N053).

Hoje não trabalho, mas se ele não fosse especial eu já teria voltado. Eu sinto falta da rotina, agora eu tenho rotina dele (Entrevistada, N054).

Eu tive que parar de trabalhar depois que ela nasceu e eu descobri que ela tinha microcefalia (Entrevistada, N038).

Essa não inserção no mercado de trabalho ou abandono é encontrada em outros estudos (GONÇALVES et al., 2006; TOMAZ et al., 2017). Segundo Ronca, R.P. e Blascovi-Assis (2017), mães de crianças com deficiência que trabalham possuem melhor QV e menores chances de depressão.

Domínios físicos da qualidade de vida: a percepção da qualidade de vida

Não cabe aqui generalizar a QV dessas mães e cuidadoras, e sim apenas levantar elementos reflexivos para conhecer a realidade em que vivem e tomá-los pontos norteadores para a promoção e planejamento de ações em benefício delas. Isso porque, apesar de a QV ter sido avaliada por um instrumento validado, muitas vezes ela se distancia da realidade vivenciada pelos atores desta pesquisa.

Como já abordado, o nascimento de uma criança com deficiência condiciona alterações nas rotinas da família e, principalmente, na vida do cuidador primário. O tempo despendido ao ato de cuidar interfere diretamente na QV desses cuidadores (CURSINO, 2013).

Na Tabela 5 são representados os resultados, em frequência e porcentagem, da classificação da QV por meio do Whoqol-Bref e na Figura 5, o dendograma, com destaque para as classes que se formaram com QV e recursos financeiros.

Tabela 5 – Classificação da qualidade de vida (WHOQOL-Bref) de mães e cuidadoras de crianças com a Síndrome Congênita do Zika Vírus e microcefalia. Recife-PE, 2018

Características	Frequência	(%)
Classificação Global da QV (Whoqol-Bref)		
Boa	5	6,4
Regular	42	53,8
Necessita melhorar	31	39,7
Domínio físico (Whoqol-Bref)		
Boa	13	16,7
Regular	38	48,7
Necessita melhorar	27	34,6
Domínio psicológico da QV (Whoqol-Bref)		
Boa	15	19,2
Regular	41	52,6
Necessita melhorar	22	28,2
Domínio relações sociais		
Muito boa	4	5,1
Boa	28	35,9
Regular	26	33,3
Necessita melhorar	20	25,6
Domínio meio ambiente		
Boa	2	2,6
Regular	22	28,2
Necessita melhorar	54	69,2
Média (DP)		
Percepção da qualidade de vida	3,5128 ± 0,84889	
Satisfação com a saúde	3,1154 ± 1,05659	

Fonte: Elaborada pela pesquisadora com base nos instrumentos utilizados para este estudo.

Palavras frequentes como “Qualidade de Vida”, “Dor”, “Aproveitar”, “Energia”, “Dinheiro”, entre outras, são expressas nas Classes 5 e 6 da CHD e podem representar a análise da percepção da QV, como mostrado na Figura 5.

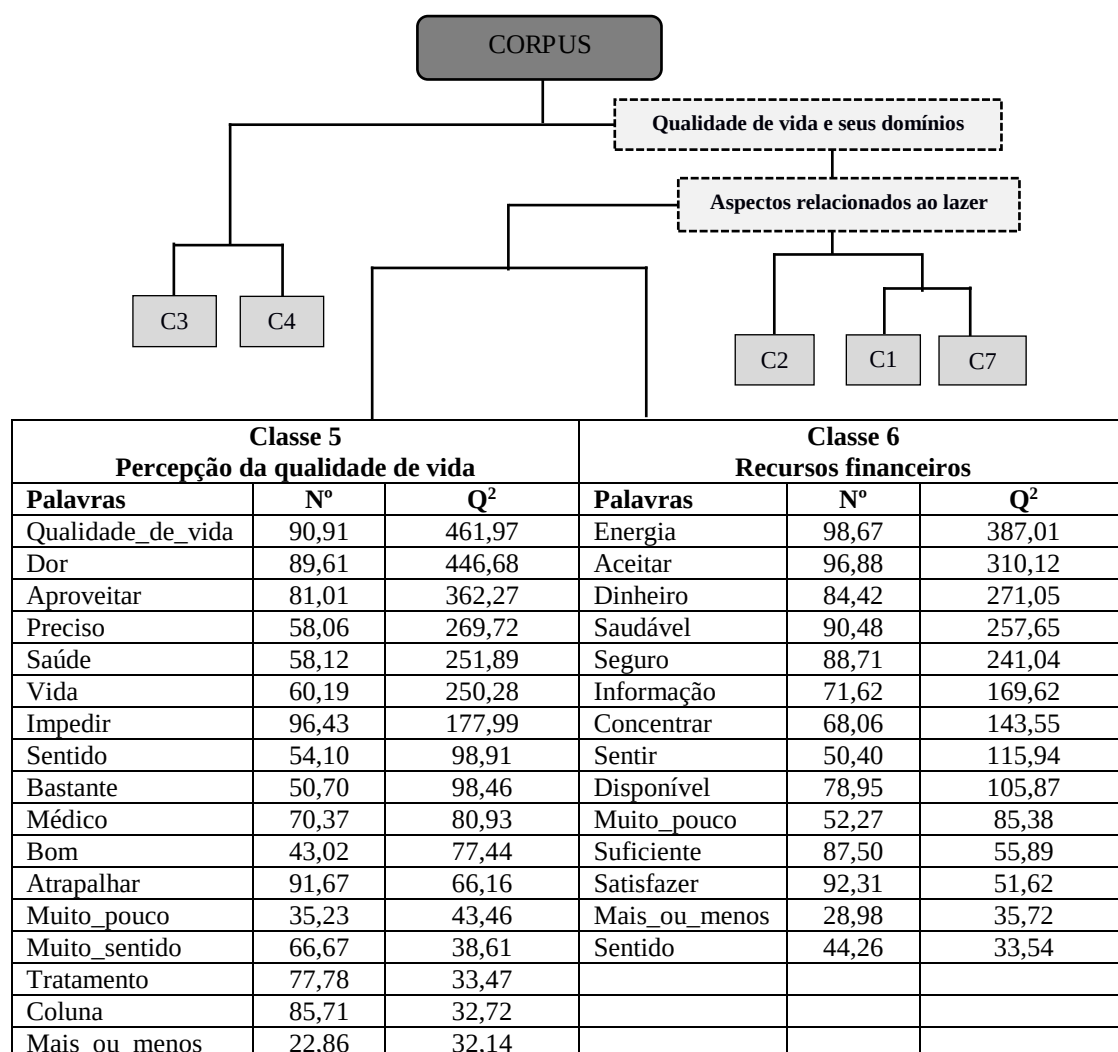


Figura 5 – Dendrograma e as especificidades das Classes 5 e 6.

Fonte: Elaboração dos autores com base nas informações emitidas pelo software IRaMuTeQ.

Não há na literatura um conceito “definitivo” do que é QV. No entanto, sabe-se que são diversos os fatores que se relacionam à QV: saúde: bem-estar físico, funcional, emocional; trabalho: família; amigos, entre outros.

De acordo com a escala oferecida pelo Whoqol-Bref, as variações das classificações consistem entre “necessita melhorar” até “muito boa”. Nesta amostra, para 39,7% “necessita melhorar”, 53,8% está “regular” e apenas 6,4% está “boa”, destacando-se que a ocorrência da

classificação “muito boa” não apareceu. Os resultados das questões da QV geral “Percepção da Qualidade de Vida” (média do escore 3,5125 e DP± 0,84889) e “Satisfação com a Saúde” (média do escore 3,1154 – (DP± 1,05659), também obtiveram escores de classificação “regular”.

Minha qualidade de vida no momento é ruim. Estou muito satisfeita com minha saúde. As dores me impedem bastante de fazer minhas coisas preciso eu aproveito muito pouco minha vida (Entrevistada, N072).

Minha qualidade de vida é boa. Eu estou insatisfeita com minha saúde porque eu não estou tendo tempo de cuidar de mim, tudo é em função da minha filha e minhas coisas ficam para depois só vou quando é emergência (Entrevistada, N075).

Minha qualidade de vida é boa eu queria mais tempo para poder me cuidar e cuidar mais da minha saúde, mas não tenho tempo para fazer um acompanhamento eu tenho alguns exames para terminar de fazer para retornar ao ginecologista, mas não tenho tempo (Entrevistada, N052).

Eu sou mãe solteira, o pai não o reconheceu está na justiça então eu preciso trabalhar eu vivo correndo. Eu tenho que sair daqui correr e pegar ele isso não é qualidade de vida isso não é curtir (Entrevistada, N058).

Após o nascimento e diagnóstico da criança com deficiência, estudos apontam que há interferência na percepção de QV (GUADAGNUCCI et al., 2014; MARTIN et al., 2018; FALKENBACH; DREXSLER; WERLER, 2008; BERTELLI et al., 2011). Essa alteração pode resultar da desconstrução dos sonhos idealizados para o nascimento de seus filhos, da sensação de vulnerabilidade e da presença de ansiedades, que repercutem diretamente na QV da família e, principalmente, das mães e cuidadoras, que são as maiores responsáveis pelos cuidados dessas crianças (SILVA; RAMOS, 2012).

Qualidade de vida quanto ao “domínio físico” e aos recursos financeiros

Em família com um indivíduo com deficiência já há sobrecarga no aspecto financeiro. Além dos gastos com as necessidades básicas da família, há uma alta demanda em atendimentos médicos, medicamentos e transporte (BARROS et al., 2017; PIMENTA; RODRIGUES; GREGUOL, 2010).

O quadro de patologias associadas na criança com SCZK (microcefalia, disfagia, broncoaspiração, uso de sonda de gastrostomia, epilepsia, crises convulsivas, entre outros) aumenta os gastos com medicamentos, atendimentos e equipamentos para seu crescimento e desenvolvimento. Diante das necessidades e custos para o desenvolvimento dessas crianças e do perfil da amostra, são discutidas a seguir as questões relacionadas aos recursos financeiros.

Dentro do corpus textual, a palavra “dinheiro” possui 68 ocorrências, sendo 27 destas somadas à expressão “não possuir”:

Eu não tenho dinheiro vivo, apenas com benefício dela, e meu marido faz bico; então não temos dinheiro (Entrevistada, N023).

Não tenho dinheiro, eu só vivo com o benefício dele; tem poucas informações disponíveis (Entrevistada, N040).

Não tenho dinheiro suficiente porque eu não trabalho (Entrevistada, N042).

A menção à palavra “dinheiro” foi acompanhada de expressões corporais, sorriso tímidos ou gargalhadas e expressões de ironia (diário de campo).

A presidente da UMA, em um evento voltado para a inclusão de pessoas com deficiência, discutiu a respeito:

R\$934 reais você tem que pagar água, luz, fralda, Fortini (leite específico) que custa 60 reais e dura três dias, sabe? E todas as outras coisas que a pessoa precisa sobreviver. É um direito que você precisa estar num estado de miserabilidade. O pai não pode trabalhar, a mãe não pode trabalhar e não pode ter outra pessoa na casa que pode trabalhar (Germana).

A Constituição Federal de 1988 introduziu, no artigo que discorre sobre a política de assistência (Artigo 203), a garantia de um salário mínimo para pessoas que comprovassem possuir deficiência e o Benefício de Prestação Continuada (BPC) a idosos acima de 65 anos ou com renda familiar per capita de no máximo $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo (BRASIL, 1988).

Houve aumento no número de concessões do BPC após as demandas advindas da SCZK. Foram 1.603 benefícios concedidos em 731 municípios do país. A Região Nordeste concentrou 73% dos BPC concedidos, mas isso representa menos de 65% da demanda de casos do Zika (PEREIRA et al., 2017).

Sabemos que, ao se referir a políticas públicas, há uma dificuldade no acesso às conquistas pelos direitos. Diniz (2016)) mostra a dificuldade das famílias ao acesso ao BPC. Excessos burocráticos, como os horários de funcionamento das agências – que impossibilitam que mulheres busquem pelo direito – e a renda exigida (pessoas que vivenciam situações de extrema pobreza), entre outros.

Uma das entrevistadas tem filhos gêmeos e ambos nasceram com a síndrome. Após o diagnóstico e a luta pela conquista do benefício, ela obteve o direito ao BPC para um dos filhos, entretanto o segundo benefício foi negado.

[...]tenho que correr atrás das coisas, fazer compras e o que ela precisa e ainda não tenho, por exemplo o benefício e os medicamentos. Como eu tenho duas filhas com microcefalia, os custos são muito altos. Hoje vim com ela para fisioterapia e amanhã ela tem perícia para ver se consigo benefício. A outra irmã está internada, e o dela eu consegui. Me sugeriram entrar com o processo de benefício no nome da minha mãe, pois eu não consegui dois benefícios (Entrevistada, N055) .

Em vista das necessidades e demandas dessas crianças com SCZK, o valor pago por meio do BPC deveria ser integralmente direcionado às demandas específicas da criança e não ser usado como base para os cálculos que a impedissem esse acesso ao BPC, como relatado pela entrevistada.

Os STs e as palavras que representam os elementos significantes das classes 1, 2 e 7 são estabelecidos por expressões recorrentes de antes e depois da presença da criança com a SCZK em suas vidas (“antes”, “deixar”, “relações pessoais”, “sono” e outras). Compreendendo que as três classes (1, 2 e 7) são relacionadas umas com as outras por representarem aspectos componentes do lazer, apenas para fins de maior compreensão elas são a seguir discutidas separadamente: “Relações Sociais” e “Mudanças de Vida e Momentos de Lazer”.

Os aspectos lazer e as relações sociais

De acordo com a literatura, os relacionamentos sociais de cuidadores de crianças com deficiência sofrem consequências negativas. A nova rotina acaba por afastá-los das atividades em grupo e do convívio social (Figura 6). O preconceito sofrido também é fator que leva ao distanciamento dos amigos e familiares (RAMIRES; BRANCO-BARREIRO; PELUSO, 2016; TOMAZ et al., 2017; FÁVERO-NUNES; DOS SANTOS, 2010; MACTAVISH; SCHLEIEN, 2004).

Bertelli et al. (2011), avaliando a QV de pais de crianças com deficiência intelectual, encontraram baixo nível de QV em relação a “Apoio recebido” e “relação social”. Neste estudo foi identificado um bom resultado. A classificação do Whoqol-Bref em relação ao domínio “Relações Sociais” foi a única a apresentar classificação de “Muito Boa” (5,1%) e “Boa” (35,9%), entre os demais domínios analisados. Esses resultados podem ser explicados pelas relações de amizade entre as mães e as cuidadoras que compartilham vivências semelhantes.

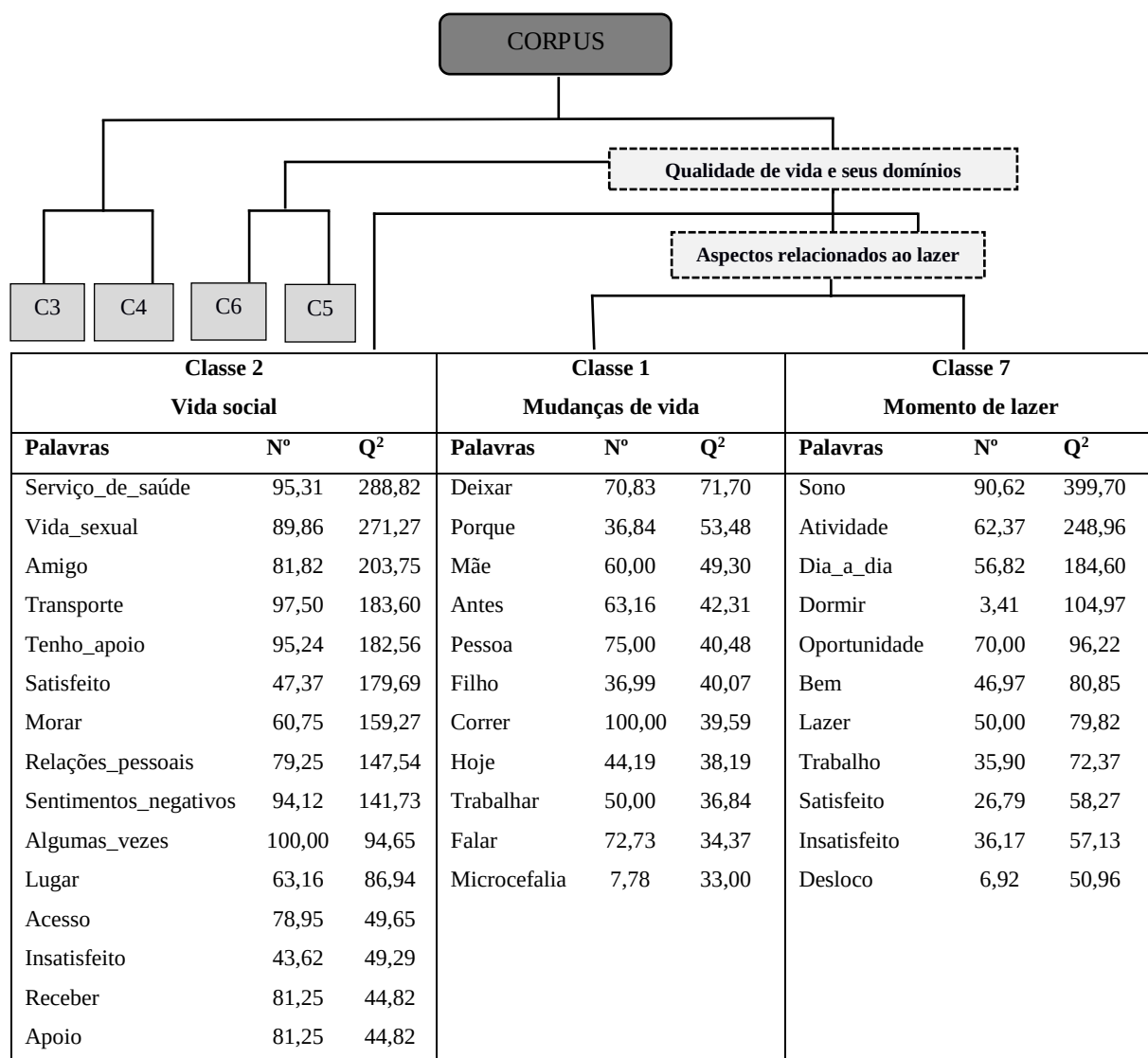


Figura 6 – Dendograma e as especificidades das Classes 1, 2 e 7.

Fonte: Elaboração dos autores com base nas informações emitidas pelo software IRaMuTeQ.

Além de reuniões nas ONGs, as salas de espera das clínicas e hospitais são muitas vezes pontos de encontro dessas mulheres. Nessas reuniões informais há sempre troca de experiências, de informações, de dúvidas e de ansiedade. Na Fundação Altino Ventura, em Recife (instituição que oferta atendimento de EP), fica disponível para as mães uma sala com equipamentos para que aguardem o atendimento. A sala possui cama, mesa, geladeira e um fogão, isso porque muitas mães vêm de outras cidades e esperam pelo atendimento ou aguardam o carro do município para retornar a casa. Os STs que expressam um poder de associação com o tema são descritos a seguir:

Relações pessoais estou satisfeita, mas as amizades que tenho são as mães que vêm para o hospital. Conversamos, trocamos informações (N055). Depois que Joaquim nasceu, eu não tenho amigos. Foi afastando. Antes eu visitava e agora não, mas as meninas que são mães de microcefalia são amigas e nós sempre nos encontramos nos hospitais (N054). Depois que minha filha nasceu sumiu todos amigos eu só tenho amigas que são mães de crianças com microcefalia (N046).

Os resultados encontrados possivelmente advêm da característica predominante da amostra: componentes de ONGs e grupos de apoio direcionados a enfrentar a realidade e dificuldades diárias. Nesses locais, fazem-se descobertas, encontram-se semelhanças, desenvolve-se empatia pelo sofrimento uma da outra, criam-se vínculos e se fazem amigos. Cabe ressaltar também que os eventos relacionados à luta pela causa de seus filhos, eventos sociais, festas de comemoração da família são momentos de fortalecimento desse grupo.

Quando a gente sai a gente sai de bandido, quando a gente sai vamos de bando, saímos todas juntas! Vamos para praia, para o parque e vamos juntas porque agora somos uma família; a gente vai conviver até o fim da vida. A gente se apoia uma, vai se escorando na outra, porque a gente não tem apoio psicológico, a gente não tem apoio do Estado (N022).

Como discutido, há alteração na rotina e na vida dos cuidadores primários de pessoas com deficiência. Com a SCZK há uma demanda ainda maior pelos atendimentos diários ou pela jornada para conquistas dos direitos (SIMONASSE; MORAES, 2015; TOMAZ et al., 2017). O tempo livre que essas mulheres deveriam dispor ultrapassa as adequações da rotina e há, muitas vezes, limitações financeiras e preconceito vivenciado.

Aspectos negativos foram identificados tanto nas questões relacionadas à prática de AF no momento de lazer quanto a QV e lazer (Tabelas 5 e 6). Entre as mães e cuidadoras entrevistadas, 85,9% delas não praticam AF no momento de lazer, assim como o domínio “meio ambiente”, que possui aspectos relacionados às questões financeiras e lazer; e para 69,2% “necessita melhorar”. Esses resultados devem ser discutidos com cautela, em razão do aporte teórico a respeito dos benefícios da AF (principalmente no momento de lazer), do lazer e de sua importância para a saúde física e psicológica do indivíduo (BOUCHARD, 2003; CHEIK et al., 2003; REBAR et al., 2015; SOUZA, 2013).

[...] eu não tenho nada de lazer desde que ela nasceu; o meu lazer é zero. Eu não faço atividade e nem lazer porque eu não tenho tempo porque eu preciso cuidar da casa e eu já saio muito com ela para as terapias, depois que ela nasceu não consigo [...] (Entrevistada, N038).

Eu não tenho nenhuma oportunidade de lazer, nenhuma oportunidade; depois que ele nasceu, eu separei e meu ex-marido vendeu tudo que a gente tinha e hoje eu sobrevivo apenas com o benefício dele, e não é o suficiente (Entrevistada, N040).

Eu aproveito muito pouco minha vida porque eu só vivo para levar ele no médico (Entrevistada, N027).

Essas modificações na rotina prejudicando o lazer são expressas nos STs e acompanhadas com frequência de “depois que ele(a) nasceu”. Como discutido neste trabalho, a síndrome é uma associação de sintomas como irritabilidade, dificuldade de dormir, crises neurológicas e espasmódicas, convulsões, disfagia e baixa imunidade. Todas essas alterações podem interferir diretamente na tranquilidade e no bem-estar e, inclusive, no sono dessas mães e cuidadoras:

Quando eu penso em aproveitar, a menina fica doente e eu fico internada de novo com ela (Entrevistada, N004).

Eu me privo um pouco de sair porque abaixa muito a imunidade dele. Qualquer coisa ele gripa e depois acaba virando uma pneumonia (Entrevistada, N076).

[...]sono? ave maria! Estou muito insatisfeita; tem quase uma semana que não durmo direito (Entrevistada, N007).

Se as cuidadoras apresentam baixo nível de AF no lazer e são ativas no contexto doméstico (sobrecarga de atividades domésticas), elas relatam não possuírem tempo para o lazer. Esse nível de inatividade deve ser considerado no que diz respeito não apenas ao aumento do risco para a saúde metabólica, mas também aos aspectos psicológicos (DUNSTAN et al., 2010; INOUE et al., 2012; TREMBLAY et al., 2008).

Um estudo com as cuidadoras de crianças com síndrome congênita revelou ansiedade e sintomas de depressão (JCONLINE, 2018). Quando investigada a QV de cuidadores de crianças com deficiência, foi verificada maior incidência de problemas de saúde mental, como ansiedade, depressão e estresse (FÁVERO-NUNES; DOS SANTOS, 2010; MARTIN, 2014). Foram detectadas também doenças físicas, incluindo a doença cardiovascular e a deficiência imunológica, o que resultou no futuro incerto do crescimento de seus filhos, das alterações das obrigações diárias para com eles e do tempo disponibilizado para os tratamentos médicos, não havendo tempo para atividades de lazer (HUANG et al., 2013).

Considerando que há conceitos amplos e indefinidos do que consiste a QV autorreferida, não podemos classificar a amostra com QV “regular”. Os achados qualitativos desta investigação indicam a vulnerabilidade expressa pelos dados quantitativos, como o autorrelato de situações estressantes do cotidiano, inúmeras obrigações domésticas e ausência de assistência.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, evidenciou-se a realidade vivida por famílias acometidas pelo ZKV na cidade de Recife e regiões do Estado de Pernambuco, no que se refere ao atendimento de crianças com a SCZK, assim como o NAF e QV de mães e cuidadores.

Perante as evidências apresentadas no que diz respeito ao acesso à estimulação precoce de crianças, identificou-se que há a concessão de pelo menos uma sessão de terapia por indivíduo, entretanto com variações discrepantes tanto de frequência de uma vez por mês quanto de duração dos atendimentos de 15 a 20 minutos.

Fugiu ao escopo desta pesquisa verificar a qualidade dos atendimentos. Entretanto, ao considerar as características relatadas pelas mães e cuidadoras quanto à curta duração e ao número reduzido de intervenções na semana ou por mês, bem como o atendimento ofertado em algumas vezes por apenas um profissional para mais de uma criança ao mesmo tempo, podem-se questionar a qualidade e eficácia do atendimento.

Não se sabe ao certo como se dão o crescimento e desenvolvimento dessas crianças. Pesquisas, muitas vezes, não apresentam escores de evoluções quantitativas, mas independem dos ganhos motores e é preciso repensar os atendimentos não apenas para os níveis de funcionalidade da criança, mas também para as necessidades básicas que podem comprometer a sua sobrevivência, como problemas respiratórios e a manutenção postural, que podem ser prejudicados por contraturas musculares das crises convulsivas.

Além do acesso aos atendimentos do indivíduo com síndrome, buscou-se aqui investigar a QV e o NAF dos cuidadores primários, quando se verificou que as mulheres apresentaram escores satisfatórios de NAF nas atividades domésticas e insatisfatórios no lazer. Os inúmeros compromissos relacionados à saúde das crianças, as grandes distâncias percorridas para acessar os atendimentos e as inúmeras dificuldades enfrentadas para conseguir suporte para os filhos são demandas que sobrecarregam e alteram a rotina dessas mulheres e, conseqüentemente, afetam o tempo indisponível para o lazer que se relaciona à percepção da QV. Esse resultado sugere alerta à atenção a essas cuidadoras.

Cabe destacar que políticas de atendimento e suporte são direcionadas ao indivíduo com a SCZK ou consistem em orientações para as gestantes como prevenção ou após a identificação da má-formação. A oferta de apoio para essas cuidadoras não é a realidade vivenciada por elas, exceto o suporte que recebem de ONGs, como é o caso da UMA e AMAR. Apontadas como local de troca de experiência, de afinidade e de amizades, esses

espaços são, possivelmente, responsáveis pela presença da satisfação das relações sociais investigadas no estudo.

É importante destacar que a realidade discutida nesta pesquisa consiste em uma parcela específica, não podendo generalizar tais achados ao Estado de Pernambuco, tampouco ao país. Entretanto, deve ser compreendida como reflexão de contexto extremamente relevante e pertinente a uma realidade desconhecida em futuro breve.

O que temos até o momento são características traçadas com base nos perfis da primeira geração do Zika com idade aproximada de 3 anos. Não se sabe ao certo como se dará o crescimento desses indivíduos, mas refletir em propostas que gere o suporte para seus cuidadores primários deve ser prioridade.

As propostas atuais são gerar estímulos e atendimentos a crianças de 0 a 3 anos de idade. Pensar na eficácia dessa proposta e pensar no futuro dessa criança colocam o cuidador primário como responsável em oferecer os estímulos a esses indivíduos. Mas para isso eles devem contar com uma preparação com orientação e cuidados, bem como atenção e suporte psicológicos, autocuidado e acesso a programas de AF para que consigam viver com qualidade e oferecer suporte de qualidade a crianças com SCZK.

Mais estudos com maior amostra são necessários para testar a generalização dos resultados e avaliar a qualidade dos atendimentos recebidos pelas crianças, bem como o perfil mental e psicossocial das mães e cuidadoras.

REFERÊNCIAS

ABEP. Critério Brasil 2015 e atualização da distribuição de classes para 2016. **Critério de classificação econômica Brasil**, p. 1-6 , 2016. Disponível em: <<http://www.abep.org/criterio-brasil>>.

ABREU, Thais Titonel; NOVAIS, Michelli Christina Magalhães; GUIMARÃES, Isabel Cristina Britto. Crianças com microcefalia associada à infecção congênita pelo vírus Zika: características clínicas e epidemiológicas num hospital terciário. **Rev. Ciênc. Méd. Biol.**, v. 15, n. 3, p. 426-433 , 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9771/cmbio.v15i3.18347>>. Acesso em: 4 dez. 2018.

AGÊNCIA FIOCRUZ. **Projeto acolhe mães de crianças com doenças raras e microcefalia**. Disponível em: <<https://agencia.fiocruz.br/projeto-acolhe-maes-de-criancas-com-doencas-raras-e-microcefalia>>. Acesso em: 9 out. 2018.

ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; COLUCI, Marina Zambon Orpinelli. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-3068 , 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>>. Acesso em: 15 dez. 2018. 0-912704-92-6.

ALMEIDA PIMENTA, Ricardo de; ALBERTO RODRIGUES, Luiz. **Evaluation of Quality of Life and Burden of Caregivers of Individuals with Intellectual Disability**, v. 14, p. 69-76, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>>. Acesso em: 3 ago. 2018.

ARCE, Alessandra; MARTINS, Ligia M. **Ensinando aos pequenos de zero a três anos**. 2. rev. Campinas, SP: [s.n.], 2009; 2010, ISBN 978-85-7516-590-4.

BALLARIN, Maria Luisa Gazabim et al. Sociodemographic profile and burden of informal caregivers of patients assisted in occupational therapy outpatient clinic. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 24, n. 2, p. 315-321, 2016. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1157/718>>.

BARROS, Alina Lúcia Oliveira et al. Sobrecarga dos cuidadores de crianças e adolescentes com Síndrome de Down. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 11, p. 3625-3634, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021103625&lng=pt&tlng=pt>. 1876-4347 (Electronic) r1871-6784 (Linking).

BERTELLI, M. et al. Relationship between individual quality of life and family quality of life for people with intellectual disability living in Italy. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 55, n. 12, p. 1136-1150, dez. 2011. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1111/j.1365-2788.2011.01464.x>>. Acesso em: 5 ago. 2018. 1365-2788 (Electronic)n0964-2633 (Linking).

BOUCHARD, C. **Atividade física e obesidade** . [S.l. : s.n.], 2003.

BRACCIALLI, Lúgia Maria Presumido et al. Qualidade de vida de cuidadores de pessoas com necessidades especiais. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 18, n. 1, p. 113-126, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbee/v18n1/a08v18n1.pdf>>. Acesso em: 8 ago. 2018.

BRASIL. **Assistência aos pacientes portadores da Síndrome Congênita do Zika Vírus**. Brasil: Secretaria do Estado de Pernambuco, 2017a.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico Secretaria de Vigilância em Saúde** – Ministério da Saúde, v. 48, 2017b. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/27/2017_003.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2018. 9789275329900.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde** – Ministério da Saúde, v. 48, 2017c. Disponível em: <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/16/BE-2017_024-Monitoramento-integrado-de-alteracoes-no-crescimento-e-desenvolvimento-relacionadas-a-infeccao-pelo-virus-Zika.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2018.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico da Secretaria de Vigilância em Saúde** – Ministério da Saúde. [S.l. : s.n.], 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/20/2018-003-Final.pdf>>. Acesso em: 11 dez. 2018.

BRASIL. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor**. Brasília: [s.n.], 2016a. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 11 dez. 2018. 9788533424340.

BRASIL. **Diretrizes de estimulação precoce de crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. p. 123.

BRASIL. Diretrizes de Vigilância Epidemiológica da Síndrome Congênita relacionada à infecção pelo vírus Zika em Pernambuco. **Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde**. Recife, 2017d. p. 43. Disponível em: <<https://www.cievspe.com/microcefalia>>.

BRASIL. **Guia sobre a estimulação precoce na atenção básica**. Disponível em: <www.dab.saude.gov.br>. Acesso em: 10 dez. 2018c.

BRASIL. **Instrumento de avaliação externa da saúde mais perto de você – Acesso e qualidade**. Programa Nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ). Brasília: [s.n.], 2012. 138 p.

BRASIL. **Mobilização contra a microcefalia**. Brasília, 2015a. p. 1-8.

BRASIL. Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Secre1. **Decreto Legislativo** nº 395, de 2009. Publicação Original – Portal Câmara. Brasília, 2017e. p. 158. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/publicacoes/orientacoes_emergencia_gestacao_infancia_zika.pdf>. Acesso em: 9 jan. 2018. 9788533424890.

BRASIL. **Plano diretor de regionalização Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco.** [S.l. : s.n.], 2011. Disponível em: <http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2018.

BRASIL. Portal Ministério da Saúde. **Boletins epidemiológicos.** Brasília, [s.d.].

BRASIL. **Protocolo de vigilância e resposta à microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika.** Brasília, 2015b. p. 70 . Versão 1.2 - 09/12/2015.

BRASIL. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.** Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2012_vigilancia_risco.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2018..

BRITO, Carlos. **Genotype-Tissue Expression Project (GTEx).** Disponível em: <www.actamedicaportuguesa.com>. Acesso em: 8 dez. 2018.

BRUNONI, Decio et al. Microcefalia e outras manifestações relacionadas ao vírus Zika: impacto nas crianças, nas famílias e nas equipes de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3297-3302, out. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003297&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 15 jul. 2018.

CALVET, Guilherme et al. Detection and sequencing of Zika virus from amniotic fluid of fetuses with microcephaly in Brazil: a case study. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 16, n. 6, 2016. ISBN 978-857-81107-96.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org>>. Acesso em: 27 jul. 2018. 21753652.

CARVALHO, Judilita Teresa de Melo et al. Qualidade de vida das mães de crianças e adolescentes com paralisia cerebral. **Fisioterapia em Movimento**, v. 23, n. 3, p. 389-397, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v23n3/a06v23n3.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2018.

CHEIK, Nadia Carla et al. Efeitos do exercício físico e da atividade física na depressão e ansiedade em indivíduos idosos. **Revista Brasileira Ciência e Movimento**, v. 11, n. 3, p. 45-52, 2003.

CHENG, Erika R. et al. The influence of children's cognitive delay and behavior problems on maternal depression. **The Journal of pediatrics**, v. 167, n. 3, p. 679-86, set. 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26163083>>. Acesso em: 17 nov. 2018.

CORRÊA, Maria Angela Monteiro. **Educação Especial**. Rio de Janeiro: Fundação CECIERJ, 2010. Disponível em: <<http://nead.uesc.br/arquivos/pedagogia/educacao-inclusiva/educacao-especial.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2018. ISBN 85-89200-25-6.

CORREIA, Instituto Camargo. **Instituto Camargo Correia**: Programa Infância Ideal. Disponível em: <<http://www.camargocorreainfra.com/projeto/programa-infancia-ideal>>.

CUGOLA, Fernanda R. et al. The brazilian Zika virus strain causes birth defects in experimental models. **Nature**, v. 534, n. 7606, p. 267-71, 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27279226>>. Acesso em: 22 nov. 2018.

CURSINO, Ivson Gouveia. **Avaliação da qualidade de vida e sobrecarga de cuidadores de adolescentes com transtorno do espectro do autismo no município do Recife-PE**, Recife, 2013.

DEMARIN, Vida; MOROVIĆ, Sandra; BÉNE, Raphael. Neuroplasticity. **Periodicum Biologorum**, v. 116, n. 2, p. 209-211, 2014.

DESSEN, M.A.; SILVA, N.L.P. Deficiência mental e família: uma análise da produção científica 1. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 17, n. 2, p. 133-141, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v10n19/03.pdf>>. Acesso em: 4 ago. 2018.

DINIZ, Debora. Vírus Zika e mulheres. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 5, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00046316>>. Acesso em: 12 nov. 2018. 1678-4464 (Electronic) r0102-311X (Linking).

DUNSTAN, David W. et al. Too much sitting and metabolic risk – Has modern technology caught up with us? **European Endocrinology**, v. 6, p. 19, 2010. Disponível em: <<http://www.touchendocrinology.com/sites/www.touchendocrinology.com/files/dunstan.pdf>>. Acesso em: 2 ago. 2018.

EM, Associados; MILITARES, Policiais; MILITARES, E. M. P. Nível de atividade física, tempo sentado, composição corporal e fatores nível de atividade física, tempo sentado. [S.l. : s.n.], 2014. (Estimulação – Movimento Zika). Disponível em: <<https://movimentozika.org.br/desenvolvimento-e-tratamento/estimulacao>>. Acesso em: 11 dez. 2018.

FALKEMBACH, Elza Maria F. Diário de campo: um instrumento de reflexão. **Contexto e educação**, Ijuí, RS, p. 19-24, 1987.

FÁVERO-NUNES, Maria Ângela; DOS SANTOS, Manoel Antônio. Depressão e qualidade de vida em mães de crianças com transtornos invasivos do desenvolvimento¹. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 1, p. 1-9, 2010. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae>. Acesso em: 5 ago. 2018.

FÉLIX, Vanessa Pereira da Silva Rodrigues; FARIAS, Aponira Maria de. Microcefalia e dinâmica familiar: a percepção do pai frente à deficiência do filho. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 12, p. 1-11, 2019.

FIAMENGHI JR., Geraldo A.; MESSA, Alcione A. Pais, filhos e deficiência: estudos sobre as relações familiares. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 27, n. 2, p. 236-245, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v27n2/v27n2a06.pdf>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

FLECK, Marcelo P.A. et al. Application of the Portuguese version of the abbreviated instrument of quality life WHOQOL-Bref. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-183, 2000. Disponível em: <www.fsp.usp.br/rsp>. Acesso em: 26 jul. 2018. 0034-8910 (Print) r0034-8910 (Linking).

FLORIANI, Ciro Augusto. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Seção 5, p. 314-345, 2004. Disponível em: <www.who.int/cancer>. Acesso em: 17 nov. 2018.

FORMIGA, Cibelle Kayenne et al. Eficácia de um programa de intervenção precoce com bebês pré-termo. *Paidéia*, Ribeirão Preto, SP, v. 14, n. 29, p. 301-311, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v14n29/06.pdf>>. Acesso em: 13 dez. 2018.

FRANÇA, Giovanny Vinícius Araújo de et al. Síndrome congênita associada à infecção pelo vírus Zika em nascidos vivos no Brasil: descrição da distribuição dos casos notificados e confirmados em 2015-2016. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, n. 2, jun. 2018. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v27n2/2237-9622-ress-27-02-e2017473.pdf>>. Acesso em: 9 dez. 2018. 1679497420180.

FRANÇA, Giovanny V.A. et al. Congenital Zika virus syndrome in Brazil: a case series of the first 1501 live births with complete investigation. **The Lancet**, v. 388, n. 10047, p. 891-897, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016>>. Acesso em: 3 ago. 2018. 1755-4365.

FREIRE, Imara Moreira et al. Síndrome congênita do Zika vírus em lactentes: repercussões na promoção da saúde mental das famílias. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 9, 2018.

FREIRE, Rafael Silveira et al. Prática regular de atividade física: estudo de base populacional no Norte de Minas Gerais, Brasil regular physical activity: a population-based study in north. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 20, 2014.

G1. Policlínica no Recife será centro de referência para casos de microcefalia –

Notícias em Pernambuco. Disponível em: <<http://g1.globo.com/pernambuco/noticia/2015/12/policlinica-no-recife-sera-centro-de-referencia-para-casos-de-microcefalia.html>>. Acesso em: 9 dez. 2018.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social. **Educação e Pesquisa**, v. 6, n. 1, p. 200, jun. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022003000100005&lng=pt&tlng=pt>. 9788522451425.

GLEASON, Mary Margaret. Early Childhood Health Interventions in the Primary Care Setting Promote Developmental Outcomes. **Journal of Pediatrics**, v. 199, p. 13-15, jun. 2018. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022347618305250>>. Acesso em: 5 jul. 2018.

GONÇALVES, Lucia Hisako Takase et al. Perfil da família cuidadora de idoso doente/fragilizado do contexto sociocultural de Florianópolis, SC. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 570-577, dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000400004&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 17 nov. 2018.

GONDIM, C.M.L.; VIEIRA, L.H.C. **Métodos específicos utilizados no processo de reabilitação**. [S.l. : s.n.], 2014.

GUEDES, Olegna de Souza; DAROS, Michelli Aparecida. O cuidado como atribuição feminina: contribuições para um debate ético. **Serviço Social em Revista**, v. 12, n. 1, p. 122, 2009. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/viewFile/10053/8779>>. Acesso em: 8 dez. 2018.

HUANG, Yu Ping et al. Health-related quality of life in fathers of children with or without developmental disability: the mediating effect of parental stress. **Quality of Life Research**, v. 23, n. 1, p. 175-183, 2013.

IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2018. 978-85-240-4334-5.

INOUE, Shigeru et al. Television viewing time is associated with overweight/obesity among older adults, independent of meeting physical activity and health guidelines. **Journal of epidemiology/Japan Epidemiological Association**, v. 22, n. 1, p. 50-6, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3798580/pdf/je-22-050.pdf>>. Acesso em: 9 ago. 2018. 1349-9092 (Electronic) r0917-5040 (Linking).

IPAQ. Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire – Short and Long Forms. **IPAQ**, p. 1-15, nov. 2005.

JCONLINE. **Ansiedade e depressão afetam 30% das mães de crianças com Síndrome Congênita do Zika** – Jornal do Commercio. Disponível em: <https://jconline.ne10.uol.com.br/canal/cidades/saude/noticia/2018/11/12/ansiedade-e-depressao-afetam-30_porcento-das-maes-de-criancas-com-sindrome-congenita-do-zika-361688.php>. Acesso em: 16 dez. 2018.

JCONLINE. **Associação que acolhe crianças com microcefalia ganha nova sede - Jornal do Comercio**. Disponível em: <<https://jconline.ne10.uol.com.br/canal/cidades/saude/noticia/2016/12/29/associacao-que-acolhe-criancas-com-microcefalia-ganha-nova-sede-265112.php>>. Acesso em: 9 out. 2018.

KOSTER, Annemarie et al. Association of sedentary time with mortality independent of moderate to vigorous physical activity. **PLoS ONE**, v. 7, n. 6, p. e37696, 13 jun. 2012. Disponível em: <<http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0037696>>. Acesso em: 24 jul. 2018.

LAHLOU, Saadi. Text mining methods: an answer to Chartier and Meunier. **Papers on Social Representation**, v. 20, n. 38, p. 1-7, 2012. Disponível em: <<http://www.psych.lse.ac.uk/psr>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

LAZZAROTTO, R.; SCHMIDT, E.B. Ser mãe de crianças com Paralisia Cerebral: sentimentos e experiências. **Perspectiva**, v. 37, n. 140, p. 61-72, 2013. Disponível em: <http://www.uricer.edu.br/site/pdfs/perspectiva/140_373.pdf>. Acesso em: 8 dez. 2018.

LEE, Li Ching et al. Children with autism: quality of life and parental concerns. **Journal of Autism and Developmental Disorders**, v. 38, n. 6, p. 1147-1160, 2008. Disponível em: <<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs10803-007-0491-0.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2018. 0162-3257.

MACTAVISH, Jennifer B.; SCHLEIEN, S.J. Re-injecting spontaneity and balance in family life: Parents' perspective on recreation in families that include children with developmental disability. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 48, n. 2, p. 123-141, 2004. Disponível em: <https://libres.uncg.edu/ir/uncg/f/S_Schleien_ReInjecting_2004.pdf>. Acesso em: 5 ago. 2018. 0964-2633 (Print) 0964-2633.

MANZINI, Eduardo José. **Entrevista semiestruturada**: análise de objetivos e de roteiros. Bauru, SP: [s.n.], 2004. Disponível em: <https://www.marilia.unesp.br/Home/Instituicao/Docentes/EduardoManzini/Manzini_2004_entrevista_semi-estruturada.pdf>. Acesso em: 9 dez. 2018. 8598623016.

MARINHO, Fatima et al. Microcefalia no Brasil: prevalência e caracterização dos casos a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (Sinasc), 2000-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 4, p. 701-712, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/2016nahead/2237-9622-ress-S1679_49742016000400004.pdf>. Acesso em: 4 dez. 2018. 1302-597X.

MARSHALL, A.; BAUMAN, A. The international physical activity questionnaire: summary report of the reliability & validity studies. **IPAQ Executive Committee**, p. 1-25, 2001.

MARTIN, Maria Aparecida Fernandes. Relação entre percepção de suporte familiar e relation between perception of family support and emotional problems indicator in parents of children and adolescents with Williams Syndrome Maria Aparecida Fernandes Martin Dulcineia Bastos Duarte Adriana de. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 14, n. 1, p. 62-76, 19 mar. 2014. Disponível em: <<http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/cpgdd/article/view/11258/6987>>. Acesso em: 30 jul. 2018.

MARTINES, Roosecelis Brasil et al. Notes from the Field: evidence of Zika virus infection in brain and placental tissues from two congenitally infected newborns and two fetal losses – Brazil, 2015. **MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 65, n. 6, p. 1-2, 10 fev. 2016. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6506e1er.htm>>. Acesso em: 8 dez. 2018.

MASSON, Letícia Pessoa; BRITO, Jussara Cruz; SOUSA, Rejane Nazaré Pimentel de. O trabalho e a saúde de cuidadores de adolescentes com deficiência: uma aproximação a partir do ponto de vista da atividade. **Saúde Soc.**, v. 17, n. 4, p. 68-80, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n4/08.pdf>>.

MATSUDO, Sandra et al. Questionário Internacional de atividade física (IPAQ): Estudo de validade e reprodutibilidade no Brasil. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 6, n. 2, p. 5-18, 2001. Disponível em: <<https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/RBAFS/article/view/931>>.2317-1634.

MLAKAR, Jernej et al. Zika Virus Associated with Microcephaly. **New England Journal of Medicine**, v. 374, n. 10, p. 951-958, 2016. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1600651>>. Acesso em: 14 dez. 2018. 0028-4793.

NUNES, Magda Lahorgue et al. Microcephaly and Zika virus: a clinical and epidemiological analysis of the current outbreak in Brazil. **Jornal de Pediatria**, v. 92, n. 3, p. 230-240, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpedp.2016.04.001>>. 1678-4782 (Electronic) r0021-7557 (Linking).

NUTEP. **Atenção a crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus**: relato da experiência de uma abordagem centrada na família, 2017. 46 p. Disponível em: <www.nutep.org.br>. Acesso em: 13 dez. 2018.

OMS. **Microcefalia**. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/microcephaly/pt>>. Acesso em: 25 nov. 2018.

ONES, Kadriye et al. Assessment of the quality of life of mothers of children with cerebral palsy (primary caregivers). **Neurorehabilitation and Neural Repair**, v. 19, n. 3, p. 232-237, 2005. Disponível em: <<http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1545968305278857>>. Acesso em: 1 ago. 2018. 1545-9683.

OPAS/OMS. **Brasil** – Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde atualiza caracterização da síndrome congênita do zika. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5181:opas-oms-atualiza-caracterizacao-da-sindrome-congenita-do-zika&Itemid=820>. Acesso em: 20 nov. 2018.

PARDINI, Renato et al. Validação do questionário internacional de nível de atividade física (IPAQ – versão 6): estudo piloto em adultos jovens brasileiros. **Rev. Bras. Ciên. e Mov.**, Brasília, v. 9, n. 3, p. 45-51, 2001.

PEREIRA, Éverton Luís et al. Perfil da demanda e dos Benefícios de Prestação Continuada (BPC) concedidos a crianças com diagnóstico de microcefalia no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 11, p. 3557-3566, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n11/1413-8123-csc-22-11-3557.pdf>>. Acesso em: 14 dez. 2018.

PIMENTA, R.A.; RODRIGUES, L.A.; GREGUOL, M. Avaliação da Qualidade de Vida e Sobrecarga de Cuidadores de Pessoas com Deficiência Intelectual. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 14, p. 69-76, 2010. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs>>. Acesso em: 1º ago. 2018.

PUCCI, Gabrielle Cristine Moura Fernandes et al. Associação entre atividade física e qualidade de vida em adultos. **Revista de Saúde Pública**, v. 46, n. 1, p. 166-179, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/rsp>. Acesso em: 18 nov. 2018. 1518-8787 (Electronic) 0034-8910 (Linking).

RAMIRES, Cristhiene Montone Nunes; BRANCO-BARREIRO, Fátima Cristina Alves; PELUSO, Érica Toledo Piza. Fatores relacionados à qualidade de vida de pais de crianças com deficiência auditiva. **Quality**, v. 21, n. 10, p. 3245-3252, 2016.

RASMUSSEN, Sonja A. et al. Zika virus and birth defects – Reviewing the evidence for causality. **New England Journal of Medicine**, v. 374, n. 20, p. 1981-1987, 19 maio 2016. Disponível em: <<http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMSr1604338>>. Acesso em: 8 dez. 2018. 0028-4793.

REBAR, Amanda L. et al. A meta-meta-analysis of the effect of physical activity on depression and anxiety in non-clinical adult populations. **Health Psychology Review** v. 9, n. 3, p. 366-378, 2015. Disponível em: <<http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004366.pub6>>. 1743-7199.

REINHEIMER, Daniele Machado et al. Anxiety, depression, and quality of life in mothers of newborns with microcephaly and presumed congenital Zika virus infection. **Archives of Women's Mental Health**, v. 19, n. 6, p. 1149-1151, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s00737-016-0654-0>>.

RIBEIRO, Bruno Niemeyer de Freitas et al. **Radiol Bras.**, v. 50, n. 5, p. 314-322, set./out. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0100-3984.2017.0098>>. Acesso em: 9 jul. 2018.

RONCA, R. P.; BLASCOVI-ASSIS, S. M. Qualidade de vida de cuidadores de pessoas com Síndrome de Down: Revisão de Literatura. **Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 17, n. 1, p. 26-38, 2017. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cpdd/v17n1/v17n1a04.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2018.

SANTOS, Munster. Validação de conteúdo de um instrumento de avaliação do esquema corporal para crianças com cegueira. **Revista Educação Especial**, v. 25, n. 44, p. 563-585, 9 nov. 2012. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/educacaoespecial/article/view/5486>>.

SILVA, Cilene Baptista Carla; RAMOS, Zonzini. **Reações dos familiares frente à descoberta da deficiência dos filhos**, v. 19, n. 9, p. 15-23, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.4322/cto.2014.003>>. Acesso em: 10 dez. 2018.

SIMONASSE, Marcelly Fontes; MORAES, Juliana RM.M. de. Crianças com necessidades especiais de saúde: impacto no cotidiano familiar. **Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online**, v. 7, n. 3, p. 2902 , 1º jul. 2015. Disponível em: <<http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3577>>. Acesso em: 15 dez. 2018.

SOUZA, Clóvis Arlindo de. Atividade física no lazer e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p. 270-282 , 2013.

SOUZA, Wayner Vieira de et al. Microcephaly epidemic related to the Zika virus and living conditions in Recife, Northeast Brazil. **BMC Public Health**, v. 18, n. 1, 2018. Disponível em: <<https://qgis.org/en/site>>. Acesso em: 6 ago. 2018. 1471-2458.

TOMAZ, Rodrigo Victor Viana et al. Impacto da deficiência intelectual moderada na dinâmica e na qualidade de vida familiar: um estudo clínico-qualitativo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 11, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n11/1678-4464-csp-33-11-e00096016.pdf>>. Acesso em: 4 ago. 2018.

TREMBLAY, Mark S. et al. Moving forward by looking back: lessons learned from long-lost lifestyles. **Applied physiology, nutrition, and metabolism = Physiologie appliquée, nutrition et métabolisme**, v. 33, n. 4, p. 836-42, ago. 2008. Disponível em: <<http://www.nrcresearchpress.com/doi/10.1139/H08-045>>. Acesso em: 6 ago. 2018. 1715-5312.

UMA. **União de mães de anjos**. Disponível em: <<https://www.uniaodemaesdeanjos.com.br>>. Acesso em: 9 dez. 2018.

VALE, Paulo Roberto Lima Falcão do. **Experiências de famílias de crianças com microcefalia por Zika vírus**. [S.l. : s.n.], 2018.

VARGAS, Alexander et al. Characteristics of the first cases of microcephaly possibly related to Zika virus reported in the metropolitan region of Recife, Pernambuco State, Brazil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, AHEAD, 2016.

VONNEILICH, Nico; LÜDECKE, Daniel; KOFAHL, Christopher. The impact of care on family and health-related quality of life of parents with chronically ill and disabled children. **Disability and Rehabilitation**, v. 38, n. 8, p. 761-767, 2016.

WHITAKER, Kara M et al. Sedentary behaviors and cardiometabolic risk: an isotemporal substitution analysis. **American Journal of Epidemiology**, v. 187, n. 2, p. 181-189, 1º fev. 2018. Disponível em: <<https://academic.oup.com/aje/article/187/2/181/3863339>>. Acesso em: 23 jul. 2018.

WHO. OMS. Doença do vírus Zika. **WHO**, 2016. Disponível em: <<https://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/pt>>. Acesso em: 8 maio 2018.

WHO. OMS. Perímetro cefálico. Disponível em: <https://www.who.int/childgrowth/standards/second_set/cht_hcfa_boys_z_0_13.pdf?ua=1>.

APÊNDICES

APÊNDICE 1
Carta convite para os juízes

Senhor(a) Prof.(a) Dr.(a)/Me.(Ma.)

Vimos por meio desta, convida-lo(a) a participar como Juiz de um instrumento de entrevista voltadas para profissionais, pais e cuidadores de crianças com microcefalia, o qual s desenvolvido dentro da pesquisa de mestrado intitulada: “**A Inserção do Profissional de Educação Física na Estimulação Precoce de Crianças com Microcefalia**”, desenvolvida junta ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Viçosa, sob a orientação da Prof^a. Dr^a. Eveline Torres Pereira.

Mediante o aceite, o seu papel como juiz é de ler o instrumento proposto e realizar uma análise crítica dos itens preenchendo um protocolo correspondente.

Esta etapa da pesquisa tem como objetivo realizar a análise da pertinência dos itens que compõem o instrumento, a fim de avaliar se esses avaliam realmente o que se propõem. As considerações realizadas pelos juízes serão utilizadas para o aprimoramento do instrumento.

Para sua organização e planejamento pessoal, informamos os prazos e datas estabelecidos:

03/06/2017 – Envio do instrumento de observação e protocolo

20/07/2017 – Devolução do instrumento de observação ao pesquisador

Certos de que podemos contar com sua inestimável colaboração, colocamo-nos à disposição para prestar todos os esclarecimentos que se façam necessários (jaquelinelossal@gmail.com, tel. (31) 985536883).

Agradecemos antecipadamente sua valiosa colaboração,

Atenciosamente,

Prof^a Jaqueline Salgado Lopes

Prof^a. Dr^a Eveline Torres Pereira

Viçosa, 03 de Julho de 2017

Carta de Apresentação

Prezados juízes,

Esta primeira fase consiste na validação de conteúdo do instrumento de coleta de dados. Segundo Krech et al. (1975), a validação estabelece até que ponto o instrumento mede aquilo que pretende medir. Uma de suas etapas é o julgamento por especialistas, os juízes, avaliam a representatividade dos itens em relação as áreas de conteúdo (PASQUALI, 1998).

Dessa forma, foi construído um protocolo composto por quatro itens a serem observados, sendo esses: Análise de clareza da Linguagem, Análise da pertinência tória, Análise da viabilidade de aplicação. O juiz poderá fazer sugestões e observações, que serão consideradas para a redação e elaboração final do instrumento.

A seguir se encontra um resumo do trabalho a fim de situá-los na pesquisa, posteriormente uma breve explicação sobre a elaboração do instrumento, e por fim, o protocolo para realização da análise do instrumento.

Viçosa, 03 de julho de 2017

Jaqueline Salgado Lopes
Mestrando - PPGEFI/UFV - UFJF

A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA ESTIMULAÇÃO PRECOCE DE CRIANÇAS COM MICROCEFALIA

RESUMO

O quadro epidemiológico no Brasil relacionado aos nascidos com microcefalia apresentou mudanças desde outubro de 2015, com a divulgação do aumento de casos apresentado pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (2015). Diante desse alerta, o Ministério da Saúde propôs ações, entre elas as “Diretrizes de Estimulação Precoce: crianças de 0 a 3 anos com microcefalia” (BRASIL, 2016), contendo orientações a respeito da importância da estimulação precoce para essas crianças. Entretanto, o profissional de Educação Física (EF) não é mencionado nas diretrizes como agente potencial para o estímulo desse indivíduo. Assim, este estudo tem como objetivo verificar se crianças com microcefalia do município com maior número de casos no Estado de Pernambuco possuem acesso à estimulação precoce, bem como discutir a inserção desse profissional nesse atendimento. Para isso foram realizados: (i) Levantamento e descrições dos atendimentos de estimulação precoce no município escolhido; (ii) Descrição do perfil socioeconômico e das condições de saúde dos indivíduos com microcefalia e das respectivas famílias; (iii) Verificação da utilização das **Diretrizes** por profissionais de saúde; e (iv) Observação das contribuições e a inserção do profissional de Educação Física no desenvolvimento dos aspectos motores. O estudo pautou-se em uma abordagem quali-quantitativa do tipo descritivo transversal. A amostra será composta por pais e cuidadores de crianças com microcefalia de 0 a 3 anos. A pesquisa compreendeu a construção, validação e aplicação de entrevista semiestruturada. A análise dos dados qualitativos foi por meio da análise de conteúdo do tipo categorial. Os dados quantitativos são analisados estatisticamente, de forma a realizar uma análise exploratória de dados por meio de testes estatísticos.

Palavras-chave: Microcefalia. Estimulação Precoce. Zika Vírus. Educação Física.

ESTRUTURAÇÃO DA ENTREVISTA COM PAIS E CUIDADORES

Esta é a primeira versão do instrumento que está sendo elaborado para a entrevista direcionada aos pais e cuidadores de crianças com microcefalia. O bloco 1 foi construído com o objetivo de identificar as características socioeconômicas da família dos indivíduos com microcefalia, por meio das variáveis demográficas e socioeconômicas com base no questionário Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB), adotado pela Associação Brasileira de Pesquisa (ABEP) ANEPE – ABEPEME (ABEP, 2016). Este item pode contribuir para compreender o contexto familiar em que a criança está inserida.

O bloco 2 consiste em questões relacionados a condições e acesso à saúde dos indivíduos com microcefalia e suas famílias. Essas questões foram elaboradas com base no questionário proposto pelo Ministério da Saúde aplicado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), intitulado: “Pesquisa Nacional de Saúde- 2013”. Neste bloco é possível conhecer qual o acesso ao serviço de saúde seja privado ou público (Sistema Único de Saúde – SUS). Nele também poderão ser mapeados itens sobre o pré-natal, a gestação e o nascimento da criança com microcefalia.

O bloco 3 tem como objetivo verificar se as crianças com microcefalia estão recebendo ou se receberam algum atendimento especializado de estimulação precoce, além de como foi o acesso (público, privado, deslocamento e distância da residência até o local de atendimento) .

ROTEIRO DE ENTREVISTA: PAIS E CUIDADORES

BLOCO 1 - Descrição do perfil socioeconômico	
1. Nível de parentesco (0)pai (1)Mãe (2)Avô/Avó (3)Tio/Tia (4)Irmão/Irmã (5)Outro_____	
2. Idade (anos completos no momento da pesquisa)	
2. Sexo: (0) masculino (1) feminino	
3. Estado Civil: (0) solteiro (1) casado/amigado (2) viúvo (3) divorciado/separado	
4. Número de filhos:_____	
5. Desses filhos quantos possuem microcefalia?_____	
6. Idade da criança com microcefalia	
Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. No domicílio tem:	
7. Quantidade de automóveis de passeios de uso particular	
8. Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalho pelo menos cinco dias da semana.	
9. Quantidade de maquinas de lavar roupa, exceto tanquinho	
10. Quantidade de Banheiros	
11. No domicílio tem: DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel.	
12. Quantidade de geladeiras	
13. Quantidade de freezers independente ou parte da geladeira duplex	
14. Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks. Exceto tablets, palms ou smartphones.	
15. Quantidade de lavadora de louças.	
16. Quantidade de fornos de micro-ondas	
17. Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional.	

18. Quantidade de maquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca	
A água utilizada nesse domicílio é proveniente de	
19. Rede geral de distribuição (0) não (1) sim.	
20. Poço ou nascente (0) não (1) sim.	
21. Outro meio (0) não (1) sim.	
Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
22. Asfaltada/Pavimentada	
23. Terra/Cascalho	
Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio	
24. Analfabeto/ Fundamental I incompleto (0) não (1) sim.	
25. Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto (0) não (1) sim.	
26. Médio completo / Superior incompleto (0) não (1) sim.	
27. Superior completo (0) não (1) sim.	
BLOCO 2 - Condições de saúde dos indivíduos com microcefalia e suas respectivas famílias	
Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre plano ou seguro de saúde	
28. O Senhor (a) possui algum plano de saúde médico, particular, de empresa ou órgão público? (0) não (1) sim. * Caso a resposta seja “não”, pule para questão 31.	
29. O plano de saúde (único ou principal) que senhor (a) possui é de instituição de assistência de serviço público (municipal, estadual ou militar)? (0) não (1)sim	
30. Há quanto tempo sem interrupção o senhor (a) possui esse plano de saúde? (0) Até 6 meses; (1) Entre 6 meses e um ano; (2) Mais de um ano; (3) Mais de dois anos;	
Agora vou lhe fazer perguntas sobre o estado de saúde e utilização de serviços de saúde:	
31. De um modo geral, como é o estado de saúde do Senhor (a)? (0)Muito Bom; (1)Bom; (2)Regular; (3)Ruim; (4)Muito Ruim;	

32. Algum médico já mencionou algum diagnóstico de doença crônica, física ou mental, ou doença de longa duração (de mais de 6 meses de duração). (0) não (1)sim.	
33. Onde procura pelo serviço de saúde na maior parte das vezes que necessita? (0)Público (1)Privado	
Agora vou lhe fazer perguntas sobre o atendimento pré-natal. * Questões 34 a 37 devem ser respondidas somente por mães biológicas.	
34.Na última vez que a senhora esteve grávida, a senhora fez pré-natal? (0) não (1)sim * Caso a resposta seja “não”, pule para questão 38	
35. Com quantas semanas de gravidez a senhora iniciou o pré-natal? (____) semanas.	
36. Onde foi realizada a maioria das consultas do pré-natal? (0)Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) (1)Centro de Especialidades; (2)Policlínica pública; (3)Posto de Assistência Médica (4)Hospital público/ambulatório (5)Consultório particular ou clínica privada (6)Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato (7)Outro (Especifique:_____)	
37. As consultas do pré-natal foram realizadas através do Sistema Único de Saúde (SUS)? (0) Sim, todas; (1)Sim, algumas; (2)Não, nenhuma; (3)Não sabe.	
BLOCO 3 - Levantamento do acesso à algum tipo de estimulação precoce crianças com microcefalia	
38. Seu filho (a) com microcefalia está recebendo algum tipo de acompanhamento? (0) não (1)sim (2) Não, mas já recebeu. *Caso a resposta seja o item “sim” ou “não, mas já recebeu”, prosseguir com a entrevista.	

39. Qual tipo de acompanhamento? (0)Assistente Social (1)Agente comunitário (2)Profissional de Educação Física; (3)Enfermeiro; (3)Fisioterapeuta; (4)Fonoaudiólogo; (5)Médico; (6)Nutricionista; (7)Dentista; (8)Psicólogo; (9)Terapeuta Ocupacional; (10)Outro: _____.	
40. Qual duração desse atendimento? *Data (mês e ano) Iniciou _____ Até _____.	
41.Qual local ele recebe esse atendimento? (0)Poste de Saúde; (1)Unidade Básica de Saúde; (2)Escola; (3)Centro Comunitário; (4)Clínica Pública; (5)Clínica Particular; (6)Em casa; (7)Universidades/Faculdades Outro:_____	
42. Qual a distância se encontra o(s) atendimento(s) recebido (s)? Se possível insira o endereço. _____ _____	
43.O(a) Senhor(a) realiza algum tipo de pagamento para esse(s) atendimento(s)? (0) não (1)sim	
44. O(a) Senhor(a) saberia informar se possui algum profissional de Educação Física que trabalha no local de atendimento do seu filho? (0) não (1) sim (2)Não, sabe informar.	
45. O(A) Senhor(a) saberia informar se o profissional de educação física colabora nos atendimentos do seu filho? (0) não (1)sim (2)Não sabe informar.	

PROTOCOLO DE ANÁLISE DO INSTRUMENTO

O juiz deverá escolher uma das três opções e assinalar com um x

Bloco 1 - Descrever do perfil socioeconômico	Observações/Sugestões
1. Análise de clareza da linguagem ☐ Adequado ☐ Pouco adequado ☐ Inadequado	
2. Análise da pertinência teórica ☐ Adequado ☐ Pouco adequado ☐ Inadequado	
3. Análise da viabilidade da aplicação ☐ Adequado ☐ Pouco adequado ☐ Inadequado	
Bloco 2 - Condições de saúde dos indivíduos com microcefalia e suas respectivas famílias	
1. Análise de clareza da linguagem ☐ Adequado ☐ Pouco adequado ☐ Inadequado	
2. Análise da pertinência teórica ☐ Adequado ☐ Pouco adequado ☐ Inadequado	
3. Análise da viabilidade da aplicação ☐ Adequado ☐ Pouco adequado ☐ Inadequado	
Bloco 3 - Verificar se crianças com microcefalia possuem acesso à algum tipo de estimulação	
1. Análise de clareza da linguagem ☐ Adequado ☐ Pouco adequado ☐ Inadequado	
2. Análise da pertinência teórica ☐ Adequado ☐ Pouco adequado ☐ Inadequado	
3. Análise da viabilidade da aplicação ☐ Adequado ☐ Pouco adequado ☐ Inadequado	

APÊNDICE 2

Entrevista para pais e cuidadores

BLOCO 1 - Descrição do perfil socioeconômico * Extraído do Instrumento ABEP/2015	
Nº de identificação:	
1. Nível de parentesco (0)pai (1)Mãe (2)Avô/Avó (3)Tio/Tia (4)Irmão/Irmã (5)Outro_____	
2. Idade (anos completos no momento da pesquisa)	
3. Sexo: (0) masculino (1) feminino	
4. Estado Civil: (0) solteiro(1) casado/amigado/união estável (2) viúvo (3) divorciado/separado	
5. Número de filhos sem microcefalia	
6. Número de filhos com microcefalia:	
7. Idade da criança com microcefalia: Data de nascimento:	
Agora vou fazer algumas perguntas sobre itens do domicílio para efeito de classificação econômica. Todos os itens de eletroeletrônicos que vou citar devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados.	
8. Quantidade de automóveis de passeios de uso particular	
9. Quantidade de empregados mensalistas, considerando apenas os que trabalho pelo menos cinco dias da semana.	
10. Quantidade de máquinas de lavar roupa, exceto tanquinho	
11. Quantidade de Banheiros	
12. No domicílio tem: DVD, incluindo qualquer dispositivo que leia DVD e desconsiderando DVD de automóvel.	
13. Quantidade de geladeiras	
14. Quantidade de freezers independente ou parte da geladeira duplex	
15. Quantidade de microcomputadores, considerando computadores de mesa, laptops, notebooks e netbooks. Exceto tablets, palms ou smartphones.	
16. Quantidade de lavadora de louças.	
17. Quantidade de fornos de micro-ondas	
18. Quantidade de motocicletas, desconsiderando as usadas exclusivamente para uso profissional.	
19. Quantidade de máquinas secadoras de roupas, considerando lava e seca	
A água utilizada nesse domicílio é proveniente de	
20. Rede geral de distribuição (0) não (1) sim	
21. Poço ou nascente (0) não (1) sim	

22. Outro meio (0) não (1) sim	
Considerando o trecho da rua do seu domicílio, você diria que a rua é:	
23. Asfaltada/Pavimentada (0) não (1) sim	
24. Terra/Cascalho (0) não (1) sim	
Qual é o grau de instrução do chefe da família? Considere como chefe da família a pessoa que contribui com a maior parte da renda do domicílio	
25. Analfabeto/ Fundamental I incompleto (0) não (1)sim	
26. Fundamental I completo/ Fundamental II incompleto (0) não (1)sim	
27. Médio completo / Superior incompleto (0) não (1)sim	
28. Superior completo (0) não (1)sim	
BLOCO 2 - Condições de saúde, acessibilidade ao serviço de saúde dos indivíduos com microcefalia e suas respectivas famílias.	
* Adaptações do Instrumento Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) 2013 e do Questionário da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS)- 2013	
Agora gostaria de lhe fazer algumas perguntas sobre plano ou seguro de saúde	
29. O Senhor (a) possui algum plano de saúde médico, particular, de empresa ou órgão público? (0) não (1)sim * Caso a resposta seja “não”, pule para questão 32.	
30. O plano de saúde (único ou principal) que senhor (a) possui é de instituição de assistência de serviço público (municipal, estadual ou militar)? (0) não (1)sim	
31. Há quanto tempo sem interrupção o senhor (a) possui esse plano de saúde? (0)Até 6 meses; (1)Entre 6 meses e um ano; (2)Mais de um ano; (3)Mais de dois anos;	
Agora vou lhe fazer perguntas sobre o atendimento pré-natal. *Somente para mães biológicas	
32. Na gestação do seu filho (a) com microcefalia, a senhora fez pré-natal? (0) não (1)sim * Caso a resposta seja “não”, pule para questão 37	
33. Com quantas semanas de gravidez a senhora iniciou o pré-natal? (____) semanas.	
34. Onde foi realizada a maioria das consultas do pré-natal? (0)Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família) (1)Centro de Especialidades; (2)Policlínica pública; (3)Posto de Assistência Médica (4)Hospital público/ambulatório (5)Consultório particular ou clínica privada (6)Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato (7)Hospital Filantrópico (88)Outro (Especifique:_____)	

35. As consultas do pré-natal foram feitas através do Sistema Único de Saúde (SUS)? (0)Não, nenhuma (1)Sim, todas; (2)Sim, algumas; (99) Não sabe/não respondeu/não lembra	
36. A senhora realizou exercícios físicos (atividade física) durante a gestação? (1)Sim (0)Não	
37. A senhora recebeu acompanhamento e orientação para a realização dos exercícios por algum profissional de Educação Física? (0)Não; (1)Não, realizei por conta própria; (2)Sim, realizei em academia privada (2)Sim, equipe do NASF ou academia da cidade (88)Outro: _____ (77)N.A	
38. Quando a senhora foi informada a respeito da microcefalia? (0)Durante a gestação (_____)semanas. (1)Após o nascimento (_____)	
39. Por qual profissional da saúde e como a senhora recebeu a informação a respeito da microcefalia?	
Atendimento pós-natal	
40. Depois que a criança nasceu, a equipe da atenção básica (da unidade mais próxima da sua casa)fez uma visita até sete dias de vida (primeira semana)? (0) não fez; (1) sim; (2)Não fez, pois o bebe ficou internado (99)Não sabe/não respondeu/não lembra	
41. Nas consultas, foi explicado sobre o desenvolvimento da criança de acordo com a idade? (0) não; (1) sim; (99)Não sabe/não respondeu/não lembra	
Agora vou lhe fazer perguntas sobre o acesso e utilização do serviço de saúde.	
42. Onde procura pelo serviço de saúde na maior parte das vezes que necessita? (0)Público (1)Privado	
43. Qual é o local que procura e recebe o atendimento de saúde na maior parte das vezes? <i>*Caso escolha “UPA”, responda questão 44/45 e passe para o bloco 3.</i> (0)Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família); (1)Centro de Especialidades; (2)Policlínica pública; (3)Posto de Assistência Médica; (4)Hospital público/ambulatório; (5)Consultório particular ou clínica privada; (6)Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato (7)Hospital Filantrópico; (8)Unidade de Pronto Atendimento - UPA (88)Outro: _____	
44. Para deslocar da sua residência até esse serviço de saúde é: (0)Fácil; (1)Muito fácil; (2)Razoável; (3)Difícil; (4)Muito difícil; (99)Não sabe/não respondeu/não lembra	
45. Quanto tempo em minutos o(a) senhor(a) leva da sua casa até esse serviço de saúde?	

(99)Não sabe/não respondeu/não lembra	
46. A unidade de saúde funciona em quantos dias na semana? (0)Segunda; (1)Terça; (2)Quarta; (3)Quinta; (4)Sexta; (5)Sábado(exceto em campanha de vacinação);(6)Domingo (exceto em campanha de vacinação) (77)N.A _____ dias.	
47. Em que turno a unidade funciona? (0)Manhã; (1)Tarde; (2)Noite; (3)Manhã e Tarde; (4)Manhã e Noite; (5)Tarde e Noite; (6)Manhã, Tarde e Noite.	
48. O(a) senhor(a) consegue marcar consulta, para o mesmo dia? *Caso SIM, passe para a questão 50. (1)Sim;(0)Não; (99)Não sabe/não respondeu/não lembra	
49. Em caso não para quantos dias depois? _____ dias.	
50. O(a) senhor(a) já precisou levar seu filho (a) com microcefalia na unidade de saúde sem hora marcada? (1)Sim; (0)Não; (99)Não sabe/não respondeu/não lembra	
51. Quando precisou leva-lo, o(a) senhor(a) foi atendido sem hora marcada? (1)Sim; (0)Não; (99)Não sabe/não respondeu/não lembra	
BLOCO 3 – O acesso a atendimentos e estimulação precoce de crianças com microcefalia	não
51. Seu filho (a) com microcefalia está recebendo algum tipo de atendimento? *Caso “não” vá para o próximo questionário. (0) não (1)sim (2) Não, mas já recebeu.	
52. Esse atendimento consiste na estimulação precoce? *Estimulação auditiva, visual, função motora, função manual, habilidades cognitivas e sociais; linguagem e estimulação da motricidade orofacial. (0) não (1)sim (99)Não sabe/não respondeu/não lembra	
53. Qual tipo de atendimento? (0)Assistente Social; (1)Agente comunitário; (2)Profissional de Educação Física; (3)Enfermeiro; (3)Fisioterapeuta; (4)Fonoaudiólogo; (5)Médico; (6)Nutricionista; (7)Dentista; (8)Psicólogo; (9)Terapeuta Ocupacional; (10)Outro: _____ (99) Não sabe/não respondeu/não lembra	
54. Qual a frequência desses atendimentos: (quantas vezes por semana/mês)	
55. O (a) senhor(a) recebe informações e explicações referente ao atendimento? (0)Não; (1)Sim	
56. Se SIM, qual tipo? _____ _____ _____	
57. Com que idade seu filho(a) iniciou esse atendimento?	
58. Qual a duração desse(s) atendimento(s)?(minutos/horas)	

59. Quanto tempo em minutos o(a) senhor(a) leva da sua casa até o local do atendimento?(horas/minutos) (99)Não sabe/não respondeu/não lembra	
60. Qual local ele recebe esse atendimento? (0)Posto de Saúde; (1)Unidade Básica de Saúde; (2)Escola; (3)Centro Comunitário; (4)Clínica Pública; (5)Clínica Particular; (6)Em casa; (7)Universidades/Faculdades Outro: _____	
61. Qual a distância se encontra o(s) atendimento(s) recebido (s)? Se possível insira o endereço. Rua/Bairro/cidade _____ _____ Nome do local de atendimento: _____	
62. Qual o meio de transporte o(a) senhor(a) utiliza para ir até o local do atendimento? (0) A pé; (1) Carro próprio; (2) Carro do município; (3) Transporte Coletivo (88) Outro: _____	
63. Chegar até o local de atendimento é: *Poderá marcar só uma opção de resposta. (0)Muito fácil; (1)Fácil; (2)Razoável; (3)Difícil; (4)Muito difícil	
64. O(a) Senhor(a) realiza algum tipo de pagamento para esse(s) atendimento(s)? (0) não (1)sim	
65. O(a) Senhor(a) saberia informar se possui algum profissional de Educação Física que trabalha no local de atendimento do seu filho? (0) não (1)sim (2)Não sabe informar	
66. O(A) Senhor(a) saberia informar se o profissional de Educação Física colabora nos atendimento/acompanhamento(s) do seu filho? (0) não (1)sim (2)Não sabe informar	
67. Na sua opinião, o atendimento/acompanhamento do seu filho: (0)Muito bom; (1)Bom; (2)Regular; (3)Ruim; (4)Muito ruim; (99)Não sabe/não respondeu/não lembra	

QUESTIONÁRIO INTERNACIONAL DE ATIVIDADE FÍSICA (IPAQ)

Nome: _____ Data: ____/____/____

Idade : ____ Sexo: F () M ()

Para responder as questões lembre que:

- Atividades físicas **VIGOROSAS** são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar MUITO mais forte que o normal
- Atividades físicas **MODERADAS** são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar UM POUCO mais forte que o normal

SEÇÃO 1- ATIVIDADE FÍSICA NO TRABALHO

Esta seção inclui as atividades que você faz no seu serviço, que incluem trabalho remunerado ou voluntário, as atividades na escola ou faculdade e outro tipo de trabalho não remunerado fora da sua casa. **NÃO** incluir trabalho não remunerado que você faz na sua casa como tarefas domésticas, cuidar do jardim e da casa ou tomar conta da sua família. Estas serão incluídas na seção 3.

- 1a. Atualmente você trabalha ou faz trabalho voluntário fora de sua casa?
() Sim () Não – Caso você responda não **Vá para seção 2: Transporte**

As próximas questões são em relação a toda a atividade física que você fez na **última semana** como parte do seu trabalho remunerado ou não remunerado. **NÃO** inclua o transporte para o trabalho. Pense unicamente nas atividades que você faz por **pelo menos 10 minutos contínuos**:

- 1b. Em quantos dias de uma semana normal você **anda**, durante **pelo menos 10 minutos contínuos**, como parte do seu trabalho? Por favor, **NÃO** inclua o andar como forma de transporte para ir ou voltar do trabalho.

_____ dias por SEMANA () nenhum – **Vá para a seção 2 - Transporte.**

- 1c. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** caminhando **como parte do seu trabalho** ?

_____ horas _____ minutos

- 1d. Em quantos dias de uma semana normal você faz atividades **moderadas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como carregar pesos leves **como parte do seu trabalho**?

_____ dias por SEMANA () nenhum - **Vá para a questão 1f**

- 1e. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades moderadas **como parte do seu trabalho**?

_____ horas _____ minutos

- 1f. Em quantos dias de uma semana normal você gasta fazendo atividades **vigorosas**, por **pelo menos 10 minutos contínuos**, como trabalho de construção pesada, carregar grandes pesos, trabalhar com enxada, escavar ou subir escadas **como parte do seu trabalho**:

_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para a questão 2a.**

- 1g. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** fazendo atividades físicas vigorosas **como parte do seu trabalho**?
- _____ horas _____ minutos

SEÇÃO 2 - ATIVIDADE FÍSICA COMO MEIO DE TRANSPORTE

Estas questões se referem à forma típica como você se desloca de um lugar para outro, incluindo seu trabalho, escola, cinema, lojas e outros.

- 2a. O quanto você andou na ultima semana de carro, ônibus, metrô ou trem?

_____ dias por **SEMANA** () nenhum - **Vá para questão 2c**

- 2b. Quanto tempo no total você usualmente gasta **POR DIA** andando de carro, ônibus, metrô ou trem?

_____ horas _____ minutos

Agora pense **somente** em relação a caminhar ou pedalar para ir de um lugar a outro na ultima semana.

- 2c. Em quantos dias da ultima semana você andou de bicicleta por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua o pedalar por lazer ou exercício)

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para a questão 2e.**

- 2d. Nos dias que você pedala quanto tempo no total você pedala **POR DIA** para ir de um lugar para outro?

_____ horas _____ minutos

- 2e. Em quantos dias da ultima semana você caminhou por **pelo menos 10 minutos contínuos** para ir de um lugar para outro? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para a Seção 3.**

- 2f. Quando você caminha para ir de um lugar para outro quanto tempo **POR DIA** você gasta? (**NÃO** inclua as caminhadas por lazer ou exercício)

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 3 – ATIVIDADE FÍSICA EM CASA: TRABALHO, TAREFAS DOMÉSTICAS E CUIDAR DA FAMÍLIA.

Esta parte inclui as atividades físicas que você fez na última semana na sua casa e ao redor da sua casa, por exemplo, trabalho em casa, cuidar do jardim, cuidar do quintal, trabalho de manutenção da casa ou para cuidar da sua família. Novamente pense **somente** naquelas atividades físicas que você faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**.

- 3a. Em quantos dias da última semana você fez atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer, rastelar **no jardim ou quintal**.

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão 3b.**

- 3b. Nos dias que você faz este tipo de atividades quanto tempo no total você gasta **POR DIA** fazendo essas atividades moderadas **no jardim ou no quintal**?

_____ horas _____ minutos

- 3c. Em quantos dias da última semana você fez atividades **moderadas** por pelo menos 10 minutos como carregar pesos leves, limpar vidros, varrer ou limpar o chão **dentro da sua casa**.

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para questão 3d.**

- 3d. Nos dias que você faz este tipo de atividades moderadas **dentro da sua casa** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

- 3e. Em quantos dias da última semana você fez atividades físicas **vigorosas no jardim ou quintal** por pelo menos 10 minutos como carpir, lavar o quintal, esfregar o chão:

_____ dias por **SEMANA** () Nenhum - **Vá para a seção 4.**

- 3f. Nos dias que você faz este tipo de atividades vigorosas **no quintal ou jardim** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

SEÇÃO 4- ATIVIDADES FÍSICAS DE RECREAÇÃO, ESPORTE, EXERCÍCIO E DE LAZER.

Esta seção se refere às atividades físicas que você fez na ultima semana unicamente por recreação, esporte, exercício ou lazer. Novamente pense somente nas atividades físicas que faz **por pelo menos 10 minutos contínuos**. Por favor, **NÃO** inclua atividades que você já tenha citado.

- 4a. Sem contar qualquer caminhada que você tenha citado anteriormente, em quantos dias da ultima semana você caminhou **por pelo menos 10 minutos contínuos** no seu tempo livre?

_____ dias por SEMANA

() Nenhum - **Vá para questão 4b**

- 4b. Nos dias em que você caminha **no seu tempo livre**, quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

- 4c. Em quantos dias da ultima semana você fez atividades **moderadas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como pedalar ou nadar a velocidade regular, jogar bola, vôlei, basquete, tênis :

_____ dias por SEMANA

() Nenhum - **Vá para questão 4d.**

- 4d. Nos dias em que você faz estas atividades moderadas **no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

- 4e. Em quantos dias da ultima semana você fez atividades **vigorosas no seu tempo livre** por pelo menos 10 minutos, como correr, fazer aeróbicos, nadar rápido, pedalar rápido ou fazer Jogging:

_____ dias por SEMANA

() Nenhum - **Vá para seção 5.**

- 4f. Nos dias em que você faz estas atividades vigorosas **no seu tempo livre** quanto tempo no total você gasta **POR DIA**?

_____ horas _____ minutos

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida
The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-Bref

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Estou perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
10	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		muito insatisfeito	Insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5

20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

APÊNDICE 3



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO FÍSICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) para participar, como voluntário(a), do Projeto de Pesquisa sob o título ***“A Inserção Do Profissional De Educação Física Na Estimulação Precoce De Crianças Com Microcefalia”***. Sou Jaqueline Salgado Lopes pesquisadora responsável, estudante de mestrado em Educação Física pela Universidade Federal de Viçosa (UFV), em Minas Gerais. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas será sua e a outra é da pesquisadora responsável. Em caso de dúvida **sobre a pesquisa**, você poderá entrar em contato com a pesquisadora: Jaqueline Salgado Lopes pelo telefone: (31)985536883, e-mail: jaquelinelossal@gmail.com ou com a orientadora da pesquisa Prof. Dra. Eveline Torres Pereira no telefone: (31) 3899-2077, e-mail: etorres@ufv.br. Esse termo de consentimento livre e esclarecido foi redigido em conformidade com a Resolução CNS 466/2012. Em caso de dúvidas **sobre a ética aplicada a pesquisa**, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa [com Seres Humano \(CEP\) da UFV](#) no telefone: **(31)3899-2492**. A ideia deste estudo surgiu do interesse em identificar se as crianças com microcefalia estão tendo acesso aos atendimentos propostos pelo Ministério da Saúde, assim como, discutir a inserção do profissional de Educação Física nas intervenções desse público. Sua colaboração neste estudo é **MUITO IMPORTANTE**, mas a decisão de participar é **VOLUNTÁRIA**, o que significa que o(a) senhor(a) terá o direito de decidir se quer ou não participar, bem como de desistir a fazê-lo a qualquer momento. Garantimos que será mantida a **CONFIDENCIALIDADE** das informações e o **ANONIMATO**. Ou seja, o seu nome não será mencionado em qualquer hipótese ou circunstância, mesmo em publicações científicas. Não há **RISCOS** a sua saúde, porém o (a) senhor (a) terá a liberdade de não responder questões que possam lhe causar algum constrangimento ou desconforto. O **BENEFÍCIO** será a contribuição para de informações importantes sobre o acesso e disponibilidade de atendimentos para crianças com microcefalia, bem como a participação do profissional de Educação Física de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa contribuir para os pais, cuidadores e profissionais que atuam com crianças com microcefalia.

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO

Eu, _____, fui convidado(a) a participar da pesquisa em caráter de Dissertação de Mestrado intitulada ***“A Inserção Do Profissional De Educação Física Na Estimulação Precoce De Crianças Com Microcefalia”***, sob a responsabilidade da acadêmica Jaqueline Salgado Lopes, regularmente matriculada no Programa de Pós-Graduação em Educação Física UFV/UFJF da Universidade Federal Viçosa MG, sob a orientação da pesquisadora Profa. Dra. Eveline Torres Pereira. Fui

devidamente informado (a) e esclarecido (a) pela pesquisadora os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade

Recife ____ de _____ de 2017.

Assinatura do (a) pesquisado (a) Assinatura da pesquisadora responsável

APÊNDICE 4

Solicitação da Carta de Anuência da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES-PE) para a realização de pesquisa

Ilmo. Sr.
Gestor responsável

Assunto: Solicitação da Carta de Anuência da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES-PE) para a realização de pesquisa.

Prezados,

Solicitamos à Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (SES-PE) a Carta de Anuência, para fins acadêmicos, necessários à execução do projeto de pesquisa de mestrado intitulado **“A Inserção do Profissional de Educação Física na Estimulação Precoce de Crianças com Microcefalia”** (VIDE ANEXO) sob-responsabilidade da mestrandia do Programa de Pós-Graduação em Educação Física do Departamento de Educação Física da Universidade Federal de Viçosa, Jaqueline Salgado Lopes, residente e domiciliada na Rua Ana Koester, nº 65/302, no bairro Centro da cidade de Viçosa – Minas Gerais com o CEP 36570-000. Telefone de contato: (81) 998587200/ (31)985536883. E-mail: jaquelinelossal@gmail.com. A estudante está sob a orientação da Professora Dra. Eveline Torres Pereira da Universidade Federal de Viçosa e coorientação do Professor Dr. Flávio Renato Barros da Guarda da Universidade Federal de Pernambuco. É necessária a identificação do município que possui maior prevalência de nascidos confirmados com a microcefalia para posterior realização do cálculo amostral onde a coleta de dados será realizada nos 32 Centros de Referências de Assistência aos Pacientes com a Síndrome Congênita Do Zika Vírus. A pesquisa possui a aprovação do Comitê de Ética - CEPE Universidade Federal de Viçosa – UFV sob o número do CAAE: 67005617.8.0000.5153. **ANEXO III**

Informo que os dados serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos, mantendo-se o sigilo dos mesmos.

Atenciosamente,

APENDICE 5

Ilmo. Sra.

Presidente da Associação _____

Assunto: Solicitação da Carta de Anuência associação para a realização da coleta de dados.

Gostaria de solicitar a autorização para da realização da pesquisa intitulada “**A Inserção do Profissional de Educação Física na Estimulação Precoce de Crianças com Microcefalia**”, desenvolvida junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física da Universidade Federal de Viçosa, sob orientação da Prof^a. Dr^a. Eveline Torres Pereira e coorientação do Prof. Flavio Renato Barros da Guarda, com _____. O estudo surgiu do interesse em verificar a inserção do profissional de Educação Física na estimulação precoce de crianças com microcefalia e conhecer os atendimentos realizados.

A pesquisa consiste na realização de uma entrevista estruturada para identificar a atuação do profissional de Educação Física e conhecer os atendimentos realizados com essas crianças. Serão selecionados para a entrevista funcionários do serviço de saúde que se disponham a participar. A realização do estudo poderá contribuir com ações futuras para discutir a atuação da Educação Física no crescimento e desenvolvimento de crianças com microcefalia, bem como auxiliar na construção de uma proposta de estimulação para pais, cuidadores e profissionais de saúde.

Caso seja possível a realização da entrevista, será apresentado a proposta e o termo de consentimento livre e esclarecido. A pesquisa possui a aprovação do Comitê de Ética - CEPE Universidade Federal de Viçosa – UFV sob o número do CAAE: 67005617.8.0000.5153.

Cabe destacar que, todos os dados são confidenciais e a aplicação do instrumento de coleta não trará desconfortos e riscos. A participação é voluntária, sem penalidade ou prejuízo de participação em projetos futuros e a podendo cancelar a participação a qualquer momento.

APENDICE 6



PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Jaqueline Salgado Lopes**, pesquisadora do Departamento de Educação Física da Universidade Federal de Viçosa, a desenvolver pesquisa na Policlínica Lessa de Andrade, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: "**A inserção do profissional de educação física na estimulação precoce de crianças com microcefalia**", sendo orientada por Flávio Renato Barros da Guarda.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

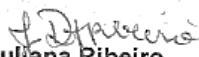
- O cumprimento das determinações éticas das resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 12 de setembro de 2017.

Atenciosamente,


Juliana Ribeiro

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Dantas Torres Ribeiro
Chefe de Divisão de Educação na
Saúde/UGES/DEGTES/SESAU
Matrícula 99.986-8

ANEXOS

ANEXO 1

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO EXTERNA DO SAÚDE MAIS PERTO DE VOCÊ – ACESSO E QUALIDADE

Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)

Módulo III – Entrevista na Unidade de Saúde com Usuário

- ☐ Este módulo busca verificar a percepção e satisfação dos usuários quanto aos serviços de saúde no que se refere ao seu acesso e utilização.
- ☐ O questionário do Módulo III será aplicado para quatro usuários presentes na unidade no dia da avaliação externa.
- ☐ Para entrevista com os usuários, o avaliador deverá selecionar aqueles que não passaram por consulta com médico, enfermeiro no dia da entrevista.
- ☐ Os blocos específicos (mulher, pré-natal, criança, hipertensão, diabetes) serão aplicados de acordo com o perfil do usuário.
- ☐ Aplicar os critérios de exclusão:
 - Não continuar a entrevista se for a PRIMEIRA vez que o usuário vem até a unidade de saúde.
 - Não continuar a entrevista se fizer mais de 12 MESES que o usuário vem até a unidade de saúde.

III.1 - Identificação Geral			
III.1.1	Número do supervisor:		Número
III.1.2	Número do entrevistador:		Número
III.2 - Identificação da Unidade de Saúde			
III.2.1	Coordenadas GPS:		Latitude
			Longitude
			Não foi possível obter as coordenadas
III.2.2	Endereço:		
III.2.3	Telefone		(____)____- ____
			Não existe telefone
III.3 - Identificação do usuário			
III.3.1	Sexo Se FEMININO, abrir bloco II.12.		Masculino
			Feminino
III.3.2	Qual é a Idade do(a) senhor(a)?		Anos
III.3.3	Entre as opções que vou ler, qual a sua cor ou raça? Poderá marcar só uma opção de resposta.		Branca
			Preta
			Amarela
			Parda/mestiça
			Indígena
			Ignorada
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.3.4	Até quando o(a) senhor(a) estudou? Poderá marcar só uma opção de resposta.		Não é alfabetizado (não sabe ler e escrever)
			É alfabetizado (sabe ler e escrever)
			Ensino fundamental incompleto
			Ensino fundamental completo
			Ensino médio incompleto
			Ensino médio completo
			Ensino superior incompleto
			Ensino superior completo
			Pós-graduação
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.3.5.0	O senhor trabalha? Se NÃO, passar para o bloco I.4.		Sim
			Não
III.3.5	O senhor sabe quanto recebeu de salário ou pagamento do seu trabalho no mês passado? Se NÃO, passar para o bloco I.4.		Sim
			Não
III.3.6	Qual o valor? Poderá marcar só uma opção de resposta.		Menos de 1 salário mínimo
			De 1 a 3 salários mínimos
			De 4 a 6 salários mínimos
			De 7 a 9 salários mínimos
			Mais de 10 salários mínimos

III.4 – Acesso aos serviços de saúde			
III.4.1	O senhor é beneficiário do Bolsa Família?	☐	Sim
	Se NÃO, passar para a questão III.4.4.	☐	Não
		☐	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.4.2	A sua família recebe o dinheiro do Programa Bolsa-Família atualmente?	☐	Sim
	Se NÃO, passar para a questão III.4.4.	☐	Não
		☐	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.4.3	Por qual(ais) motivo(s) não recebe?	☐	Porque o cadastro está desatualizado e consta que a família não recebe o auxílio
	Poderá marcar mais de uma opção de resposta.	☐	Porque a família saiu do critério do programa
		☐	Não comprovou as condicionalidades
		☐	Outro(s)
III.4.4	Algum profissional da equipe de saúde dessa Unidade já falou com o(a) senhor(a) sobre o Programa Bolsa Família?	☐	Sim
		☐	Não
III.5 - Acesso aos serviços de saúde			
III.5.1	Quanto tempo o(a) senhor(a) leva da sua casa até esta unidade de saúde? Poderá marcar só uma opção de resposta.	☐	10 minutos
		☐	20 minutos
		☐	30 minutos
		☐	40 minutos
		☐	50 minutos
		☐	60 minutos
		☐	70 minutos
		☐	80 minutos
		☐	90 minutos
		☐	100 minutos
		☐	110 minutos
		☐	120 minutos
		☐	130 minutos
		☐	140 minutos
		☐	150 minutos
		☐	160 minutos
		☐	170 minutos
		☐	180 minutos
		☐	190 minutos
		☐	200 minutos
		☐	210 minutos
☐	220 minutos		

			230 minutos
			240 minutos
			Mais de 240 minutos
			Não sabe/não respondeu/não lembra
ES - III.5.2	Chegar até essa unidade de saúde é: Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Muito fácil
			Fácil
			Razoável
			Difícil
			Muito difícil
III.5.3	A unidade de saúde funciona em quais dias na semana? Poderá marcar só uma opção de resposta.		Segunda
			Terça
			Quarta
			Quinta
			Sexta
			Sábado (exceto em campanha de vacinação)
		Domingo (exceto em campanha de vacinação)	
III.5.4	Em que horário a unidade funciona? Se SIM para NOITE, não abre a opção de resposta À NOITE na questão III.5.8. Poderá marcar só uma opção de resposta.		Manhã
			Tarde
			Noite
III.5.5	A equipe divulga o horário que a unidade funciona?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.5.5.1	Excluindo as campanhas de vacinação, a unidade funciona no sábado? Se SIM, não abre a opção de resposta AOS SÁBADOS na questão III.5.8.		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
Sobre o horário de funcionamento da Unidade de Saúde:			
III.5.6.0	A unidade possui horário fixo de funcionamento? Se NÃO, passar para a questão III.5.7.		Sim
			Não
			Não há horário fixo de funcionamento
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.5.6.1/2	Em que horário abre?		
III.5.6.2/3	Em que horário fecha?		

ES - III.5.7	O horário de funcionamento desta unidade atende às suas necessidades?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.5.8	Para facilitar o seu atendimento, o(a) senhor(a) gostaria que a unidade de saúde atendesse: Poderá marcar mais de uma opção de resposta.		Mais cedo pela manhã
			À tarde até às 18 horas
			À noite
			Aos sábados
			No horário de almoço
			Domingo
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.6 - Marcação de consulta(s) na unidade de saúde			
III.6.0	Essa unidade de saúde faz marcação de consulta? Se NÃO, passar para a questão III.6.2.		Sim
			Não
ET - III.6.1	Na maioria das vezes, como é marcada consulta na unidade de saúde? Poderá marcar mais de uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Marca por telefone
			Marca pela internet
			Vai à unidade e marca o atendimento
			Vai à unidade, mas tem que pegar ficha sem ficar na fila
			Vai à unidade e fica na fila para pegar ficha
			O agente comunitário de saúde marca a consulta
			Outro(s)
			Não sabe/não respondeu/não lembra
ES - III.6.2	Na maioria das vezes, a marcação da consulta nesta unidade de saúde pode ser feita: Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Em qualquer dia da semana, em qualquer horário
			Em qualquer dia da semana, em horários específicos
			Dias específicos fixos, em qualquer horário
			Dias específicos fixos, em horários específicos
			Outro(s)
			Não sabe/não respondeu/não lembra
			Nenhuma das anteriores
ES - III.6.3	Quando o(a) senhor(a) consegue marcar consulta, normalmente é para o mesmo dia?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra

ET - III.6.4	Na maioria das vezes, quando o senhor consegue marcar a consulta, sua consulta é:		Com hora marcada
	Poderá marcar só uma opção de resposta.		Em horários ou turnos definidos do dia
	Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Por ordem de chegada
			Encaixe
			Outro(s)
III.7 - Acolhimento à demanda espontânea			
ES - III.7.1	O senhor já precisou ir na unidade de saúde sem hora marcada?		Sim
	Se NÃO, passar para a questão III.7.4.		Não
III.7.2	Quando o senhor(a) vem a unidade sem hora marcada como o senhor(a) foi recebido(a)?		Muito bem
	Poderá marcar só uma opção de resposta.		Bem
	Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Regular
			Ruim
			Muito ruim
			Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.7.3	No momento em que o senhor foi recebido foi realizado algo para resolver o seu problema?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
ES - III.7.4	A senhor sabe quanto tempo se espera para ser atendido por um profissional de saúde, na maioria das vezes? Poderá marcar só uma opção de resposta.		10 minutos
			20 minutos
			30 minutos
			40 minutos
			50 minutos
			60 minutos
			70 minutos
			80 minutos
			90 minutos
			100 minutos
			110 minutos
			120 minutos
			130 minutos
			140 minutos
			150 minutos
			160 minutos
			170 minutos
			180 minutos
			190 minutos
			200 minutos
			210 minutos
			220 minutos
			230 minutos

			240 minutos
			Mais de 240 minutos
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.7.5	Qual o profissional que atendeu o(a) senhor(a) na última vez quando veio sem hora marcada? Poderá marcar só uma opção de resposta.		Médico
			Enfermeiro
			Auxiliar/técnico de enfermagem
			Não sabe/não respondeu
			Outro(s)
III.7.6	O senhor(a) sabe se esta unidade atende urgência? Se NÃO, passar para questão III.7.9.		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.7.7	O senhor(a) conta com esta unidade para algum atendimento de urgência, caso necessite? Se Não, abrir a questão III.7.9.		Sim
			Não
III.7.8	Por que não conta com esta unidade de saúde para o atendimento de urgência? Poderá marcar mais de uma opção de resposta.		Porque precisa chegar cedo
			Porque precisa pegar ficha
			Porque não atende sem consulta marcada
			Porque não tem profissional na unidade
			Porque não atende à urgência
			Porque a unidade estava fechada no momento da urgência
			Outro(s)
III.7.9	O(a) senhor(a) sabe se esta unidade de saúde faz algum destes atendimentos?		
III.7.9.1	Retira furúnculo		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.7.9.2	Retira unha		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.7.9.3	Retira “corpo estranho” do ouvido		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra

III.7.9.4	Dar ponto		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.7.9.5	Retira ponto		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.7.9.6	Faz curativo		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.7.9.7	Faz nebulização		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.7.9.8	Faz injeção		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.8 - Atenção integral à saúde			
III.8.1	Quando é atendido(a) nesta unidade, o(a) senhor(a) acha que a equipe busca resolver suas necessidades/problemas na própria unidade de saúde? Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu/não lembra
ES - III.8.2	O consultório para o atendimento é um lugar reservado (tem privacidade)?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
ES - III.8.3	Nas consultas, os profissionais da equipe fazem o exame físico, examinam o seu corpo, sua garganta, a sua barriga? Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu
ES - III.8.4	Para ajudar na sua recuperação, os profissionais orientam o senhor(a) em relação a necessidade de repouso, alimentação adequada e como tomar os remédios? Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu

III.8.5	Os profissionais de saúde orientam o senhor(a) sobre o que fazer quando os seus sintomas estão piorando? Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu/não lembra
ES - III.8.6	Além da sua queixa os profissionais de saúde perguntam sobre outras questões da sua vida (exemplos: alimentação, lazer, exercício físico, problemas com álcool, drogas, violência)? Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu
ES - III.8.7	O(a) senhor(a) se sente à vontade para falar com a equipe sobre suas preocupações? Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu
ES - III.8.8	O(a) senhor(a) se sente respeitado(a) pelos profissionais em relação aos seus hábitos culturais, costumes, religião? Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu
ES - III.8.9	Na opinião do(a) senhor(a), durante as consultas, os profissionais desta equipe sugerem soluções possíveis de serem realizadas? Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu
III.9 - Vínculo, responsabilização e coordenação do cuidado			
ES - III.9.1	O senhor(a) acha que o tempo de consulta com o médico é suficiente?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
ES - III.9.2	O senhor(a) acha que o tempo de consulta com o enfermeiro é suficiente?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu

ES - III.9.3	Nessa unidade de saúde o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo mesmo médico? Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu
ES - III.9.4	Nessa unidade de saúde, o(a) senhor(a) é atendido(a) pelo mesmo enfermeiro? Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu
III.9.5	Os profissionais desta unidade lhe chamam pelo nome?		Sim
			Não
G - III.9.6	Os profissionais desta unidade costumam perguntar por seus familiares? Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu
ES - III.9.7	Quando o(a) senhor(a) precisa tirar dúvidas após as consultas, tem facilidade para falar com os profissionais que lhe atenderam? Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não precisou tirar dúvidas
			Não sabe/não respondeu
ET - III.9.8	Na maioria das vezes, o(a) senhor(a) consegue tirar as dúvidas: Poderá marcar mais de uma opção de resposta.		Por telefone
			Por e-mail
			Indo à unidade de saúde
			Falando com o ACS
			Outro(s)
ES - III.9.9	Quando o(a) senhor(a) interrompe o tratamento por algum motivo ou não vem à consulta nesta unidade de saúde, os profissionais procuram o(a) senhor(a) para saber o que aconteceu e retomar o atendimento? Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Nunca interrompeu o tratamento ou faltou consulta
			Outro(s)
			Não sabe/não respondeu

III.9.10	Como lhe procuram?		Vai à sua casa
	Poderá marcar mais de uma opção de resposta.		Por telefone
			Por e-mail
			Outro
III.10 - Coordenação do Cuidado			
III.10.0	O senhor já precisou ser encaminhado para outro profissional em outro serviço de saúde?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.10.1	Quando é necessário ser encaminhado(a) para outro(s) profissionais em outro(s) serviços, o senhor sabe como é marcada a consulta? Poderá marcar mais de uma opção de resposta.		A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada na hora
			A consulta é marcada pela unidade de saúde e informada depois
			A consulta é marcada pelo senhor(a) na central de marcação de consultas especializadas
			O(a) senhor(a) recebe uma ficha de encaminhamento/referência e procura o serviço indicado pelo profissional
			Recebe uma ficha de encaminhamento/referência e procura o serviço que desejar
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.10.2	O(a) senhor(a) encontra facilidade para conversar com os profissionais sobre os resultados dos seus exames? Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.12 - Saúde da Mulher			
ET - III.12.1	Exceto para exame de preventivo, quando a senhora precisou de uma consulta ginecológica, conseguiu ser atendida no mesmo dia mesmo sem estar com a consulta marcada? Se NÃO, passar para a questão III.12.5. Poderá marcar só uma opção de resposta.		Sim
			Não
			Nunca precisou
			Não sabe/não respondeu

G - III.12.2	Indique quanto tempo demora na maioria das vezes: Poderá marcar só uma opção de resposta.	☐	10 minutos
		☐	20 minutos
		☐	30 minutos
		☐	40 minutos
		☐	50 minutos
		☐	60 minutos
		☐	70 minutos
		☐	80 minutos
		☐	90 minutos
		☐	100 minutos
		☐	110 minutos
		☐	120 minutos
		☐	130 minutos
		☐	140 minutos
		☐	150 minutos
		☐	160 minutos
		☐	170 minutos
		☐	180 minutos
		☐	190 minutos
		☐	200 minutos
☐	210 minutos		
☐	220 minutos		
☐	230 minutos		
☐	240 minutos		
☐	Mais de 240 minutos		
☐	Não sabe/não respondeu/não lembra		
III.12.3	Indique quantos dias demora normalmente:	☐	Dias
		☐	Não sabe/não respondeu/não lembra
		☐	Não
		☐	Não sabe/não respondeu/não lembra
III.14 - Acolhimento Específico à Gestante			
III.14.1	A senhora teve algum problema ou urgência durante a gravidez? (ex.: sentiu-se mal, dor) Se NÃO, passar para o bloco III.14.3.	☐	Sim
		☐	Não
		☐	Não sabe/não respondeu/não lembra

III.14.2	Onde procurou atendimento? Poderá marcar só uma opção de resposta. Se NESTA UNIDADE DE SAÚDE, passar para III.14.4 em diante. Se as outras opções forem marcadas, abrir a questão III.14.3 e fechar a III.14.4, III.14.5 e III.14.6.		Nesta unidade de saúde
			Em outra unidade de saúde
			Hospital público
			Hospital particular
			Clínica/consultório particular
			Pronto-atendimento 24 horas
			Pronto-socorro 24 horas
			Policlínica
			Não procurou atendimento
III.14.3	Por que não procurou esta unidade de saúde para este atendimento? Poderá marcar só uma opção de resposta.		Porque precisa chegar cedo
			Porque precisa pegar ficha
			Porque não atende sem consulta marcada
			Porque não tem profissional na unidade
			Porque não atende à urgência
			Porque a unidade estava fechada no momento da urgência
ET - III.14.4	A senhora conseguiu ser atendida nesta unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada? Se SIM, passar para III.14.6.		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.14.5	A senhora sabe quanto tempo se espera para ser atendido?		Minutos
			Não sabe/não respondeu
III.14.6	Qual o profissional atendeu a senhora? Poderá marcar mais de uma opção de resposta.		Médico
			Enfermeiro
			Auxiliar/técnico de enfermagem
			Outro(s)
III.16 - Saúde da Criança			
III.16.1	Qual a idade da criança?		Meses
			Não sabe/não respondeu
III.17 - Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança			
G - III.17.1	Depois que a criança nasceu, a equipe fez uma consulta até sete dias de vida (primeira semana)?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra

III.19 - Problemas de Saúde da Criança			
III.19.1	A criança teve algum problema ou urgência nos últimos seis meses que precisou de atendimento? (ex.: sentiu-se mal, dor) Se Não, passar para questão III.19.3.		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
III.19.2	Na maioria das vezes, onde a senhora procurava atendimento para seu filho? Se Nesta unidade de saúde, passar para a questão III.19.4. Poderá marcar só uma opção de resposta.		Nesta unidade de saúde
			Em outra unidade de saúde
			Hospital público
			Hospital particular
			Clínica/consultório particular
			Pronto-atendimento 24 horas
			Pronto-socorro 24 horas
			Policlínica
			Outro(s) Não sabe/não respondeu/não lembra
III.19.3	Por que não procurava esta unidade de saúde para o atendimento do seu filho? Ao marcar qualquer questão passar para a questão III.19.5 Poderá marcar só uma opção de resposta.		Porque precisa chegar cedo
			Porque precisa pegar ficha
			Porque não atende sem consulta marcada
			Porque não tem profissional na unidade
			Porque não atende à urgência
			Porque a unidade estava fechada no momento da urgência
			Outro(s) Não sabe/não respondeu/não lembra
ET - III.19.4	A senhora conseguia atendimento nesta unidade de saúde na mesma hora, sem consulta marcada? Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.19.5	Quanto tempo esperou para seu filho ser atendido? Poderá marcar só uma opção de resposta.		10 minutos
			20 minutos
			30 minutos
			40 minutos
			50 minutos
			60 minutos
			70 minutos
			80 minutos
			90 minutos

			100 minutos
			110 minutos
			120 minutos
			130 minutos
			140 minutos
			150 minutos
			160 minutos
			170 minutos
			180 minutos
			190 minutos
			200 minutos
			210 minutos
			220 minutos
			230 minutos
			240 minutos
			Mais de 240 minutos
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.19.6	Qual o profissional que atendeu a criança? Poderá marcar só uma opção de resposta.		Enfermeiro
			Auxiliar/técnico de enfermagem
			Outro(s)
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.20 - Hipertensão Arterial Sistêmica			
III.20.1	Algum médico lhe disse que o(a) senhor(a) tem/teve pressão alta (hipertensão)? Se Não, passar para o bloco III.21.		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.20.2	O(a) senhor(a) consultou com médico(a) ou enfermeiro(a) por causa da pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses? Se NÃO, passar não abre as questões III.20.4 e III.20.5.		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.20.3	Na(s) consulta(as), o(os) profissional(ais) da equipe de saúde medem (verificam) sua pressão?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
			lembra
III.20.4	O(a) senhor(a) fez os seguintes exames para acompanhar pressão alta (hipertensão) nos últimos seis meses?		Creatinina
			Perfil lipídico
			Eletrocardiograma
			Nenhuma das opções anteriores

III.20.5	O(a) senhor(a) já sai das consultas com a próxima consulta marcada? Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.20.6	O(a) senhor(a) usa remédio para pressão alta (hipertensão)?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.21 - Diabetes mellitus			
III.21.1	Algum médico lhe disse que o(a) senhor(a) tem diabetes (açúcar alto no sangue)? Se NÃO, passar para o bloco III.22.		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.21.2	O(a) senhor(a) consultou com médico(a) ou enfermeiro(a) por causa da diabetes (açúcar alto no sangue) nos últimos seis meses?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.21.3	O(a) senhor(a) fez exame de sangue em jejum para medir o açúcar nos últimos seis meses?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
G - III.21.4	Algum profissional da equipe de saúde examinou os pés do(a) senhor(a) nos últimos seis meses?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.21.5	O(a) senhor(a) já sai da consulta com a próxima consulta marcada?		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.21.6	O(a) senhor(a) usa remédio por causa da diabetes?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu/não lembra

III.22 - Satisfação do Usuário			
Sobre as condições de higiene e limpeza desta Unidade de Saúde			
ES - III.22.1	De forma geral, o que o(a) senhor(a) acha das instalações da unidade de saúde:		Estão em boas condições de uso
			Estão em boas condições de limpeza
			Tem a quantidade de cadeiras suficiente para as pessoas sentarem no local de espera
			Nenhuma das anteriores
G - III.22.2	Como o senhor avalia as instalações da unidade? Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Muito bom
			Bom
			Regular
			Ruim
			Muito ruim
			Não sabe/não respondeu
III.23 - Satisfação com o cuidado			
G - III.23.1	Quando o profissional receita um remédio, a medicação está disponível nesta unidade de saúde? Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Sempre
			Na maioria das vezes
			Quase nunca
			Nunca
			Esta unidade não entrega medicamento
			Não sabe/não respondeu/não lembra
ES - III.23.2	Caso o(a) senhor(a) tivesse a opção, mudaria de equipe ou unidade de saúde? Se Não, passar para questão III.23.4.		Sim
			Não
III.23.3	Por que o(a) senhor(a) mudaria de equipe ou unidade de saúde? Poderá mais de uma opção de resposta. O avaliador poderá mais de uma opção de resposta.		A Unidade é distante da casa do senhor
			Horário de atendimento não atende às necessidades
			Porque não consegue atendimento
			É mal atendido
			Os profissionais de outra unidade que conhece são melhores
			Outro(s)
ES - III.23.4	O(a) senhor(a) recomendaria esta unidade de saúde para um amigo ou familiar?		Sim
			Não

ET - III.23.5	Na sua opinião, o cuidado que o(a) senhor(a) recebe da equipe de saúde é: Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Muito bom
			Bom
			Regular
			Ruim
			Muito ruim
			Não sabe/não respondeu/não lembra
ET - III.23.6	Na sua opinião, o cuidado que seus familiares recebem da equipe de saúde é: Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.		Muito bom
			Bom
			Regular
			Ruim
			Muito ruim
			Não sabe/não respondeu/não lembra
III.23.7	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo(a) médico(a)? Poderá marcar só uma opção de resposta.		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
			Não se aplica (Se não tiver médico na equipe)
III.23.8	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo(a) enfermeiro(a)? Poderá marcar só uma opção de resposta.		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
			Não se aplica (Se não tiver enfermeiro na equipe)
III.23.9	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo(s) técnico/auxiliar(es) de enfermagem? Poderá marcar só uma opção de resposta.		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
			Não se aplica (Se não tiver técnico/auxiliar(es) de enfermagem na equipe)
III.23.10	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com cuidado recebido pelo(s) agentes comunitários de saúde (ACS)? Poderá marcar só uma opção de resposta.		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
			Não se aplica (Se não tiver agente comunitário de saúde na equipe)
III.23.11	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com o atendimento recebido pela equipe de recepção da Unidade de Saúde? Poderá marcar só uma opção de resposta.		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
			Não se aplica (Se não tiver equipe de recepção na Unidade de Saúde)

III.23.12	De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) atribui para a sua satisfação com o atendimento recebido pelo(a) gerente da unidade de saúde?		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	<i>Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>		Não se aplica (Se não tiver gerente na Unidade de Saúde)
III.24 - Mecanismos de participação e interação dos usuários			
ES - III.24.1	Quando o(a) senhor(a) quer fazer uma reclamação ou sugestão na unidade de saúde, o(a) senhor(a) consegue? <i>Se Não ou Nunca precisou, passar para questão III.24.3. Poderá marcar só uma opção de resposta.</i>		Sim
			Sim, mas com dificuldade
			Não
			Nunca precisou
			Não sabe/não respondeu/não lembra
ET - III.24.2	Quando o(a) senhor(a) fez alguma reclamação ou sugestão, teve retorno? <i>Poderá marcar só uma opção de resposta. Ler as opções de resposta para o entrevistado.</i>		Sim, teve rapidamente
			Sim, mas demorou
			Não
			Nunca fez reclamação
			Não sabe/não respondeu
G - III.24.3	O(a) senhor(a) sabe da existência de telefone da ouvidoria ou central de reclamações do Município, do Estado ou do Ministério da Saúde?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu
ET - III.24.4	Na sua unidade de saúde existe conselho local de saúde ou outros espaços de participação popular ?		Sim
			Não
			Não sabe/não respondeu

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Comunicação. **Manual de Identidade Visual**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 340, de 04 de fevereiro de 2013**. Redefine o Componente Construção do Programa de Requalificação de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0340_04_03_2013.html>. Acesso em: jun/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Diretrizes para estruturação de farmácias no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes Nacionais de Vigilância em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/amaq2013.pdf>>. Acesso em: jul/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. ampl. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006 (Série E. Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <<http://sna.saude.gov.br/legislacao/index2.cfm>>. Acesso em: out/2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf> Acesso em: ago/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à Demanda Espontânea**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume II). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_28.pdf> Acesso em: fev/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf> Acesso em: ago/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012 (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf> Acesso em: ago/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 (Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, n. 34). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/miolo_CAP_28.pdf> Acesso em: ago/2013.

Lista de documentos para comprovação das ações pela equipe

Módulo	Número do Padrão de qualidade	Documento
Módulo I	I.7.3/1	Planta da unidade ou documento com a metragem da unidade e do terreno assinado pelo engenheiro ou arquiteto do município, relatando que há espaço para ampliação.
Módulo I	I.7.4/1	Planta da unidade ou documento com a metragem da unidade e do terreno assinado pelo engenheiro ou arquiteto do município.
Módulo II	II.3.3/1	Termo de compromisso assinado pelo responsável da equipe (com o CNES e área do momento da adesão)
Módulo II	II.3.4/1	Ata de reunião assinada por um representante da gestão municipal e pelos integrantes da equipe
Módulo II	II.8.1/1	Matriz de intervenção, planilha ou outro documento que comprove o registro do planejamento da equipe
Módulo II	II.8.9/1	O instrumento de autoavaliação preenchido ou um consolidado do instrumento utilizado
Módulo II	II.10.3/1	O mapa do território da equipe
Módulo II	II.11.1/1	O entrevistador deverá pegar aleatoriamente três prontuários no arquivo ou ver o prontuário eletrônico a fim de observar se os prontuários estão organizados por núcleo familiar
Módulo II	II.11.2/1	O entrevistador deverá pegar aleatoriamente três prontuários e observar se tem folha de rosto padrão preenchida
Módulo II	II.11.3/1	Mostrar o prontuário eletrônico na tela do computador
Módulo II	II.13.1.6/1	Agenda em papel ou informatizada organizada para a realização das ações assinaladas (Visita domiciliar, Grupos de educação em saúde, Atividade comunitárias, Consultas para cuidado continuado, Acolhimento à demanda espontânea) *Só será válido como documento que comprove se apresentar registro de todos os itens assinalados – o que assinalar deverá ser comprovado

Módulo II	II.13.4/1	Agenda em papel ou informatizada organizada com a reserva de vagas ou com um horário de fácil acesso ao profissional para que o usuário possa buscar e mostrar resultados de exames
Módulo II	II.14.2.10/1	Relatório do prontuário eletrônico ou e-SUS ou planilha ou lista contendo informações do que a equipe possui de registro do seu território (De todas as gestantes, Das mulheres elegíveis para exame citopatológico de colo de útero, Das mulheres elegíveis para exame de mamografia, Das
		crianças até dois anos, Das pessoas com hipertensão, Das pessoas com diabetes, Das pessoas com DPOC/Asma, Das pessoas com obesidade) *Só será válido como documento que comprove se apresentar registro de todos os itens assinalados – o que assinalar deverá ser comprovado
Módulo II	II.14.3.9/1	Agenda em papel ou informatizada organizada para ofertar consultas para diferentes situações (Pré-natal, Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus, Obesidade, DPOC/Asma, Transtorno mental, Crianças até dois anos) *Só será válido como documento que comprove se apresentar registro de todos os itens assinalados – o que assinalar deverá ser comprovado
Módulo II	II.14.4.13/1	Protocolos para estratificação de risco para diferentes situações (Câncer do colo do útero, Câncer de mama, Pré-natal, Crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento), Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus, Tuberculose, Hanseníase, Saúde mental, DPOC/Asma, Álcool e drogas) *Só será válido como documento que comprove se apresentar registro de todos os itens assinalados – o que assinalar deverá ser comprovado
Módulo II	II.14.6.9/1	Planilha ou outro documento que comprove o registro dos usuários de maior risco encaminhados pela equipe de AB para outros pontos de atenção
Módulo II	II.14.7.16/1	Planilha, caderno, ficha ou outro documento que comprove a realização de busca ativa para as diferentes situações (Câncer do colo do útero, Câncer do colo do útero, Citopatológico atrasado, Câncer de mama, Pré-natal, Crianças menores de dois anos (crescimento/desenvolvimento), Prematuras, Com baixo peso, Com consulta de puericultura atrasada, Com calendário vacinal atrasado, Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes mellitus, Tuberculose, Hanseníase, Saúde mental, Álcool e drogas) *Só será válido como documento que comprove se apresentar registro de todos os itens assinalados – o que assinalar deverá ser comprovado
Módulo II	II.18.1/1	Cartão espelho das gestantes
Módulo II	II.19.1/1	Planilha, relatório ou outro documento que comprove que a equipe realiza consulta de puericultura (por exemplo, consolidado de consultas no mês por faixa etária)
Módulo II	II.19.3/1	Espelho do cartão da criança, contendo informações do crescimento e desenvolvimento e da situação vacinal

Módulo II	II.21.3/1	Planilha, relatório ou outro documento que comprove que a equipe possui registro do número de usuários com tuberculose, identificados no último ano
Módulo II	II.21.7/1	A ficha de notificação de tuberculose
Módulo II	II.21.8/1	Planilha, caderno, livro, relatório ou outro documento que comprove que a equipe realiza tratamento diretamente observado (TDO)
Módulo II	II.21.9/1	Planilha, caderno, livro, relatório ou outro documento que comprove que a equipe realiza busca ativa dos faltosos do tratamento diretamente observado (TDO)
Módulo II	II.22.1 /1	Planilha, relatório ou outro documento que comprove que a equipe possui registro do número de usuários com hanseníase
Módulo II	II.22.3/1	A ficha de notificação de hanseníase
Módulo II	II.22.4/1	Planilha, caderno, livro, relatório ou outro documento que comprove que a equipe realiza o acompanhamento do tratamento das pessoas com hanseníase
Módulo II	II.22.5/1	Planilha, caderno, livro, relatório ou outro documento que comprove que a equipe realiza busca ativa dos faltosos ao tratamento das pessoas com hanseníase
Módulo II	II.23.6/1	Lista, planilha ou outro documento contendo os casos mais graves dos usuários em sofrimento psíquico (impressa ou eletrônica)
Módulo II	II.23.7/1	Lista, planilha ou outro documento contendo os usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
Módulo II	II.23.9/1	Lista, planilha ou outro documento contendo os usuários com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas
Módulo II	II.24.1/1	Lista, planilha ou outro documento contendo os usuários com deficiência (impressa ou eletrônica)
Módulo II	II.24.2/1	Lista, planilha ou outro documento contendo os usuários com necessidade do uso de órtese, prótese ou meio auxiliar de locomoção (impressa ou eletrônica)
Módulo II	II.26.1.14/1	Planilha, caderno, ficha ou outro documento que tenha o registro das atividades de promoção da saúde (impresso ou eletrônico) *Só será válido como documento que comprove se apresentar registro de todos os itens assinalados – o que assinalar deverá ser comprovado

Módulo II	II.27.1/1	Lista, planilha ou outro documento contendo os usuários/família cadastrada no Programa Bolsa Família
Módulo II	II.28.1/1	Protocolo ou outro documento que contenha critérios para a visita domiciliar
Módulo II	II.28.4/1	Lista, planilha ou outro documento contendo o levantamento/mapeamento dos usuários adstritos que necessitam receber cuidados no domicílio (exceto acamados)
Módulo II	II.28.6/1	Lista, planilha ou outro documento contendo o registro do número de acamados/domiciliados do território
Módulo II	II.29.3.8/1	Cartaz, cartão, panfletos, informativos, ficha, livro, caderno, relatório ou outro documento contendo os canais de comunicação disponibilizados pela equipe para os usuários *Só será válido como documento que comprove se apresentar registro de todos os itens assinalados – o que assinalar deverá ser comprovado
Módulo II	II.29.6/1	Livro, ata das reuniões do conselho local de saúde ou de outro espaço de participação popular
Módulo II	II.30.2/1	Registro das atividades desenvolvidas na escola (impresso ou digital)
Módulo II	II.30.3/1	Lista, planilha ou outro documento contendo os escolares com necessidades de acompanhamento
Módulo II	II.30.6.3/1	Lista, planilha ou outro documento contendo os escolares que necessitaram de encaminhamento *Só será válido como documento que comprove se apresentar registro de todos os itens assinalados – o que assinalar deverá ser comprovado

Lista das universidades da avaliação externa do PMAQ

Universidade	Estado
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Rio Grande do Sul
Universidade Federal do Pará	Pará
Universidade Federal da Paraíba	Paraíba
Universidade Federal de Campina Grande	Paraíba
Universidade do Mato Grosso	Mato Grosso
Universidade de Cuiabá	Mato Grosso
Fiocruz Mato Grosso do Sul	Mato Grosso do Sul
Universidade Federal do Mato Grosso do Sul	Mato Grosso do Sul
Escola de Enfermagem (Universidade de São Paulo)	São Paulo
Faculdade Saúde Pública	São Paulo
Universidade Federal de São Carlos	São Paulo
Faculdade de Medicina do ABC	São Paulo
Universidade Nove de Julho	São Paulo
Universidade de São Paulo- Ribeirão Preto	São Paulo
Universidade Estadual Paulista- Botucatu	São Paulo
Faculdade de Medicina de Marília	São Paulo
Universidade Federal de Minas Gerais (Nescon)	Minas Gerais
Universidade Federal de Rondônia	Rondônia
Universidade Federal do Acre	Acre
Universidade Federal do Rio Grande do Norte	Rio Grande do Norte
*Rede de Universidades do Estado do Ceará	Ceará
Universidade Federal do Piauí	Piauí
Universidade Federal de Sergipe	Sergipe
Universidade Federal da Bahia	Bahia
Fiocruz - Escola Nacional de Saúde Pública	Rio de Janeiro
Fiocruz Amazônia	Amazonas
Universidade Federal do Amazonas	Amazonas
Universidade Federal do Amapá	Amapá
Universidade Federal de Roraima	Roraima
Universidade Federal de Roraima	Roraima
Universidade Federal de Fluminense	Rio de Janeiro
Fiocruz Pernambuco- Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães	Pernambuco/ Alagoas
Universidade Federal de Pernambuco	Pernambuco/ Alagoas
Universidade Federal de Alagoas	Pernambuco/ Alagoas
Universidade Estadual de Alagoas	Pernambuco/ Alagoas
Universidade Federal do Espírito Santo	Espírito Santo
Escola de Saúde Pública do Paraná	Paraná
Universidade Estadual de Ponta Grossa	Paraná
Universidade Estadual do Oeste do Paraná	Paraná

Universidade Federal do Tocantins	Tocantins
Universidade Federal de Pelotas	Rio Grande do Sul
Universidade de Brasília	Distrito Federal
Universidade Federal de Minas Gerais (FACE)	Minas Gerais
Universidade Federal de Santa Catarina	Santa Catarina
Universidade Federal de Goiás	Goiás
Universidade Federal do Maranhão	Maranhão
Universidade Federal de Pernambuco	Pernambuco
Universidade Federal da Paraíba	Alagoas/ Bahia/ Ceará/ Maranhão/ Paraíba/ Piauí/ Pernambuco/ Rio Grande do Norte/ Sergipe
Universidade de São Paulo	Espírito Santo/ Minas Gerais/ Rio de Janeiro/ São Paulo
Universidade Federal de Minas Gerais	Distrito Federa/ Goiás/ Mato Grosso do Sul/ Mato Grosso
Universidade Federal do Amazonas	Acre/ Amapá/ Amazonas/ Pará/ Rondônia/ Roraima/ Tocantins
Grupo Hospitalar Conceição	Santa Catarina/ Paraná
Universidade Federal do Rio Grande do Sul	Rio Grande do Sul

ANEXO 2

Módulo S. Atendimento Pré-natal

Agora vou lhe fazer perguntas sobre o atendimento pré-natal.

[Entrevistador: As questões deste módulo são dirigidas às mulheres que tiveram o último parto posteriores a __/__/____]

S1. Na última vez que a sra esteve grávida, a sra fez pré-natal?

1. Sim S001
2. Não

(Se S1=2, passe ao S44.)

S2. Na última vez que a sra esteve grávida a sra recebeu o cartão de pré-natal?

1. Sim S002
2. Não

(siga S3)

S3. Com quantas semanas de gravidez a sra iniciou o pré-natal?

S003
Semanas

(siga S4)

S4. Quantas consultas de pré-natal a sra teve?

S004

Consultas

(siga S5)

S5. Onde foi realizada a maioria das consultas do pré-natal?

1. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
2. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
3. Hospital público/ambatório S005
4. Consultório particular ou clínica privada
5. Ambatório ou consultório de empresa ou sindicato S00501
6. Outro (Especifique: _____)

(siga S6)

S6. As consultas do pré-natal foram cobertas por algum plano de saúde?

1. Sim, todas
 2. Sim, algumas
 3. Não, nenhuma
- S006**
- (siga S7)**

S7. A sra pagou algum valor pelas consultas do pré-natal?

(Entrevistador: Se a entrevistada responder que pagou, mas teve reembolso, marque opção 2)

1. Sim
 2. Não
- S007**
- (siga S8)**

S8. As consultas do pré-natal foram feitas através do Sistema Único de Saúde (SUS)?

1. Sim, todas
 2. Sim, algumas
 3. Não, nenhuma
 4. Não sabe
- S008**
- (siga S9)**

S9. Quem a atendeu na maioria das consultas?

1. Médico
 2. Enfermeira
 3. Técnico ou auxiliar de enfermagem
 4. Parteira
 5. Outro (*Especifique:* _____)
- S009**
- S00901**
- (siga S10)**

S10. Durante as consultas de pré-natal, a sra recebeu algum dos seguintes aconselhamentos?

a. Não faltar às consultas agendadas **S01001**

1. Sim
 2. Não
- (siga S10b)**

b. Manter uma alimentação saudável **S01002**

1. Sim
 2. Não
- (siga S10c)**

c. Não fumar **S01003**

1. Sim
 2. Não
- (siga S10d)**

d. Não beber **S01004**

1. Sim 2. Não (sigla S10e)

e. Não fazer uso de tintura/alisamento de cabelo **S01005**

1. Sim 2. Não (sigla S11)

S11. Durante as consultas de pré-natal, a sra recebeu alguma destas orientações?

a. Sobre sinais de trabalho de parto **S01101**

1. Sim 2. Não (sigla S11b)

b. Sobre sinais de risco na gravidez **S01102**

1. Sim 2. Não (sigla S11c)

c. Sobre aleitamento materno **S01103**

1. Sim 2. Não (sigla S12)

S12. Durante o pré-natal a sra foi informada sobre a qual serviço de saúde a sra deveria ir no momento do parto?

S012

1. Sim
2. Não
(sigla S13)

S13. Mediram a sua altura na primeira consulta de pré-natal?

S013

1. Sim
2. Não
(sigla S14)

S14. Durante o pré-natal, em quantas consultas:

a. Mediram sua pressão arterial? **S01401**

1. Todas 2. Algumas 3. Nenhuma (sigla S14b)

b. Mediram o seu peso? S01402

1. Todas	2. Algumas	3. Nenhuma	(siga S14c)
----------	------------	------------	-------------

c. Mediram a sua barriga? (fundo de útero) S01403

1. Todas	2. Algumas	3. Nenhuma	(siga S14d)
----------	------------	------------	-------------

d. Ouviram o coração do bebê? S01404

1. Todas	2. Algumas	3. Nenhuma	(siga S14e)
----------	------------	------------	-------------

e. Examinaram suas mamas? S01405

1. Todas	2. Algumas	3. Nenhuma	(siga S15)
----------	------------	------------	------------

S15. Em alguma consulta do pré-natal o médico ou enfermeiro falou que sua pressão estava alta?

1. Sim	S015
2. Não	

(Se S15=2, passe ao S20.)

S16. O médico ou enfermeiro explicou sobre os riscos da pressão alta para a sra e para o bebê?

1. Sim	S016
2. Não	

(siga S17)

S17. A sra foi encaminhada para consulta com médico especialista por causa da pressão alta?

1. Sim	S017
2. Não	

(Se S17=2, passe ao S20.)

S18. A sra foi à consulta com o médico especialista?

1. Sim	S018
2. Não	

(Se S18=1, passe ao S20.)

S19. Qual o principal motivo da sra não ter ido à consulta com o especialista?

- 01. Não conseguiu marcar
 - 02. Não achou necessário
 - 03. Não sabia quem procurar ou aonde ir **S019**
 - 04. Estava com dificuldades financeiras
 - 05. O plano de saúde não cobria a consulta
 - 06. O serviço de saúde era muito distante **S01906**
 - 07. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande
 - 08. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas
 - 09. Não havia especialista no serviço de saúde **S01901**
 - 10. Dificuldade de transporte
 - 11. Outro (*Especifique:* _____)
- (siga S20)**

S20. Durante o pré-natal, a sra fez exame de sangue?

- 1. Sim **S020**
 - 2. Não
- (Se S20=2, passe ao S33.)**

S21. Em alguma consulta do pré-natal o médico ou enfermeiro falou que seu exame de sangue mostrou açúcar alto (presença de diabetes)?

- 1. Sim **S021**
 - 2. Não
- (Se S21=2, passe ao S27.)**

S22. O médico ou enfermeiro explicou os riscos do açúcar alto no sangue para a sra e seu bebê?

- 1. Sim
 - 2. Não **S022**
- (siga S23)**

S23. Explicaram sobre a alimentação que a sra deveria ter para ajudar a controlar o açúcar no sangue?

- 1. Sim **S023**
 - 2. Não
- (siga S24)**

S24. A sra foi encaminhada para consulta com médico especialista por causa do diabetes?

- 1. Sim **S024**
 - 2. Não
- (S24=2, passe ao S27.)**

S25. A sra foi à consulta com o médico especialista?

1. Sim
2. Não

S025

(Se S25=1, passe ao S27.)

S26. Qual o principal motivo da sra não ter ido à consulta com o médico especialista?

01. A consulta está marcada, mas ainda não foi à consulta
02. Não conseguiu marcar
03. Não achou necessário
04. Não sabia quem procurar ou aonde ir
05. Estava com dificuldades financeiras
06. Teve dificuldades de transporte
07. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande
08. O plano de saúde não cobria a consulta
09. O serviço de saúde era muito distante
10. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas
11. Outro (*Especifique:* _____)

S026

S02601

(siga S27)

S27. Durante o atendimento pré-natal a sra realizou exame de sangue para sífilis?

1. Sim
2. Não
3. Não sabe

S027

(Se S27=2 ou 3, passe ao S33.)

S28. A sra recebeu o resultado do exame para sífilis antes do parto?

S028

1. Sim, foi negativo
2. Sim, foi positivo
3. Não recebeu o resultado/Não foi informada antes do parto

(Se S28=1 ou 3, passe ao S33.)

S29. A sra recebeu tratamento para sífilis?

1. Sim, antes do parto
2. Sim, depois do parto
3. Não

S029

(siga S30)

S30. A sra foi orientada a usar preservativo?

1. Sim
2. Não

S030

(siga S31)

S31. Foi pedido exame de sífilis para o seu parceiro?

1. Sim
 2. Não
- (siga S32)**

S031

S32. O seu parceiro foi tratado?

1. Sim
 2. Não
- (siga S33)**

S032

S33. Durante seu pré-natal, foi solicitado o teste para HIV?

1. Sim
 2. Não
 3. Não sabe
- (Se S33 = 2 ou 3, passe ao S35.)**

S033

S34. A sra fez o teste de HIV?

1. Sim
 2. Não, pois já sabia que estava infectada pelo HIV
 3. Não concordei em ser testada
- (siga S35)**

S034

S35. Durante o atendimento pré-natal a sra realizou exame de urina?

1. Sim
 2. Não
- (siga S36)**

S035

S36. Durante o pré-natal, quantos exames de ultrassonografia foram solicitados?

S036

--	--	--

0. Nenhum

Exames

(Se S36 = 00, passe ao S42. Caso contrário, siga S37.)

S37. A sra conseguiu realizar os exames de ultrassonografia solicitados?

1. Sim, todos
 2. Sim, alguns
 3. Não, nenhum
- (Se S37=1, passe ao S39)**

S037

S38. Qual o principal motivo da sra não ter conseguido fazer todos os exames de ultrassonografia solicitados?

- 01. Não conseguiu marcar
- 02. Não achou necessário
- 03. Não sabia quem procurar ou aonde ir
- 04. Estava com dificuldades financeiras
- 05. Teve dificuldades de transporte
- 06. O serviço de saúde era muito distante
- 07. O tempo de espera no serviço de saúde era muito grande
- 08. O horário de funcionamento do serviço de saúde era incompatível com as atividades de trabalho ou domésticas
- 09. Não havia especialista no serviço de saúde para fazer o exame
- 10. Não havia equipamento disponível no serviço de saúde
- 11. O plano de saúde não cobria todos os exames
- 12. Outro (*Especifique:* _____)

S038

S03801

(Se S37 = 3, passe ao S42. Caso contrário, siga S39.)

S39. Os exames de ultrassonografia foram cobertos por algum plano de saúde?

- 1. Sim, todos
- 2. Sim, alguns
- 3. Não, nenhum

S039

(siga S40)

S40. A sra pagou algum valor pelos exames de ultrassonografia? (*Entrevistador: Se a entrevistada responder que pagou, mas teve reembolso total, marque a opção 2*)

- 1. Sim
- 2. Não

S040

(siga S41)

S41. Os exames de ultrassonografia foram feitos através do Sistema Único de Saúde (SUS)?

- 1. Sim, todos
- 2. Sim, alguns
- 3. Não, nenhum
- 4. Não sabe

S041

(siga S42)

S42. Quanto tempo antes do parto foi a sua última consulta de pré-natal?

- 1. Menos de 7 dias
- 2. De 7 a 14 dias
- 3. De 15 a 30 dias
- 4. Mais de 30 dias
- 5. Não sabe, não lembra

S042

(siga S43)

S43. Com quantas semanas de gravidez a sra estava na última consulta de pré-natal?

S043

Semanas

(siga S44)

S44. Qual o seu peso antes de engravidar?

S044

Quilograma

0. Não sabe

(siga S45)

S45. Quantos quilos a sra engordou na gestação?)

S045

Quilograma

0. Não sabe

888. Não engordou

(siga S46)

Agora, vamos lhe fazer perguntas sobre a assistência ao último parto.

S46. Quem a atendeu no último parto?

1. Médico
2. Enfermeira
3. Parteira
4. Auxiliar de enfermagem
5. Estudantes de enfermagem ou medicina
6. Outra pessoa (parente, amigo, vizinho) sem treinamento
7. Ninguém

S046

(siga S47)

S47. Onde foi realizado o seu último parto?

S047

1. Hospital ou maternidade
2. Casa de parto
3. Outro tipo de serviço de saúde
4. Em casa **S04701**
5. Outro (Especifique: _____)

(Se S47=1 a 3, siga S48. Se S47=4 ou 5, passe ao S56.)

S48. O parto foi realizado no estabelecimento de saúde indicado no pré-natal?

1. Sim
2. Não **S048**
3. Não houve indicação

(siga S49)

S49. O parto foi realizado no primeiro estabelecimento de saúde que procurou?

1. Sim
2. Não **S049**

(Se S49=1, passe ao S51.)

S50. Quantos estabelecimentos de saúde a sra teve que ir até conseguir a internação para o parto?

S050

--	--

Estabelecimentos

(siga S51)

S51. O parto foi coberto por algum plano de saúde?

1. Sim
2. Não **S051**

(siga S52)

S52. A sra pagou algum valor pelo parto? *(Entrevistador: Se a entrevistada responder que pagou, mais teve reembolso total, marque a opção 2)*

1. Sim
2. Não **S052**

(siga S53)

S53. O parto foi feito através do Sistema Único de Saúde (SUS)?

1. Sim
2. Não
3. Não sabe **S053**

(siga S54)

S54. O seu companheiro ou alguma pessoa da família, ou amiga ficou com a sra durante o trabalho de parto?

1. Sim S054
2. Não

(Se S54=1, passe ao S56.)

S55. Por que a sra não teve acompanhante durante o trabalho de parto?

1. Não sabia que podia S055
2. Não quis
3. Não deixaram
4. Não tinha quem a acompanhasse

(siga S56)

S56. O seu parto foi:

1. Vaginal S056
2. Cesáreo

(Se S56=1, passe ao S59.)

S57. A cesariana foi marcada com antecedência, durante o pré-natal?

1. Sim
2. Não S057

(siga S58)

S58. Qual o principal motivo da sra ter tido parto cesáreo?

1. Já tinha um parto cesáreo anterior S058
2. Queria ligar as trompas
3. Não queria sentir a dor do parto/Por ser mais conveniente
4. Por escolha do médico durante o pré-natal
5. Indicação médica por complicações na gravidez ou no trabalho de parto
6. Indicação médica porque não entrou em trabalho de parto
7. Outro (*Especifique:* _____)

(siga S59)

S05801

S59. Quantas semanas de gravidez a sra tinha no momento do parto?

S059

--	--	--

Semanas

0. Não sabe

(siga S60)

S60. Qual o peso do bebê ao nascer?

S060

--	--	--

Gramas

0. Não sabe

(siga S61)

S61. O bebê nasceu vivo?

S061

1. Sim
2. Sim, mas morreu depois
3. Não, nasceu morto

(Se S61=3, passe ao S64.)

S62. Após o parto, para onde o bebê foi encaminhado(a)?

1. Alojamento conjunto
2. Berçário
3. UI (Unidade Intermediária)
4. UTI (Unidade de Tratamento Intensivo)
5. Transferido para outro estabelecimento de saúde
6. Outro (*Especifique:*_____)

S062

S06201

(Se S61 = 1, passe ao S64. Caso contrário, siga 63.)

S63. Com que idade o bebê morreu?

S06301

S06302

S06303

--	--

--	--

--	--

Horas

Dias

Meses

(siga S64)

S64. A sra fez consulta de puerpério (consulta com médico ou enfermeiro até 42 dias após o parto)?

S064

1. Sim
2. Não, apesar de ter recebido orientação para fazer
3. Não, pois não recebeu orientação para fazer

(Encerre o módulo. Passe ao Módulo U)

Módulo X. Atendimento médico

Neste módulo, vamos fazer perguntas sobre o atendimento médico, acesso ao atendimento e sua avaliação sobre o atendimento recebido no serviço de saúde.

X1. Quando foi a última vez que o(a) sr(a) consultou um médico?

1. Há menos de 2 semanas
 2. Entre 15 dias e um mês **X001**
 3. Entre um mês e 3 meses atrás
 4. Entre três meses e um ano
 5. Há mais de um ano
- (Se X1=5, passe ao X25.)

X2. Por qual motivo o(a) sr(a) precisou consultar um médico?

1. Acidente ou lesão
 2. Continuação de tratamento ou terapia
 3. Consulta pré-natal **X002**
 4. Exame médico periódico
 5. Outro exame médico (admissional, para carteira de motorista, etc.)
 6. Problema de saúde mental
 7. Doença ou outro problema de saúde
 8. Outro (Especifique: _____) **X00201**
- (siga X3)

X3. Onde procurou o primeiro atendimento médico por este motivo?

01. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
 02. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
 03. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial **X003**
 04. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
 05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)
 06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
 07. Hospital público/ambulatório
 08. Consultório particular ou clínica privada
 09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
 10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
 11. No domicílio, com médico particular
 12. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família **X00301**
 13. Outro (Especifique: _____) _____)
- (siga X4)

X4. Na primeira vez que procurou atendimento médico por este motivo, o(a) sr(a) conseguiu ser atendido?

X004

1. Sim
2. Não

(Se X4 = 2, siga X5.)

(Se X4 = 1 e X3 ≠ 12 ou 13, passe ao X8.)

(Se X4 = 1 e X3 = 12 ou 13, passe ao X15.)

X5. Quantas vezes voltou a procurar atendimento médico por este motivo?

X005

--	--

Vezes

0. Nenhuma, desistiu

(Se X5 = 00, passe ao X24. Caso contrário, siga X6.)

X6. O(A) sr(a) conseguiu o atendimento médico que precisava?

1. Sim
2. Não, mas continua tentando
3. Não, desistiu

X006

(Se X6=1, siga X7. Se X6=2, passe ao X25. Se X6=3, passe ao X24.)

X7. Onde conseguiu o atendimento médico por este motivo?

01. Unidade básica de saúde (posto ou centro de saúde ou unidade de saúde da família)
02. Centro de Especialidades, Policlínica pública ou PAM – Posto de Assistência Médica
03. UPA (Unidade de Pronto Atendimento)
04. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
05. Outro tipo de Pronto Atendimento Público (24 horas)
06. Pronto-socorro ou emergência de hospital público
07. Hospital público/ambulatório
08. Consultório particular ou clínica privada
09. Ambulatório ou consultório de empresa ou sindicato
10. Pronto-atendimento ou emergência de hospital privado
11. No domicílio, com médico particular
12. No domicílio, com médico da equipe de saúde da família

X007

13. Outro (Especifique: _____ **X00701** _____)

(Se X7 = 01 ao 11 ou 14, siga X8. Se X7 = 12 ou 13, passe ao X15.)

X8. Onde fica o serviço de saúde em que o(a) sr(a) teve a consulta médica?

1. Na mesma cidade que o(a) sr(a) mora
2. Em outra cidade

X008

(siga X11)

X9. Excluir

X10. Excluir

X11. Como o(a) sr(a) conseguiu a consulta médica?

X011

1. Foi direto ao serviço de saúde, sem marcar consulta
2. Agendou a consulta previamente
3. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por equipe de saúde da família
4. Foi encaminhado(a) ou ajudado(a) por Unidade Básica de Saúde
5. Foi encaminhado(a) por outro serviço ou profissional de saúde
6. Exame periódico pago ou encaminhado pelo empregador
7. Atendimento de emergência
8. Outro (*Especifique:* _____ **X01101**)

(Se X11=2 ou 8, siga X12. Se X11=1, 3, 4, 5, 6 ou 7, passe ao X14.)

X12. Como foi feito o agendamento?

X012

1. Deixou agendado em consulta anterior
2. Por meio de visita à unidade de saúde para marcação de consulta
3. Por telefone
4. Agendamento virtual, pela internet
5. Outra forma (*Especifique:* _____ **X01201**)

(siga X14)

X13. Excluída

X14. Qual o tempo total que o(a) sr(a) ficou em fila de espera desde a hora que chegou ao serviço de saúde até conseguir o atendimento com médico?

X01401

X01402

--	--

--	--

Horas

Minutos

(Preencher com as horas e/ou minutos que ficou esperando em fila de espera desde a hora que chegou no serviço de saúde até conseguir o atendimento.)

(siga X15)

X15. Quanto tempo durou a consulta médica?

X01501 X01502

--	--	--	--

Horas Minutos

(Preencher com as horas e/ou minutos que durou a consulta médica.)

(siga X16)

X16. Que tipo de médico o/a atendeu?

1. Médico da família ou generalista
2. Clínico geral **X016**
3. Ginecologista
4. Médico especialista (cardiologista, nefrologista, oftalmologista, dermatologista, urologista, oncologista, otorrinolaringologista, etc.) **X01601**
5. Outro (*Especifique:* _____) **(siga X17)**

X17. A consulta médica foi coberta por plano de saúde?

1. Sim **X017**
2. Não **(siga X18)**

X18. O(A) sr(a) pagou algum valor pela consulta médica? (*Entrevistador: Se o(a) entrevistado(a) responder que pagou, mas teve reembolso total, marque opção 2*)

1. Sim **X018**
2. Não **(siga X19)**

X19. A consulta médica foi feita pelo SUS?

1. Sim **X019**
 2. Não
 3. Não sabe
- (Se X7 = 12 ou 13, passe ao X22. Se X7 ≠ 12 ou 13, siga X20.)**

X20. De um modo geral, como o(a) sr(a) avalia o atendimento recebido quanto:

X02001

a. À disponibilidade de equipamentos necessários para a consulta médica?

1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim (sigla X20b)

b. Ao espaço disponível para a consulta médica?

X02002

1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim (sigla X20c)

c. Ao tempo gasto com deslocamento?

X02003

1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim (sigla X20d)

d. Ao tempo de espera até ser atendido?

X02004

1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim (sigla X20e)

e. À forma como os atendentes o/a receberam?

X02005

1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim (sigla X20f)

f. À limpeza das instalações, incluindo os banheiros?

X02006

1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim

(sigla X22)

X21. Excluída

X22. De um modo geral, como o(a) sr(a) avalia o atendimento recebido quanto:

a. Às habilidades do médico para tratá-lo (a)?

X02201

1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim (sigla X22b)

b. Ao respeito do médico na maneira de atendê-lo(a)? X02202

1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim (siga X22c)

c. À clareza nas explicações do médico? X02203

1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim (siga X22d)

X02204

d. À disponibilidade de tempo para fazer perguntas sobre o seu problema ou tratamento?

1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim (siga X22e)

e. À possibilidade de falar em privacidade com o médico? X02205

1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim (siga X22f)

f. À liberdade em escolher o médico? X02206

1. Muito bom 2. Bom 3. Regular 4. Ruim 5. Muito ruim

(passe ao X25)

X23. Excluída

X24. Qual o principal motivo do(a) sr(a) ter desistido de procurar atendimento médico?

01. Não houve mais necessidade, pois melhorou

02. Procurou diretamente a farmácia

03. Não teve mais tempo ou disponibilidade para procurar atendimento

04. Falta de dinheiro ou dificuldades financeiras

05. Não conseguiu marcar a consulta ou pegar senha **X024**

06. Nas vezes que procurou, não tinha médico atendendo

07. Nas vezes que procurou, esperou muito e desistiu

08. Nas vezes que procurou o serviço de saúde não estava funcionando

09. Não podia pagar pela consulta

10. O plano de saúde não cobria a consulta **X02401**

11. Outro (Especifique _____)

(siga X25)

X25. O(A) sr(a) já se sentiu discriminado (a) ou tratado(a) pior do que as outras pessoas no serviço de saúde, por algum médico ou outro profissional de saúde por um desses motivos?

a. Falta de dinheiro X02501

1. Sim 2. Não
(siga X25b)

b. Classe social X02502

1. Sim 2. Não
(siga X25c)

c. Raça/cor X02503

1. Sim 2. Não
(siga X25d)

d. Tipo de ocupação X02504

1. Sim 2. Não
(siga X25e)

e. Tipo de doença X02505

1. Sim 2. Não
(siga X25f)

f. Preferência sexual X02506

1. Sim 2. Não
(siga X25g)

g. Religião/crença X02507

1. Sim 2. Não
(siga X25h)

h. Sexo X02508

1. Sim 2. Não
(siga X25i)

i. Idade X02509

1. Sim 2. Não
(siga X25j)

j. **Outro** (*Especifique:* _____)

1. Sim

2. Não

X02510

Muito obrigado pela sua participação! As informações que o(a) sr(a) nos forneceu serão valiosas para a formulação de políticas para a melhoria da assistência á saúde no Brasil.

(Encerre a entrevista)

ANEXO 3



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A INSERÇÃO DO PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA NA ESTIMULAÇÃO PRECOCE DE CRIANÇAS COM MICROCEFALIA

Pesquisador: Eveline Torres Pereira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 67005617.8.0000.5153

Instituição Proponente: Departamento de Educação Física

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.050.771

Apresentação do Projeto:

O presente protocolo foi enquadrado como pertencente à Área Temática: Ciências da Saúde e Saúde Coletiva / Saúde Pública

Conforme resumo apresentado no formulário online da Plataforma: O quadro epidemiológico no Brasil relacionado à nascidos com microcefalia apresentou mudanças desde outubro de 2015 com a divulgação do aumento de casos apresentado pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (2015). Diante desse alerta o Ministério da Saúde propôs ações e dentre elas as "Diretrizes De Estimulação Precoce: Crianças de Zero a 3 Anos com microcefalia" (BRASIL, 2016), contendo orientações e discutindo a importância da estimulação precoce para essas crianças. Entretanto o profissional de Educação Física (EF) não é mencionado como um agente potencial para o estímulo desse indivíduo. Sendo assim o presente estudo tem como objetivo verificar se crianças com microcefalia do município com maior número de casos no estado de Pernambuco possuem acesso à estimulação e discutir a inserção do profissional de EF neste atendimento. Para isso será realizado: (i) Levantamento e descrições dos atendimentos de estimulação precoce no município escolhido; (ii) Descrever do perfil socioeconômico e condições de saúde dos indivíduos com microcefalia e suas respectivas famílias; (iii) Verificar a utilização das Diretrizes por

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-900
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3899-2492 **E-mail:** cep@ufv.br

Continuação do Parecer: 2.050.771

profissionais de saúde; (iv) Verificar as contribuições e a inserção do profissional de educação física no desenvolvimento dos aspectos motores; (v) Verificar as ações de capacitações profissional. O estudo desenvolverá sob uma abordagem quali-quantitativa do tipo descritivo transversal, sendo que, a população será o profissional da saúde, pais e cuidadores de crianças com microcefalia. A pesquisa compreenderá na construção, validação e aplicação de entrevista semi-estruturada. A análise dos dados qualitativos será por meio da análise de conteúdo. Os dados quantitativos serão analisados estatisticamente de forma realizar uma análise exploratória de dados por meio de testes estatísticos. Para reduzir possíveis vieses através do uso de diferentes fontes de dados será utilizada a triangulação dos dados.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com os pesquisadores,

Objetivo primário: Verificar em um município do estado de Pernambuco com um maior número de casos de microcefalia se essas crianças têm acesso aos atendimentos propostos pelas Diretrizes, assim como, discutir a inserção do profissional de Educação Física nas intervenções desse público.

Objetivo secundário:

- Realizar o levantamento e descrições dos atendimentos de estimulação precoce no município com maior número de casos de microcefalia no estado de Pernambuco, bem como identificar o acesso ao atendimento e a distribuição espacial dos postos de atendimento e a residência dos indivíduos.
- Descrever o perfil socioeconômico, comportamental e condições de saúde dos indivíduos com microcefalia e suas respectivas famílias;
- Verificar a utilização das DEPCM por profissionais de saúde;
- Verificar as contribuições e a inserção do profissional de educação física no desenvolvimento dos aspectos motores (testes, avaliações e intervenções) propostas nas Diretrizes do Ministério da Saúde.
- Realizar o levantamento de possíveis capacitações profissionais ao atendimento de crianças com microcefalia, como estão sendo oferecidas e por meio de quais órgãos e instituições

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores apresentam no formulário online da Plataforma os seguintes Riscos:

A entrevista não oferecerá riscos à integridade física das pessoas, mas poderá provocar um desconforto pelo tempo exigido ou até um constrangimento de algum teor dos questionamentos.

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-900
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3899-2492 **E-mail:** cep@ufv.br

Continuação do Parecer: 2.050.771

Para que isso seja minimizado o pesquisador irá realizar a entrevista em um local reservado para possibilitar que entrevistado se sinta a vontade, bem como esclarecer que o mesmo poderá recusar a responder qualquer questão solicitada.

e os seguintes Benefícios: A contribuição será de informações importantes sobre o acesso e disponibilidade de atendimentos para crianças com microcefalia, bem como a participação do profissional de Educação Física de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa contribuir para os pais, cuidadores e profissionais que atuam com crianças com microcefalia.

Avaliação:

Os benefícios e os riscos estão descritos de acordo com as recomendações sobre pesquisas com seres humanos baseados na Resolução 466/12 do CNS

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O presente estudo pretende Verificar em um município do estado de Pernambuco com um maior número de casos de microcefalia se essas crianças têm acesso aos atendimentos propostos pelas Diretrizes, assim como, discutir a inserção do profissional de Educação Física nas intervenções desse público.

Para tanto, propõe-se a uma pesquisa de campo com abordagem quanti-qualitativa do tipo descritiva por descrever características de determinadas populações ou fenômenos e utilizar técnicas padronizadas para a coleta informações, conhecer o problema para qual se procura uma resposta, comprovar hipótese ou mesmo descobrir novos fenômenos ou relação entre eles (MARCONI; LAKATOS, 2008; GIL, 2007). Com a finalidade de atingir os objetivos propostos, a pesquisa será realizada em etapas, que serão descritas no projeto de pesquisa no item "procedimentos". Local da Pesquisa: A realização da coleta de dados será realizada no estado de Pernambuco por ser o primeiro estado a identificar a mudança do padrão de nascimentos de crianças com microcefalia no País e registrar o maior número de casos em relação aos outros estados. Será realizado o levantamento por meio dos boletins epidemiológicos disponibilizados pelo MS e Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Pernambuco do número de casos em todo o estado de Pernambuco para a seleção da cidade que possuir maior prevalência de nascido com microcefalia. Seleção da amostra A amostra da pesquisa será composta por pais e cuidadores de crianças com microcefalia e os profissionais das RAS do município com o maior número de crianças com microcefalia do estado de Pernambuco que aceitarem a participar da pesquisa. O pesquisador entrará em contato com a SES de Pernambuco para a definição da cidade e localização das UBS, locais da realização das atividades do NASF para a identificação da amostra.

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-900
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3899-2492 **E-mail:** cep@ufv.br

Continuação do Parecer: 2.050.771

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Considerações sobre os documentos apresentados pelo pesquisador:

Os termos obrigatórios TCLE e os roteiros das entrevistas estão de acordo com as recomendações sobre pesquisas com seres humanos, baseados na Resolução 466/12 do CNS

Recomendações:

Quando da coleta de dados, o TCLE deve ser elaborado em duas vias, rubricado em todas as suas páginas e assinado, ao seu término, pelo convidado a participar da pesquisa, bem como pelo pesquisador responsável, ou pessoa(s) por ele delegada(s), devendo todas as assinaturas constar na mesma folha. Não é necessário apresentar os TCLEs assinados ao CEP/UFV. Uma via deve ser mantida em arquivo pelo pesquisador e a outra é do participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o parecerista recomenda a aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Ao término da pesquisa é necessário apresentar, via notificação, o Relatório Final (modelo disponível no site www.cep.ufv.br). Após ser emitido o Parecer Consubstanciado de aprovação do Relatório Final, deve ser encaminhado, via notificação, o Comunicado de Término dos Estudos para encerramento de todo o protocolo na Plataforma Brasil.

Projeto aprovado autorizando o início da coleta de dados com os seres humanos a partir da data de emissão deste parecer.

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes
Bairro: Campus Universitário **CEP:** 36.570-900
UF: MG **Município:** VICOSA
Telefone: (31)3899-2492 **E-mail:** cep@ufv.br

Continuação do Parecer: 2.050.771

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_896616.pdf	11/04/2017 17:40:22		Aceito
Outros	EntrevistaProfissionais.pdf	11/04/2017 17:36:49	Eveline Torres Pereira	Aceito
Outros	EntrevistaPaisCuidadores.pdf	11/04/2017 17:36:19	Eveline Torres Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/04/2017 17:35:45	Eveline Torres Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoFinal.pdf	11/04/2017 17:35:36	Eveline Torres Pereira	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	11/04/2017 17:35:26	Eveline Torres Pereira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VICOSA, 08 de Maio de 2017

Assinado por:

**Maria da Conceição Aparecida Pereira Zolnier
(Coordenador)**

Endereço: Universidade Federal de Viçosa, Avenida PH Rolfs s/n, Edifício Arthur Bernardes

Bairro: Campus Universitário

CEP: 36.570-900

UF: MG

Município: VICOSA

Telefone: (31)3899-2492

E-mail: cep@ufv.br