

Universidade Federal de Juiz de Fora
Campus Avançado Governador Valadares
Instituto de Ciências da Vida
Curso de Fisioterapia

Kamila Pacheco Martins
Mariana Athayde da Silva

**PERFIL DAS CRIANÇAS ASSISTIDAS EM UMA INSTITUIÇÃO DE ABRIGO
INFANTIL DO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES E IMPACTO DO
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NO DESENVOLVIMENTO MOTOR**

Governador Valadares
2020

Kamila Pacheco Martins
Mariana Athayde da Silva

**PERFIL DAS CRIANÇAS ASSISTIDAS EM UMA INSTITUIÇÃO DE ABRIGO
INFANTIL DO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES E IMPACTO DO
ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NO DESENVOLVIMENTO MOTOR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Fisioterapia da Universidade Federal de Juiz de Fora *Campus* Avançado Governador Valadares, como requisito para aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientadora: Profa. Dra. Alessa Sin Singer Brugiolo
Coorientadora: Profa. Dra. Érica Cesário Defilipo

Governador Valadares
2020

RESUMO

Introdução: As instituições de abrigo infantil têm sido frequentemente citadas como locais de impacto negativo para o desenvolvimento neuromotor devido a fatores como cuidadores pouco qualificados, superlotação e espaço reduzido, com poucas chances de oportunizar estimulação adequada à criança. **Metodologia:** Estudo epidemiológico longitudinal, realizado no período de janeiro de 2016 a dezembro de 2019, em uma instituição de abrigo infantil no município de Governador Valadares, Minas Gerais. Foram analisadas variáveis referentes às condições de saúde da criança, fatores relacionados à institucionalização e ao desenvolvimento motor, por meio de coleta de dados em documentos da instituição e das fichas de avaliação fisioterapêutica. **Resultado:** Participaram deste estudo 105 crianças, sendo 79 (75,2%) do sexo feminino e 58 (55,2%) com idade até quatro anos. Receberam atendimento fisioterapêutico 72 (68,6%) das crianças institucionalizadas, 18 (25%) foram avaliadas pela *Alberta Infant Motor Scale* e 12 (16,7%) apresentaram desenvolvimento motor atrasado. Destas, nove foram submetidas a intervenção fisioterapêutica e oito apresentaram desenvolvimento motor adequado nas avaliações subsequentes. **Conclusão:** A intervenção fisioterapêutica mostrou-se satisfatória ao melhorar as habilidades motoras das crianças avaliadas. O atraso no desenvolvimento motor dos acolhidos pode estar associado às situações vivenciadas anteriormente a institucionalização. A inserção de profissionais fisioterapeutas nesse ambiente é indispensável para estimular o desenvolvimento motor dos institucionalizados.

PALAVRAS-CHAVE: Desenvolvimento infantil. Criança institucionalizada. Crescimento e desenvolvimento. Fisioterapia. Orfanato.

ABSTRACT

Introduction: The children's shelters are frequently known as places of negative impact on the neuromotor development because of factors like unqualified caregivers, overcrowded and reduced space, with little chances of promoting adequate sensory stimulation for a child.

Methods: Longitudinal epidemiology study carried out between January 2016 and December 2019, on an infant shelter in Governador Valadares, Minas Gerais. Analysis of children's health conditions, factors related to institutionalized and motor development was performed by data collection on institution documents, and physiotherapy assessment forms.

Results: 105 children participated in this study, being 79 (75.2%) girls and 58 (55.2%) up to four years old. Of the institutionalized children, 72 (68.6%) were attended by physiotherapy, 18 (25%) were assessed by the Alberta Infant Motor Scale and 12 (16.7%) appeared delayed motor development. Of these, eight showed adequate motor development after receiving physical therapy accompaniment.

Conclusion: The physical therapy intervention was satisfactory to improve the motor abilities and reverse the child's condition. The motor developmental delay of the institutionalized may be associated with experienced situations previously the institutionalization. The insertion of a physical therapist in this environment is indispensable to promote the motor development of institutionalized children.

KEYWORDS: Child Development. Child Institutionalized. Growth and Development. Physical Therapy Specialty. Orphanages.

PARECER FINAL BANCA EXAMINADORA DO TCC II

Título do trabalho: PERFIL DAS CRIANÇAS ASSISTIDAS EM UMA INSTITUIÇÃO DE ABRIGO INFANTIL DO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES E IMPACTO DO ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO NO DESENVOLVIMENTO MOTOR

Discente(s): Kamila Pacheco Martins
Mariana Athayde da Silva

CONCLUSÃO DA BANCA EXAMINADORA:

APROVADO

REPROVADO

Governador Valadares, 19 de Setembro de 2020.



Assinatura da Orientadora
Prof. ALESSA SIN SINGER BRUGIOLO



Assinatura do avaliador 1
Larissa Carvalhaes de Oliveira



Assinatura do avaliador 2
Mariana Cristina Palermo Ferreira

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização das crianças quanto ao sexo, idade de admissão na instituição e dados sobre o nascimento.....	12
Tabela 2 – Informações relevantes da história gestacional e presença de algum tipo de deficiência	13
Tabela 3 – Motivo da institucionalização e evidências de maus tratos na admissão.....	14
Tabela 4 – Tempo total de acolhimento institucional, condição jurídica da criança e quantidades de irmãos institucionalizados	15
Tabela 5 – Atendimentos fisioterapêuticos realizados pela equipe do projeto de extensão	16

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Crianças que receberam atendimentos fisioterapêuticos e classificação do desenvolvimento motor.....	17
Figura 2 – Lactentes atendidos pela equipe de fisioterapia e avaliados pela Alberta Infant Motor Scale	18
Figura 3 – Percentis dos lactentes avaliados pela Alberta Infant Motor Scale e que apresentaram desenvolvimento motor adequado para faixa etária.....	18
Figura 4 – Percentis dos lactentes avaliados pela Alberta Infant Motor Scale e que apresentaram desenvolvimento motor abaixo do esperado para faixa etária na primeira avaliação.....	19
Figura 5 – Pontuação absoluta na Alberta Infant Motor Scale de uma criança com Síndrome de Down	20

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	OBJETIVOS	9
2.1	OBJETIVO GERAL.....	9
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	9
3	METODOLOGIA.....	10
4	RESULTADOS	12
5	DISCUSSÃO	21
6	CONCLUSÃO	27
	REFERÊNCIAS.....	28
	APÊNDICE A – Ficha de Coleta das Crianças em Acolhimento Institucional	33
	APÊNDICE B – Ficha de Avaliação Fisioterapêutica em Pediatria	35
	ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora.....	38

1 INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil é um processo complexo que não depende apenas da criança (fatores biológicos), mas também de aspectos relacionais, contextuais e culturais. Logo, o ambiente passa a ter importância considerável no processo de desenvolvimento, crescimento e amadurecimento do indivíduo (CAÇOLA *et al.*, 2015; SÁ; JURDI; PANCIERA, 2017), principalmente nos primeiros anos de vida, no qual o indivíduo está constantemente aprendendo e descobrindo habilidades novas (BLAUW; HADDERS, 2005). A partir das relações com os outros e com seu meio, a criança recebe estímulos que influenciam diversos aspectos ao longo de sua vida (DINIZ; ASSIS; SOUZA, 2018).

Diversos fatores de risco para alterações no desenvolvimento infantil já foram identificados e concentram-se em três principais grupos: diagnóstico patológico estabelecido, relacionados às desordens orgânicas pré-existentes; risco biológico, relacionados às intercorrências na gestação e nascimento; e risco ambiental, relacionados à estrutura familiar deficiente, falta de recursos sociais, violência e maus tratos (CAVALCANTE; MAGALHÃES; PONTES, 2009; GURALNICK; BENNETT, 1988; HALPERN *et al.*, 1996; MANCINI *et al.*, 2004; MULLER, 2008). Estudos apontam que o efeito cumulativo de múltiplos fatores de risco aumenta a probabilidade de o desenvolvimento da criança ser comprometido (HALPERN *et al.*, 1996; LAWSON; BADAWI, 2003). Consequentemente, crianças que se encontram em situações vulneráveis podem ter dificuldades de alcançar um resultado satisfatório em seu desenvolvimento, gerando dificuldades em seu amadurecimento físico, cognitivo e socioemocional (CAVALCANTE; MAGALHÃES; REIS, 2014).

De acordo com Silva (2004) no Brasil, cerca de vinte mil crianças e adolescentes viviam em abrigos, sendo privados dos cuidados parentais e do convívio familiar por longo período, configurando a chamada infância de risco. São várias as razões que levam à institucionalização, podendo estar relacionadas à violência doméstica, a familiares com problemas de saúde ou dependentes de álcool e/ou outras drogas, ao despreparo para a maternidade ou paternidade, à dissolução das relações conjugais, ao desemprego e criança com algum tipo de deficiência (CAVALCANTE; MAGALHÃES; PONTES, 2009; SILVA, 2004). Além disso, a condição socioeconômica precária das famílias pode funcionar como um elemento agravante e desencadeador de outros fatores de risco preexistentes, o que aumenta a vulnerabilidade social das famílias e pode contribuir para que crianças e adolescentes tenham maiores chances de vivenciarem episódios de abandono, violência e negligência (SILVA, 2004).

Segundo o Ministério do Desenvolvimento Social (2018), estas instituições são locais temporários em que as crianças e adolescentes desenvolvem novos laços e novas relações. Assim como a família, a instituição deve oferecer um ambiente acolhedor, com relações que favoreçam a permanência e o desenvolvimento da criança e do adolescente, uma vez que, a ausência de laços afetivos durante a infância pode interferir no desenvolvimento da criança, podendo afetar suas relações sociais e com o meio (ALEXANDRE; VIEIRA, 2004).

No entanto, as instituições de abrigo infantil têm sido frequentemente citadas como locais de impacto negativo para o desenvolvimento, sendo consideradas como fatores de risco ambientais (JOHNSON; BROWNE; HAMILTON-GIACHRITSIS, 2006), o que pode ser explicado pelo pequeno número de cuidadores, muitas vezes pouco qualificados, além de espaço reduzido, com poucas chances de oportunizar estimulação sensorial adequada à criança (NASCIMENTO; PIASSÃO, 2010).

Diante disso, a avaliação do desenvolvimento das crianças institucionalizadas deve ser sistemática e periódica, para que os sinais de atrasos possam ser identificados precocemente e acompanhados em todos os aspectos, uma vez que, qualquer alteração pode influenciar por toda a vida. O acompanhamento periódico dessas crianças permite que os profissionais de saúde desenvolvam estratégias para proporcionar o desenvolvimento neuropsicomotor infantil adequado (CHAVES *et al.*, 2013).

A partir deste contexto, o acompanhamento fisioterapêutico, por meio de estratégias preventivas, pode minimizar fatores que interferem negativamente no desenvolvimento motor e, por meio de intervenções, pode promover mais funcionalidade, facilitando a aquisição de habilidades motoras para cada faixa etária. Portanto, o presente trabalho objetivou descrever o perfil epidemiológico das crianças abrigadas, durante o período de quatro anos, em uma instituição de abrigo infantil no município de Governador Valadares, Minas Gerais, além de descrever os resultados e impactos dos atendimentos fisioterapêuticos sobre o desenvolvimento motor destas crianças.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Descrever o perfil epidemiológico e avaliar o impacto do atendimento fisioterapêutico no desenvolvimento motor de crianças assistidas em uma instituição de abrigo infantil em Governador Valadares, Minas Gerais.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a população estudada;
- Descrever as condições de saúde das crianças durante o acolhimento institucional;
- Descrever os fatores que levaram à institucionalização, o período de acolhimento institucional, as evidências de maus tratos, número de irmãos e condição jurídica;
- Analisar o desenvolvimento motor das crianças institucionalizadas que receberam atendimento fisioterapêutico;
- Descrever os efeitos de um programa de atendimento fisioterapêutico e seus impactos no desenvolvimento motor dessa população.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo epidemiológico longitudinal, com coleta de dados secundários, realizado em uma instituição de abrigo infantil no município de Governador Valadares, Minas Gerais. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (CAAE: 57326616.5.0000.514, ANEXO A) e está inserido em um projeto de extensão, aprovado pela Pró-reitoria de Extensão da Universidade Federal de Juiz de Fora (Editais 01/2015, 01/2017, 03/2018).

As informações foram colhidas em documentos como: certidões de nascimento, cadernetas de saúde da criança, relatórios de alta hospitalar, pareceres, laudos médicos ou de outros profissionais de saúde, prontuários da instituição de abrigo infantil e termos de encaminhamento do Conselho Tutelar. Além disso, foram consultadas as fichas de avaliação e evolução fisioterapêutica do projeto de extensão anteriormente citado.

Todas as informações colhidas foram registradas em ficha de avaliação própria elaborada pelos pesquisadores (APÊNDICE A). Foram analisadas as variáveis relacionadas às condições de saúde da criança, fatores relacionados à institucionalização e adoção, além das variáveis relacionadas ao desenvolvimento motor e à função ventilatória, a saber:

- Condições de saúde da criança: idade gestacional (pré-termo e a termo), peso (adequado, baixo peso e extremo baixo peso), perímetro cefálico, APGAR, informações da história gestacional, presença de algum tipo de deficiência e cobertura vacinal.

- Fatores relacionados à institucionalização: idade na admissão, doenças existentes antes ou no momento da admissão, motivo da institucionalização, evidências de maus tratos (ferimentos, hematomas, queimaduras, manipulação de órgãos genitais), condição escolar, acompanhamento psicológico e condição jurídica da criança.

- Fatores relacionados ao período da institucionalização: doenças adquiridas no período da institucionalização e número de irmãos.

- Fatores relacionados ao momento da adoção: tempo total da institucionalização e pessoa responsável pela adoção (família de origem ou família substituta).

- Desenvolvimento motor: típico, atraso e atípico de acordo com a avaliação fisioterapêutica (habilidades motoras de acordo com a idade, tônus muscular, reflexos e reações, movimentação ativa e alterações posturais e musculoesqueléticas) ou classificados pela *Alberta Infant Motor Scale* (AIMS).

- Função ventilatória: com alteração ou sem alteração da função ventilatória (sinais vitais, ausculta pulmonar, saturação periférica de oxigênio, inspeção estática e dinâmica, sinais e sintomas respiratórios).

Foram incluídas neste estudo todas as crianças abrigadas na instituição, durante o período de janeiro de 2016 a dezembro de 2019, de todas as faixas etárias e de ambos os sexos, não havendo critérios de exclusão.

Dentre as atividades desenvolvidas pelo projeto de extensão, eram realizadas a avaliação do desenvolvimento neuropsicossensoriomotor e da função ventilatória das crianças abrigadas. Caso fossem identificadas alterações, a criança recebia tratamento fisioterapêutico individualizado. Todos os institucionalizados foram acompanhados semanalmente e reavaliados periodicamente. Os procedimentos foram realizados na própria instituição por acadêmicos do curso de Fisioterapia, a partir do sexto período do curso, sob supervisão direta dos docentes responsáveis.

A avaliação fisioterapêutica do desenvolvimento foi realizada com base na Ficha de Avaliação Fisioterapêutica em Pediatria (APÊNDICE B) e englobava a avaliação da aquisição de habilidades motoras de acordo com a idade, avaliação do tônus muscular, reflexos e reações, movimentação ativa, coordenações sensório-motoras e alterações posturais e musculoesqueléticas, além da avaliação da função ventilatória. Para complementar a avaliação do desenvolvimento motor de lactentes com idade entre zero e 18 meses foi utilizada a *Alberta Infant Motor Scale* (AIMS), uma escala predominantemente observacional que requer manuseio mínimo, desenvolvida para monitorar o curso do desenvolvimento motor em lactentes até a aquisição da marcha independente (PIPER; DARRAH, 1994).

Os dados coletados foram arquivados no programa EXCEL, por meio do qual foi realizada a análise dos dados e a elaboração dos gráficos. Para caracterizar o perfil da população estudada, as variáveis analisadas foram descritas em tabelas de frequência absoluta e relativa.

4 RESULTADOS

Durante o período de janeiro de 2016 a dezembro de 2019, a instituição de abrigo infantil acolheu 105 menores de idade, sendo a maioria do sexo feminino (75,2%) e com até 4 anos de idade no momento da admissão (55,2%) (Tabela 1).

Para a maioria das crianças, os dados sobre o nascimento não estavam disponíveis, 7,6% nasceram a termo, 7,6% pré-termo, 4,8% baixo peso ao nascer, 0,9% extremo baixo peso ao nascer e 2,9% apresentaram valor de perímetro cefálico abaixo do esperado para a idade gestacional. Das crianças que possuíam APGAR informado (9,5%), todas apresentaram valor ≥ 7 no primeiro e no quinto minutos de vida (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização das crianças quanto ao sexo, idade de admissão na instituição e dados sobre o nascimento

Variáveis	n	%
<i>Feminino</i>	79	75,2
<i>Masculino</i>	26	24,8
Idade na Admissão*		
<i>Neonato (< 28 dias)</i>	11	10,5
<i>Lactente (29 dias a 2 anos)</i>	33	31,4
<i>Pré-escolar (2 a 4 anos)</i>	14	13,3
<i>Escolar (5 a 8 anos)</i>	25	23,8
<i>Adolescente (9 a 18 anos)</i>	22	21,0
Idade Gestacional		
<i>Sem informação</i>	89	84,8
<i>A termo</i>	8	7,6
<i>Pré-termo</i>	8	7,6
Peso ao nascer		
<i>Sem informação</i>	89	84,8
<i>Peso adequado</i>	10	9,5
<i>Baixo peso</i>	5	4,8
<i>Extremo baixo peso</i>	1	0,9
Perímetro Cefálico ao nascer		
<i>Sem informação</i>	92	87,6
<i>Abaixo do esperado para a idade gestacional</i>	3	2,9
<i>Acima do esperado para a idade gestacional</i>	10	9,5
APGAR		
<i>Sem informação</i>	95	90,5
<i>≥ 7 (1º e 5º minutos de vida)</i>	10	9,5

* Classificação de idades de acordo com o Ministério da Saúde (2013; 2019).
Fonte: Autoria própria (2020).

Em relação às informações relevantes sobre a história gestacional, 92,4% das crianças não possuíam informações nos prontuários da instituição e nas cadernetas de saúde da criança (Tabela 2). Dentre as crianças institucionalizadas, 16 (15,2%) apresentaram alguma condição de saúde diagnosticada, conforme descrito na Tabela 2. Dessas crianças, 13 (12,4%) foram admitidas com o diagnóstico e três (2,9%) tiveram o diagnóstico estabelecido durante o período de institucionalização.

Tabela 2 – Informações relevantes da história gestacional e presença de algum tipo de deficiência

Variáveis	n	%
Informações da História Gestacional		
<i>Sem informações</i>	97	92,4
<i>Genitora HIV positivo</i>	4	3,8
<i>Genitora tabagista e/ou etilista</i>	2	1,9
<i>Genitora adolescente</i>	1	0,9
<i>Não realizou pré-natal</i>	1	0,9
Presença de algum tipo de deficiência		
<i>Não possuem deficiência</i>	89	84,8
<i>Deficiência Intelectual</i>	3	2,9
<i>Possível diagnóstico de HIV</i>	3	2,9
<i>Asma</i>	2	1,9
<i>Sopro no Coração</i>	2	1,9
<i>Síndrome Nefrótica</i>	1	0,9
<i>Hidrocefalia</i>	1	0,9
<i>TOD e TDH</i>	1	0,9
<i>Déficit Auditivo</i>	1	0,9
<i>Síndrome de Down e Cardiopatia Congênita</i>	1	0,9
<i>Síndrome de Down</i>	1	0,9

Legenda: HIV = Vírus da Imunodeficiência Humana; TOD = Transtorno Opositivo Desafiador; TDH = Transtorno do Déficit de Hiperatividade.

Fonte: Aatoria própria (2020).

No que diz respeito aos motivos da institucionalização, os mais frequentes encontrados foram pais ou responsáveis usuários de álcool e/ou drogas, negligência, abandono e violência. É importante destacar que a maioria das crianças apresentou mais de um dos motivos para a institucionalização descritos e, por isso, o valor total apresentado na tabela é maior que o tamanho real da amostra (Tabela 3). Adicionalmente, algumas crianças apresentavam evidências de maus tratos na admissão, com os sinais de negligência (16,2%), ferimentos (7,6%) e sinais de abuso sexual (5,7%), conforme dados descritos na Tabela 3.

Tabela 3 – Motivo da institucionalização e evidências de maus tratos na admissão

Variáveis	n	%
Motivo da institucionalização		
<i>Sem informação</i>	3	-
<i>Pais/responsáveis usuários de álcool e/ou drogas</i>	66	-
<i>Negligência dos pais</i>	61	-
<i>Abandono</i>	34	-
<i>Precariedade das condições de moradia e sobrevivência</i>	24	-
<i>Violência psicológica, violência física e/ou violência sexual</i>	24	-
<i>Pais com transtorno mental</i>	10	-
<i>Conflitos familiares</i>	6	-
<i>Genitora abrigada, andarilha ou com depressão pós-parto</i>	3	-
<i>Total</i>	231	-
Evidências de maus tratos na admissão		
<i>Não apresentavam evidências de maus tratos</i>	74	70,5
<i>Sinais de negligência (assaduras, sinais de fome, abandonadas, desnutridas ou sujas)</i>	17	16,2
<i>Ferimentos</i>	8	7,6
<i>Sinais de abuso sexual</i>	6	5,7

Fonte: Autoria própria (2020).

No que diz respeito à cobertura vacinal, não havia informações para 69 crianças (65,7%) e as demais 36 crianças (34,3%) apresentaram cobertura vacinal atualizada. Em relação à escola, constatou-se que 51 crianças (48,6%) frequentaram a escola durante o período de institucionalização e 54 crianças (51,4%) não frequentaram.

No que se refere ao acompanhamento psicológico, 58 crianças (55,2%) não possuíam indicação, 13 crianças (12,4%) não tinham informação a respeito da necessidade de acompanhamento e 34 crianças (32,4%) apresentavam indicação de acompanhamento psicológico, sendo que a maioria delas era do sexo feminino, possuía entre seis e 16 anos e era vítima de violência física, abuso sexual ou possuía pais usuários de drogas e/ou álcool.

Sobre o tempo de acolhimento institucional, foi observado que a maioria das crianças permaneceram por menos de um ano em acolhimento institucional e 15,2% das crianças ainda se encontravam em acolhimento institucional durante o período da coleta de dados. No que se refere a condição jurídica da criança, 44,8% das crianças abrigadas na instituição foram reintegradas no contexto familiar, 21% foram adotadas por familiares e 8,6% adotadas por uma família substituta. Em relação à quantidade de irmãos dos institucionalizados, 81% das crianças abrigadas possuíam essa informação e todas possuíam irmãos, 61,9% possuíam entre um e cinco irmãos (Tabela 4). Dos institucionalizados, 32,4% possuíam irmãos abrigados na mesma instituição.

Tabela 4 – Tempo total de acolhimento institucional, condição jurídica da criança e quantidades de irmãos institucionalizados

Variáveis	n	%
Tempo total de acolhimento institucional		
<i>Sem informações</i>	6	5,7
<i>< 1 mês</i>	7	6,7
<i>1 mês - 6 meses</i>	32	30,5
<i>6 meses - 1 ano</i>	28	26,7
<i>1 ano - 1 ano e 10 meses</i>	15	14,3
<i>até 2 anos</i>	1	0,9
<i>Em acolhimento institucional</i>	16	15,2
Condição Jurídica da Criança		
<i>Sem informações</i>	5	4,8
<i>Reintegração familiar</i>	47	44,8
<i>Adotada por parente</i>	22	21
<i>Em acolhimento institucional</i>	16	15,2
<i>Adotada por família substituta</i>	9	8,6
<i>Transferida para outra instituição de abrigo</i>	5	4,8
<i>Faleceu durante o período de institucionalização</i>	1	0,9
Quantidades de irmãos dos institucionalizados		
<i>Sem informações</i>	20	19
<i>1 - 3 irmãos</i>	51	48,6
<i>3 - 5 irmãos</i>	14	13,3
<i>5 - 8 irmãos</i>	18	17,1
<i>> 8 irmãos</i>	2	1,9

Fonte: Autoria própria (2020).

Em relação aos atendimentos fisioterapêuticos, 72 crianças (68,6%) receberam atendimentos e 33 crianças (31,4%) não receberam. Foram realizados atendimentos individuais e/ou em grupo conforme a idade, necessidade da criança e número de crianças abrigadas na instituição em determinado momento. Sobre os atendimentos individuais, 32 crianças (30,5%) foram acompanhadas e 24 (22,9%) receberam entre 1 e 15 atendimentos. Nos atendimentos em grupo, verificou-se, que 29 crianças (27,6%) foram acompanhadas e 17 (16,2%) receberam entre 1 e 5 atendimentos. Além disso, 11 crianças (10,5%) receberam atendimentos individuais e em grupo, em momentos distintos (Tabela 5).

Das crianças avaliadas pela equipe de fisioterapia, 12 apresentavam alterações na ausculta pulmonar e receberam atendimento fisioterapêutico respiratório associado ao tratamento fisioterapêutico para estimulação do desenvolvimento motor. Além disso, 12,5% crianças apresentaram atraso no desenvolvimento da linguagem e 9,7% crianças apresentaram dificuldades de interação.

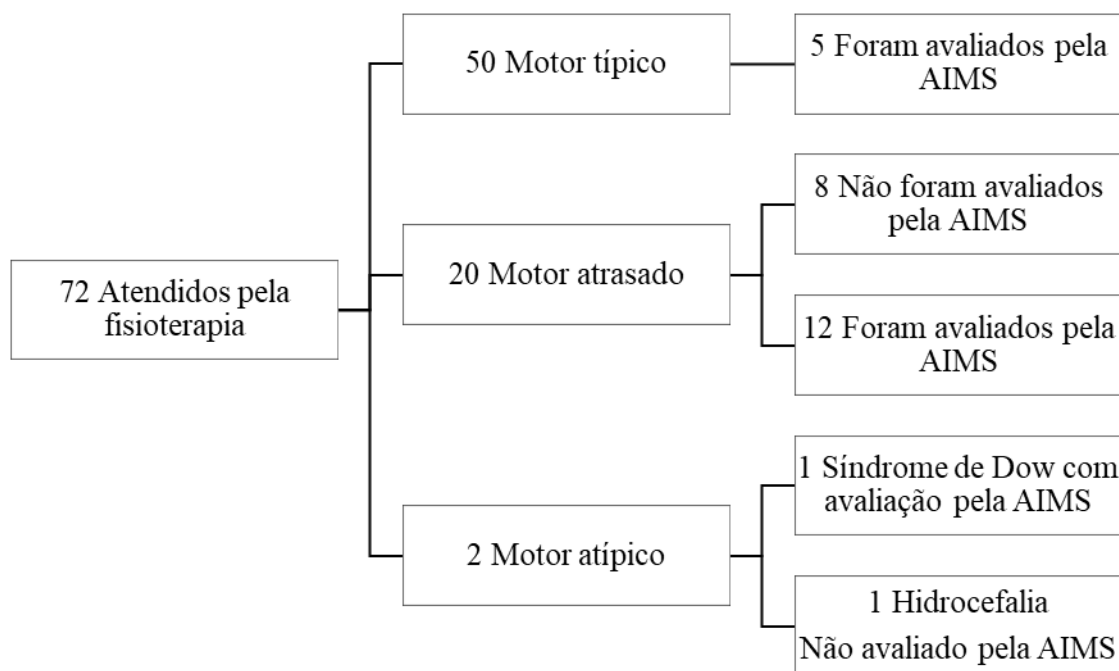
Tabela 5 – Atendimentos fisioterapêuticos realizados pela equipe do projeto de extensão

Variáveis	n	%
Atendimentos Individuais		
<i>Entre 1-15 atendimentos</i>	24	22,9
<i>Entre 16-30 atendimentos</i>	5	4,8
<i>Mais que 30 atendimentos</i>	3	2,9
<i>Total</i>	32	30,6
Atendimentos em Grupo		
<i>Entre 1-5 atendimentos</i>	17	16,2
<i>Entre 6-10 atendimentos</i>	10	9,5
<i>Mais que 10 atendimentos</i>	2	1,9
<i>Total</i>	29	27,6
Atendimentos Individuais e em Grupo		
<i>Entre 1-10 atendimentos</i>	4	3,8
<i>Entre 11- 30 atendimentos</i>	5	4,8
<i>Mais que 30 atendimentos</i>	2	1,9
<i>Total</i>	11	10,5

Fonte: Autoria própria (2020).

De acordo com a avaliação fisioterapêutica, das 72 crianças atendidas (100%), 50 crianças (69,4%) apresentaram desenvolvimento motor típico, 20 crianças (27,8%) apresentaram desenvolvimento motor atrasado e duas crianças (2,8%) foram consideradas com desenvolvimento motor atípico por apresentarem Síndrome de Down e Hidrocefalia. Dessas 20 crianças com desenvolvimento motor atrasado, 12 foram classificadas pela escala AIMS e as demais (oito) não foram avaliadas pela AIMS por diversos motivos, como, por exemplo, incompatibilidade da rotina da criança no momento da aplicação, irritabilidade, pouco tempo de permanência na instituição e doenças. Entretanto, foi observado pela equipe do projeto que estas apresentavam características como, alteração de tônus muscular, reflexos primitivos inadequados para idade, atraso na aquisição das habilidades motoras esperadas para idade e/ou atraso na aquisição de marcha independente (Figura 1).

Figura 1 – Crianças que receberam atendimentos fisioterapêuticos e classificação do desenvolvimento motor

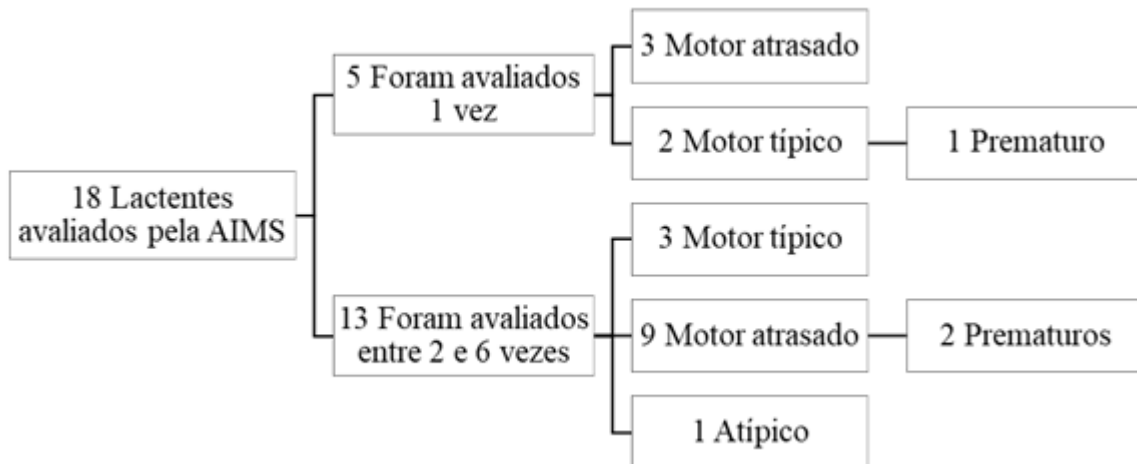


Fonte: Autoria própria (2020).

A Escala AIMS foi utilizada para avaliar 18 lactentes (25%) e aplicada entre uma e seis vezes em cada criança. Das crianças avaliadas pela AIMS, três eram prematuras, destas, duas eram baixo peso, e uma criança era a termo e extremo baixo peso ao nascer.

Cinco crianças foram avaliadas apenas uma vez utilizando a escala AIMS devido ao pouco tempo que permaneceram na instituição (média do tempo de permanência de um mês e 28 dias). Destas crianças, uma era prematura, entretanto, apresentou desenvolvimento típico para a idade corrigida (percentil exato = 25%), três crianças apresentaram atraso no desenvolvimento (primeira criança: percentil exato = 7,5%, abandonada pelos pais aos dois meses e 16 dias de idade; segunda criança: percentil exato = 5%, genitora apresentou Infecção Sexualmente Transmissível e transtorno mental; terceira criança: percentil exato = 5%, possuía pais usuários de drogas) e a última apresentou desenvolvimento típico com percentil exato na AIMS acima de 25% (Figura 2).

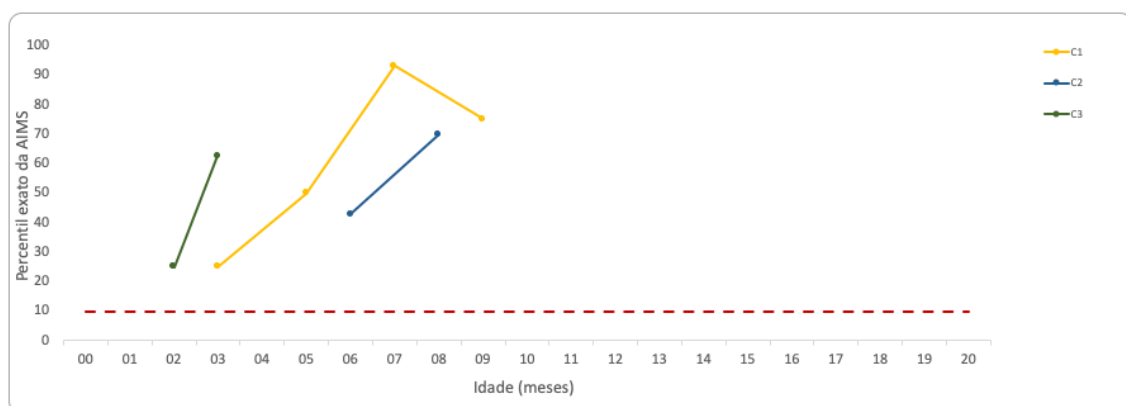
Figura 2 – Lactentes atendidos pela equipe de fisioterapia e avaliados pela *Alberta Infant Motor Scale*



Fonte: Autoria própria (2020).

Outras três crianças (C1, C2, C3) foram avaliadas entre duas e quatro vezes utilizando a AIMS e não apresentaram atraso no desenvolvimento motor, como pode ser observado na Figura 3.

Figura 3 – Percentis dos lactentes avaliados pela *Alberta Infant Motor Scale* e que apresentaram desenvolvimento motor adequado para faixa etária

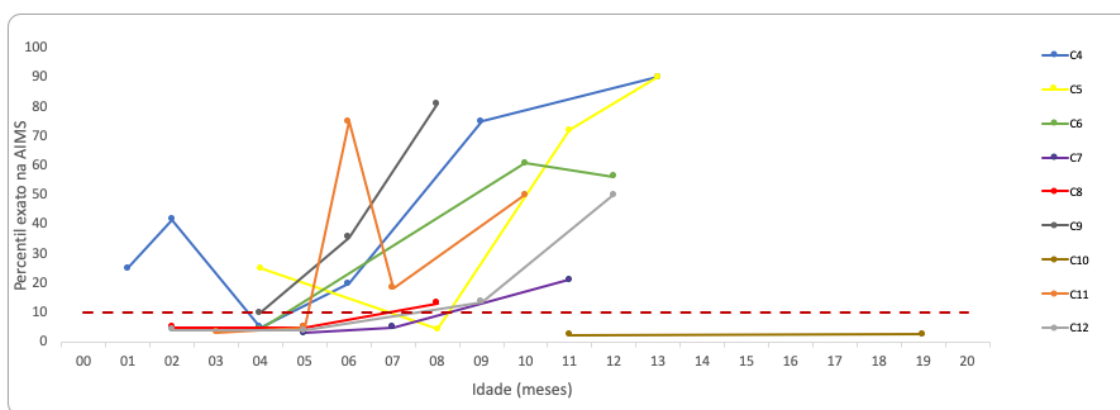


Fonte: Autoria própria (2020).

Já as crianças C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11 e C12 foram avaliadas entre duas e seis vezes utilizando a AIMS e apresentaram atraso no desenvolvimento motor com percentil inferior a 10% entre a primeira e terceira avaliação. Destaca-se que: C4 era prematura e tinha pais usuários de drogas e álcool; C5 possuía genitora soropositivo e sofreu negligência

familiar; C6 possuía genitores usuários de álcool e drogas; C7 sofreu negligência familiar (mãe alimentava a filha com pipoca e achocolatado); C8 era prematura, baixo peso e foi abandonada pelos pais aos dois meses de idade; C9 nasceu extremo baixo peso, mãe etilista e tabagista; C10 tinha diagnóstico de asma, mãe usuária de drogas e álcool e foi abandonada pelos pais aos três meses de idade; C11 possuía genitora adolescente e institucionalizada e C12 sofreu negligência familiar e tinha pais usuários de drogas e álcool. É importante destacar que considerando a primeira e última avaliação, a maioria das crianças citadas apresentaram ganho de habilidades motoras e passaram a apresentar desenvolvimento adequado com percentil acima de 10% já na segunda ou, no máximo, na quarta avaliação, exceto a C10 que foi avaliada apenas duas vezes e manteve o percentil inferior a 5% (Figura 4).

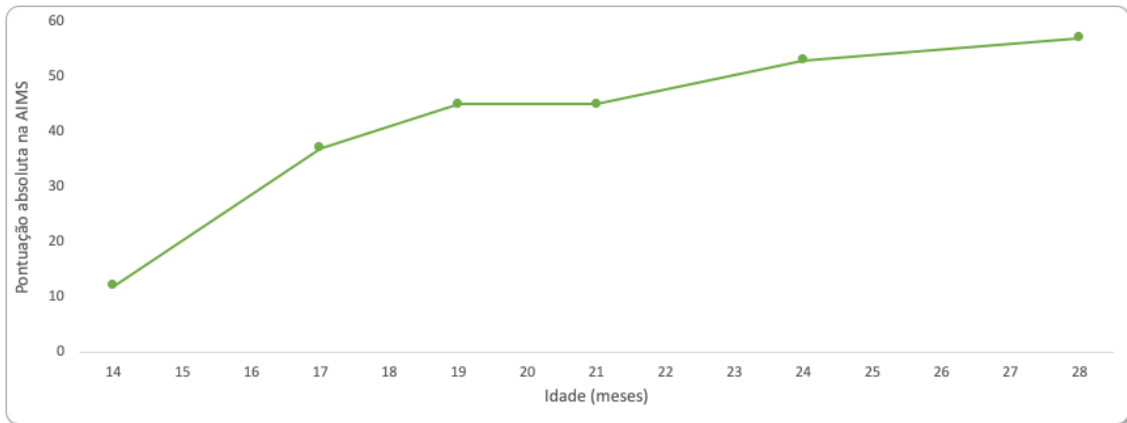
Figura 4 – Percentis dos lactentes avaliados pela *Alberta Infant Motor Scale* e que apresentaram desenvolvimento motor abaixo do esperado para faixa etária na primeira avaliação



Fonte: Autoria própria (2020).

A figura 5, refere-se à evolução de uma criança com Síndrome de Down. Na primeira avaliação, a idade da criança era de 1 ano, 1 mês e 13 dias e na última avaliação era de 2 anos, 2 meses e 18 dias. A escala AIMS, neste caso, foi utilizada apenas como parâmetro da evolução motora após a criança iniciar tratamento fisioterapêutico. Nas duas primeiras avaliações a criança apresentou percentil exato <5% e nas demais não foi possível calcular o percentil exato, uma vez que, o gráfico de percentil não apresenta referência em relação a idade superior a 19 meses. Dessa forma, nota-se, através do valor absoluto da pontuação em avaliações subsequentes, que ocorreu aumento nas habilidades motoras entre a primeira e a última avaliação.

Figura 5 – Pontuação absoluta na *Alberta Infant Motor Scale* de uma criança com Síndrome de Down



Fonte: Autoria própria (2020).

5 DISCUSSÃO

O presente estudo descreveu o perfil de crianças assistidas em uma instituição de abrigo infantil do município de Governador Valadares e avaliou o impacto do atendimento fisioterapêutico no desenvolvimento motor dessas crianças.

Segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ, 2020), 51% das crianças abrigadas no Brasil são do sexo masculino. No Estado de Minas Gerais são 3.470 crianças acolhidas, sendo 51,3% do sexo masculino. De acordo com a Secretaria Municipal de Assistência Social da prefeitura de Governador Valadares, em julho de 2020, existiam 40 crianças e adolescentes em instituições de abrigo. O presente estudo encontrou uma maior porcentagem de crianças abrigadas do sexo feminino, o que pode ser explicado pelo fato da pesquisa ter sido realizada em uma instituição de abrigo infantil feminina. Entretanto, essa instituição também acolhe meninos nos primeiros anos de vida, a fim de manter vínculos afetivos com as irmãs.

De acordo com o Conselho Nacional de Justiça (2020), a idade média das crianças no momento da admissão nos abrigos do estado de Minas Gerais era de oito anos e cinco meses, sendo que a maior parte dos acolhidos tinham idade maior que 15 anos (27%). No entanto, neste estudo o abrigo infantil acolheu principalmente crianças na faixa etária até quatro anos, por se tratar do perfil da instituição que tem infraestrutura de berçário e abriga mais lactentes e crianças ao invés de adolescentes. A propósito, entre as cinco instituições de abrigo infantil existentes no município de Governador Valadares, a única que oferecia berçário na cidade foi a estudada.

Durante a coleta de dados do presente estudo, os pesquisadores tiveram dificuldades para encontrar dados relacionados à história gestacional como a idade gestacional e o peso ao nascer. Dos acolhidos que possuíam estas informações, quatro crianças eram prematuras ou com baixo peso e foram avaliadas pela AIMS. Duas delas apresentaram, na primeira avaliação, atraso no desenvolvimento motor e evoluíram com melhora após receber atendimentos fisioterapêuticos, evidenciando a relevância da estimulação precoce em crianças com prematuridade ou baixo peso e que residem em ambientes desfavoráveis para o desenvolvimento motor. Os estudos de Oudgenoeg-Paz e colaboradores (2017) e Moreira e colaboradores (2014), afirmam que a prematuridade, o baixo peso ao nascer e a ausência de recursos adequados no ambiente familiar são considerados fatores de risco e influenciam negativamente no desenvolvimento motor da criança.

Em relação a cobertura vacinal, a maior parte das crianças não possuíam informações a respeito, por motivos de negligência e abandono. Na literatura os trabalhos relacionados a essa variável são escassos. Veleda, Soares e Cezar-Vaz (2011) pesquisaram o desenvolvimento neuropsicomotor de crianças de oito a 12 meses de idade e observaram que aquelas com cobertura vacinal incompleta apresentaram maior risco de desenvolvimento suspeito do que as crianças com a vacinação em dia. Além disso, Delgado e colaboradores (2020) afirmam que há associação entre o atraso no desenvolvimento motor e a cobertura vacinal incompleta. No presente estudo não é possível concluir se há ou não associação da cobertura vacinal com o desenvolvimento motor dos acolhidos, uma vez que, a maioria das crianças não apresentavam informações sobre a cobertura vacinal.

Segundo os dados do CNJ (2020), 2,2% das crianças adotadas no Brasil apresentam alguma condição de saúde diagnosticada e em relação às crianças em acolhimento institucional esse percentual é de cerca de 7,6%. No presente estudo, 15,2% das crianças apresentaram alguma condição de saúde diagnosticada, entre elas, a maioria com doenças tratáveis (asma, sopro cardíaco e síndrome nefrótica), seguido por deficiência física e deficiência intelectual. Logo, observa-se que a porcentagem de crianças com alguma condição de saúde diagnosticada neste estudo foi superior quando comparado aos dados do CNJ (2020).

Adicionalmente, das crianças avaliadas pela fisioterapia 12,5% apresentaram atraso no desenvolvimento da linguagem e 9,7% dificuldades na interação. De acordo com Alexandre e Vieira (2004), a criança inserida em um cenário de abrigo infantil poderá sofrer danos em suas relações com terceiros. Para Nóbrega e Minervino (2011), crianças em acolhimento institucional, quando comparadas às crianças em creches, apresentam atraso no desenvolvimento da linguagem. Esses achados corroboram com os resultados obtidos no presente estudo.

Sobre os motivos da institucionalização, a maioria das crianças foram encaminhadas à instituição por mais de um motivo, sendo os mais prevalentes: negligência familiar, pais usuários de drogas e/ou álcool, precariedade das condições de moradia e violência sexual, psicológica ou física. Nos estudos de Cavalcante, Magalhães e Reis (2014), Chaves e colaboradores (2013) e Castanho e Blascovi-Assis (2004), os principais motivos da admissão foram negligência familiar, abandono, pais usuários de álcool e/ou drogas, pobreza e maus tratos, o que ressalta a semelhança dos resultados obtidos neste estudo. Além disso, de acordo com os estudos de Cohen e colaboradores (2008) e Roeber e colaboradores (2012), crianças

em orfanatos que vivenciaram experiências de abuso, negligência ou abandono antes de serem abrigadas, apresentaram um desenvolvimento com maior atraso e piores condições de saúde quando comparadas a outras crianças da mesma idade.

Outro aspecto relevante é que 51,4% das crianças deste estudo não frequentavam a escola, tal fator pode estar relacionado à idade (pré-escolar) ou ao pouco tempo de permanência da criança na instituição. Ademais, os acolhidos matriculados nas escolas tinham idade superior a seis anos. Os dados do Levantamento Nacional das Crianças e Adolescentes em Serviço de Acolhimento (2013), não corroboram com nossos resultados, visto que 75,5% dos institucionalizados no Brasil frequentavam a escola, porém, na instituição de abrigo infantil do presente estudo a maioria das crianças apresentavam idade inferior a seis anos.

Em conformidade com o inciso IX do Art. 94 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) na Lei 8.069/90 é obrigação das entidades que desenvolvem programas de internação oferecer cuidados psicológicos. A legislação ainda cita no inciso III do Art. 87, que serviços especiais de prevenção e atendimento psicossocial às vítimas de negligência, maus tratos e abuso, são linhas de ação de política de atendimento. Neste estudo 55,2% das crianças não possuíam indicação de acompanhamento psicológico devido a idade inferior a um ano. As crianças do estudo que possuíam indicação de acompanhamento estavam na faixa etária entre seis e 16 anos, tendo como motivos da institucionalização os mesmos citados no inciso III do Art. 87, e recebiam atendimento psicológico, de forma individual ou coletiva, considerando a necessidade de cada uma.

De acordo com a Lei 12.010/09, que alterou o Art. 19 do ECA, “a permanência da criança e do adolescente em programa de acolhimento institucional não se prolongará por mais de dois anos”. No entanto, no estado de Minas Gerais, 23,3% das crianças permanecem acima de três anos em acolhimento (CNJ, 2020). Em contrapartida aos dados do estado de Minas Gerais, no presente estudo, a maioria das crianças permaneceu no abrigo entre um mês e um ano aguardando as famílias providenciarem melhores condições de moradia, conseguirem um emprego ou tratar a dependência química e/ou alcoólica, conforme é previsto pela Lei. Sendo que, uma criança permaneceu na instituição por até dois anos durante o período analisado neste estudo.

Conforme o CNJ (2020), no Brasil 32.790 crianças se encontram em acolhimento institucional, 30,9% foram adotadas e 14,5% tiveram reintegração aos seus genitores. No período de 2016 a 2019, 9.314 crianças foram adotadas no país. Em contrapartida, no mesmo

período, 28.018 crianças se encontravam em acolhimento institucional, uma vez que à medida que a idade dos institucionalizados aumenta, o número de adotados diminui. Todavia, os dados coletados no presente estudo mostraram que 44,8% dos acolhidos foram reintegrados aos seus genitores após decisão judicial, 21% foram adotados por parentes e apenas 8,6% foram adotados por famílias substitutas, sendo divergentes dos dados apresentados pelo CNJ (2020).

Segundo o estudo de Cavalcante, Magalhães e Pontes (2007), dos 287 acolhidos que participaram da pesquisa 46,7% das crianças possuíam irmãos e 26,1% eram crianças que haviam sido acolhidas pelo abrigo na companhia de apenas um irmão. Por outro lado, dados mais recentes do CNJ (2020), expõe que em Minas Gerais 67,7% das crianças acolhidas não possuíam irmãos, e 14,2% possuíam um irmão. No presente estudo, a maioria das crianças apresentavam entre um e cinco irmãos, e na maior parte dos casos foram acolhidos juntos na instituição de abrigo infantil, corroborando com os achados de Cavalcante, Magalhães e Pontes (2007), e sendo contrário aos dados recentes do CNJ (2020) no estado de Minas Gerais.

Sobre o atendimento fisioterapêutico, algumas crianças não foram atendidas porque se encontravam na escola no horário de atuação do projeto. Não foram encontrados estudos sobre tratamento fisioterapêutico nas crianças em acolhimento institucional nas bases de dados científicas. Dessa forma, destaca-se que este estudo é inédito por descrever os resultados e impactos do atendimento fisioterapêutico sobre o desenvolvimento motor de crianças abrigadas.

Em relação ao desenvolvimento motor das crianças avaliadas pela AIMS, 12 apresentaram percentil abaixo de 10% na avaliação, destas nove foram reavaliadas aproximadamente a cada dois meses até o momento de desligamento da instituição. Esses achados assemelham-se aos apontados pelo estudo de Prommin e colaboradores (2018), que avaliou mensalmente o desenvolvimento motor de 11 lactentes institucionalizados através da escala da AIMS, com idade de 1,5 até 11,5 meses, e constatou que 91% dos lactentes mostraram percentil abaixo de 10% em, no mínimo, uma avaliação. Entretanto, além das avaliações pela AIMS no presente estudo, nove lactentes foram submetidos a acompanhamento e atendimento fisioterapêutico semanalmente e, conseqüentemente, oito lactentes deixaram a condição de atraso já na segunda ou no máximo na quarta avaliação, apresentando um percentil superior a 10%. Tal fato corrobora com o estudo de Ramalhais e colaboradores (2020) que cita a importância do acompanhamento do desenvolvimento das

crianças através de avaliações e atividades de intervenção que estimulem habilidades motoras, cognitivas, sociais e afetivas.

Adicionalmente, desses 12 lactentes com atraso do desenvolvimento, seis possuíam pais usuários de drogas e/ou álcool, seis foram abandonados e maioria vivenciaram situações de negligências e pobreza. Em razão desses múltiplos fatores, sugere-se que os abrigados não possuíam condições propícias para a estimulação motora adequada antes mesmo da institucionalização. Tal situação enfatiza o que foi descrito por Nascimento e Piassão (2010), que fatores de risco como condições ambientais desfavoráveis, negligência, violência, pobreza e abandono podem colocar em risco o desenvolvimento neuropsicomotor das crianças.

Roeber e colaboradores (2012) sugeriram que a privação ambiental no início da vida poderia afetar o desenvolvimento motor de crianças institucionalizadas, devido aos recursos limitados, poucos cuidadores, pouca interação cuidador-criança e poucas oportunidades de brincar. Porém, a instituição analisada neste estudo apresentava ambiente amplo, variedades de brinquedos e não havia superlotação, o que proporcionava aos abrigados estímulos para explorar o ambiente ao seu redor, diferenciais que podem estar relacionado a alta porcentagem de desenvolvimento motor adequado encontrado. A pesquisa de Iltus (2007) afirma que as condições do lar, a interação com os responsáveis e a quantidade de brinquedos são fatores relacionados às melhores oportunidades de estimulação motora no domicílio, e, embora não se tratasse de domicílio e sim de abrigo infantil, foram encontradas condições favoráveis para o desenvolvimento das crianças neste estudo.

Para Bakermans-Kranenburg, Ijzendoom e Juffer (2008) e McCall e colaboradores (2010), ter um profissional para fornecer estímulos suplementares as crianças abrigadas pode proporcionar melhora no desenvolvimento, principalmente em orfanatos nos quais os níveis de desenvolvimento são baixos. Na instituição estudada, além dos atendimentos fisioterapêuticos oferecidos pelo projeto, os cuidadores eram frequentemente orientados pelos professores e alunos em relação a estimulação motora adequada, posicionamento no berço, afecções respiratórias, higiene nasal e demais assuntos que influenciam o processo de saúde e doença da criança. Por consequência, os resultados do presente estudo sugerem que os avanços no desenvolvimento motor dos institucionalizados estão relacionados aos diferenciais que este abrigo infantil promovia aos acolhidos.

A principal limitação do presente estudo foi ter utilizado prontuários para coleta das informações dos institucionalizados, nos quais, em diversos casos, as informações

encontravam-se incompletas, incoerentes ou até mesmo ausentes. As variáveis com mais dificuldade para serem encontradas foram: idade gestacional, perímetro cefálico, peso ao nascer, APGAR, cobertura vacinal e informações sobre a história gestacional. A propósito, os estudos de Cavalcante, Magalhães e Pontes (2009) e Prommin e colaboradores (2018), encontraram limitações para coletar informações semelhantes às deste estudo. Tal fato, pode ser explicado pelo abandono e negligência dos genitores com os documentos dos menores de idade abrigados.

6 CONCLUSÃO

As crianças acolhidas na instituição de abrigo infantil estudada foram predominantemente do sexo feminino, com idade de até quatro anos e sem deficiência física. Para a maioria das crianças não havia informações nas cadernetas de saúde e prontuários sobre a condição de saúde nos primeiros anos de vida. Os principais motivos que levaram à institucionalização dos abrigados analisados foram pais usuários de drogas e/ou álcool, negligência, abandono e violência física, psicológica e/ou sexual. A maioria das crianças permaneceram entre um mês e um ano em acolhimento institucional, possuíam irmãos e foram reintegrados à família biológica ou adotados por familiares.

Visto isso, o presente estudo constatou que a maioria dos acolhidos permaneceram na instituição até o período de adequação do suprimento das necessidades primárias das crianças, determinadas pela sentença judicial. Tais achados podem subsidiar a implantação de políticas, programas e ações que minimizem a pobreza e a dependência de álcool e/ou drogas, o que evitaria o acolhimento institucional de várias crianças nos primeiros anos de vida.

O atraso no desenvolvimento motor dos acolhidos pode estar associado às situações vivenciadas pelas crianças nos lares anteriores à institucionalização e não apenas relacionadas ao ambiente institucional. A intervenção fisioterapêutica neste ambiente, assim como o treinamento dos cuidadores, é fundamental e indispensável para o crescimento saudável dos acolhidos, uma vez que, o estudo constatou melhora considerável nas habilidades motoras das crianças que foram estimuladas e atendidas pela equipe de fisioterapia, ao atingir a condição de desenvolvimento motor adequado para a faixa etária.

REFERÊNCIAS

ALEXANDRE, D. T.; VIEIRA, M. L. Relação de apego entre crianças institucionalizadas que vivem em situação de abrigo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 2, p. 207-217, mai-ago, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/pe/v9n2/v9n2a07.pdf>>. Acesso em: 08 abr. 2020.

ASSIS, S.G.; FARIAS, L.O.P. **Levantamento Nacional de Crianças e Adolescentes em Serviço de Acolhimento**. São Paulo: Editora Hucitec, 2013. 368 p. Disponível em: <http://www.neca.org.br/images/LIVRO_Levantamento%20Nacional_Final.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2020.

BAKERMANS-KRANENBURG, M. J.; IJZENDOOM, M. H.; JUFFER, F. Earlier is better: A meta-analysis of 70 years of intervention improving cognitive development in institutionalized children. **Monographs of the Society for Research of Child Development**, v.73, n.3, p. 279-293, 2008. Disponível em: <<https://www.doi.org/10.1111/j.1540-5834.2008.00498.x>>. Acesso em: 28 jul 2020.

BLAUW, C.H.; HADDERS, M. A systematic review of the effects of early intervention on motor development. **Devel Med Child Neurol**, v. 47, p. 421-32, 2005. Disponível em: <<https://www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15934492/>>. Acesso em: 29 jul. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Justiça (CNJ). **Diagnóstico sobre o Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento**. Brasília, 2020. Disponível em: <https://www.cnj.jus.br/wp-content/uploads/2020/05/relat_diagnosticoSNA.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2020.

BRASIL. **Lei nº. 8.069/90, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm>. Acesso em: 02 ago. 2020.

BRASIL. **Lei 12.010/09, de 3 de agosto de 2009**. Dispõe sobre adoção. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/12010.htm>. Acesso em: 31 jul. 2020.

BRASIL. **Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, 2018**. Ministério do Desenvolvimento Social. Adoção e acolhimento. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/crianca-e-adolescente/adocao-e-acolhimento>>. Acesso: 25 de junho de 2020.

CAÇOLA, P. M. *et al.* The new affordances in the home environment for motor development – Infant scale (AHEMD-IS): Versions in English and Portuguese languages. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, v. 19, n. 6, p. 507-525, 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbfis/v19n6/1413-3555-rbfis-20140112.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2020.

CASTANHO, A. A. G.; BLASCOVI-ASSIS, S. M. Caracterização do desenvolvimento motor da criança institucionalizada. **Revista Fisioterapia Brasil**, São Paulo, v. 5, n. 6, nov-dez, 2004. Disponível em:

<<http://www.portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/viewFile/315/5032>>. Acesso em: 03 set. 2020.

CAVALCANTE, L. I. C.; MAGALHÃES, C. M. C.; PONTES, F. A. R. Institucionalização precoce e prolongada de crianças: discutindo aspectos decisivos para o desenvolvimento.

Revista Aletheia, Rio Grande do Sul, v. 3, n. 25, p. 20-34, jan-jun, 2007. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n25/n25a03.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2020.

CAVALCANTE, L. I. C.; MAGALHÃES, C. M. C.; PONTES, F. A. R. Processos de saúde-doença entre crianças institucionalizadas: Uma visão ecológica. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 614-625, 2009. Disponível em:

<<https://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a30v14n2.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2020.

CAVALCANTE, L. I. C.; MAGALHÃES, C. M. C.; REIS, D. C. Análise comparativa do perfil de crianças em acolhimento institucional nos anos de 2004 e 2009. **Revista Psico**, Porto Alegre, v. 45, n. 1, p. 90-99, jan-mar, 2014. Disponível em:

<<https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/13180/11445>>. Acesso em: 22 mar. 2020.

CHAVES, C. M. P. *et al.* Avaliação do crescimento e desenvolvimento de crianças institucionalizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 5, p. 668-674, set-out, 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/reben/v66n5/05.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2020.

COHEN, N. J. *et al.* Children adopted from China: A prospective study of their growth and development. **Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines**, v. 49, n. 4, p. 458-468, 2008. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18221351/>>.

Acesso em: 04 jul. 2020.

DELGADO, D. A. *et al.* Avaliação do desenvolvimento motor infantil e sua associação com a vulnerabilidade social. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 48-56, Jan. 2020. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180929502020000100048&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 set. 2020.

DINIZ, I. A.; ASSIS, M. O.; SOUZA, M. F. S. Crianças Institucionalizadas: Um olhar para o desenvolvimento socioafetivo. **Pretextos Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, Belo Horizonte, v. 3, n. 5, p. 261-285, 2018. Disponível em:

<<http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/15978#:~:text=Perante%20essa%20investiga%C3%A7%C3%A3o%20constatou%20se,impactos%20significativos%20para%20o%20desenvolvimento>>. Acesso em 04 jul. 2020.

GURALNICK, M. J.; BENNETT, F. C. The Effectiveness of Early Intervention for At-Risk and Handicapped Children. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 42, n. 1, p. 62-62, 1988. Disponível em: <<https://psycnet.apa.org/record/1987-97527-000>>.

Acesso em: 22 mar. 2020.

HALPERN, R. *et al.* Desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de idade em uma coorte de base populacional no Sul do Brasil: diferenciais conforme peso ao nascer e renda familiar. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 73-78, 1996. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v12s1/1617.pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2020.

ILTUS, S. Significance of home environments as proxy indicators for early childhood care and education. Paper commissioned for the EFA Global Monitoring Report 2007, **Strong foundations: early childhood care and education**. New York: Unesco; 2007. Disponível em: <<http://www.unesdoc.unesco.org/images/0014/001474/147465e.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2020.

JOHNSON, R.; BROWNE, K.; HAMILTON-GIACHRITSIS, C. Young children in institutional care at risk of harm. **Sage Journals**. Trauma, Violence, and Abuse, v. 7, n. 1, p. 34-60, 2006. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1524838005283696?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed>. Acesso em: 04 jul. 2020.

LAWSON, R. D.; BADAWI, N. Etiology of cerebral palsy. **Hand Clinics** v. 19, n. 4, p. 547-556, 2003. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14596546/>>. Acesso em: 03 jun. 2020.

MANCINI, M. C. *et al.* Efeito moderador do risco social na relação entre risco biológico e desempenho funcional infantil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 4, n. 1, p. 25-34, 2004. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n1/19979.pdf>>. Acesso em: 14 ago. 2020.

MCCALL, R. B. *et al.* A socioemotional intervention in a Latin American orphanage. **Infant Mental Health Journal**, v. 31, n. 5, p. 521-542, 2010. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/imhj.20270>>. Acesso em: 12 jul. 2020.

MOREIRA, R. S. *et al.* Factors influencing the motor development of prematurely born school-aged children in Brazil. **Research in Developmental Disabilities**, v. 35, n. 9, p. 1941-1951, 2014. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0891422214001796?via%3Dihub>>. Acesso em: 27 ago. 2020.

MULLER, Alessandra Bombarda. **Efeitos da intervenção motora em diferentes contextos no desenvolvimento da criança com atraso motor**. Dissertação (Mestrado em Ciências do Movimento Humano) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/13799/000655186.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Acesso em: 14 ago. 2020.

NASCIMENTO, R.; PIASSÃO, C. Avaliação e estimulação do desenvolvimento neuropsicomotor em lactentes institucionalizados. **Revista Neurociências**, Santa Catarina, v. 18, n. 4, p. 469-478, 2010. Disponível em: <<https://periodicos.unifesp.br/index.php/neurociencias/article/view/8447/5981>>. Acesso em: 30 jun. 2020.

NÓBREGA, J. N.; MINERVINO, C. A. S. M. Análise do Nível de Desenvolvimento da linguagem de crianças abrigadas. **Revista Psicologia Argumento**, Paraná, v. 29, n. 65, p. 219-266, abril-jun, 2011. Disponível em:

<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000138&pid=S1413-7372201300020000500023&lng=en>. Acesso em: 04 jul. 2020.

OU DG ENO EG-PAZ, O. *et al.* The link between motor and cognitive development in children born preterm and/or with low birth weight: A review of current evidence.

Neuroscience and Biobehavioral Reviews, v. 80, p. 382-393, 2017. Disponível em:

<<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0149763417300015?via%3Dihub>>. Acesso em: 03 maio. 2020

PIPER, M. C.; DARRAH, J. **Motor Assessment of Developing Infant**. New York, W B Saunders, Philadelphia, 1994. Disponível em: <<https://www.elsevier.com/books/motor-assessment-of-the-developing-infant/piper/978-0-7216-4307-6>>. Acesso em: 01 set. 2020.

PROMMIN, S. *et al.* Instability of gross motor development during the first year in orphaned infants: a longitudinal observation study. **Early Child Development and Care**, 2018. Disponível em:

<<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/03004430.2018.1555825?scroll=top&needAccess=true>>. Acesso em: 28 abr. 2020.

RAMALAIS, T. F. *et al.* The importance of early stimulation in early childhood with institutionalized children. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n.8, p. 55083-55096, ago, 2020. Disponível em: <

<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/14541/12060>>. Acesso em: 01 set, 2020.

ROEBER, B. J. *et al.* Gross motor development in children adopted from orphanage settings. **Developmental Medicine and Child Neurology**, v. 54, n. 6, p. 527–531, 2012.

Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1469-8749.2012.04257.x>>. Acesso em: 19 jun. 2020.

SÁ, C. S. C.; JURDI, A. P. S.; PANCIERA, S. D. Desenvolvimento infantil e o ambiente institucional – experiência com bebês abrigados. **Revista Ciência em Extensão**, v. 13, n. 1, p. 102-111, 2017. Disponível em:

<https://ojs.unesp.br/index.php/revista_proex/article/view/1527/1355>. Acesso em: 16 mar. 2020.

SILVA ERA, coordenadora. **O direito à convivência familiar e comunitária: os abrigos para crianças e adolescentes no Brasil**. Brasília: IPEA/CONANDA; 2004. Disponível em:

<https://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5481>. Acesso em: 22 maio. 2020.

SUPERVISÃO E APOIO AOS SERVIÇOS DE ACOlhIMENTO PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES (Governador Valadares- MG). **Dados sobre o Acolhimento de Crianças e Adolescentes**. Destinatário: Kamila Pacheco Martins e Mariana Athayde da Silva, 31 de agosto de 2020. mensagem eletrônica.

VELEDA, A. A.; SOARES, M. C. F.; CEZAR-VAZ, M. R. Fatores associados ao atraso no desenvolvimento em crianças, Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 79-85, mar. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rngen/v32n1/a10v32n1.pdf>. Acesso em: 03 set. 2020

APÊNDICE A – Ficha de Coleta das Crianças em Acolhimento Institucional



CURSO DE FISIOTERAPIA – UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA – CAMPUS GOVERNADOR VALADARES

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE LACTENTES E CRIANÇAS DE UMA INSTITUIÇÃO DE ABRIGO INFANTIL DE GOVERNADOR VALADARES – MG

Data da coleta de dados: _____ Acadêmico responsável: _____

DADOS DA CRIANÇA

Nome: _____
Data de nascimento: _____ Sexo: () Masculino () Feminino

CONDIÇÕES DE SAÚDE DA CRIANÇA AO NASCIMENTO			
IG:	Peso:	APGAR:	PC:
Presença de algum tipo de deficiência () Não () Sim Qual?			
Cobertura vacinal () Atualizada () Sem informação			
Outras informações relevantes sobre a história gestacional e parto:			
Informações relevantes sobre a saúde geral do lactente/criança (diagnósticos médicos e problemas de saúde relatados):			

FATORES RELACIONADOS À INSTITUCIONALIZAÇÃO		
Data de admissão:	Idade na admissão:	
Data de saída da instituição:	Idade ao sair da instituição:	
Tempo total de permanência na instituição:		
Frequente à escola	() Sim	() Não
Indicação de acompanhamento psicológico	() Sim	() Não
Doenças existentes antes ou no momento da admissão	() Sim Qual?	() Não
Evidências de maus tratos na admissão	() Sim, qual?	() Não
	() Ferimentos	() Abuso sexual
	() Hematomas	() Queimaduras
	() Outros:	
Motivo da institucionalização	() Negligência dos pais	() Abandono
	() Pais com transtorno mental	() Abuso sexual
	() Pais/responsáveis usuários de álcool	() Violência física
	() Pais/responsáveis usuários de drogas	
	() Precariedade das condições de moradia e sobrevivência	
	() Outros:	
Irmãos	() Sim () Não () Sem informações	
	() Abridados na mesma instituição () Não estão abrigados	
	() Abridados em outro local	
Quantos irmãos	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15	
Idades dos irmãos		
Condição jurídica da criança	() Retornou para a família	Doenças adquiridas na institucionalização () Sim, qual?
	() Adotado por parente	
	() Adotado por família substituta	
Destino dos irmãos	() Retornou para a família	

CURSO DE FISIOTERAPIA – UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA – CAMPUS GOVERNADOR VALADARES

 Adotado por parente
 Adotado por família substituta Não

Data da coleta de dados: _____ Acadêmico responsável: _____

ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO

FATORES RELACIONADOS À INSTITUCIONALIZAÇÃO	
Recebeu atendimento fisioterapêutico:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Número de atendimentos individuais:	Total de atendimentos:
Número de atendimentos em grupo:	
Desenvolvimento motor:	<input type="checkbox"/> Típico <input type="checkbox"/> Atípico: <input type="checkbox"/> Atrasado <input type="checkbox"/> Alterado

Informações relevantes sobre a avaliação fisioterapêutica (aquisição de habilidades motoras, tônus muscular, reflexos e reações, movimentação ativa, coordenações sensório-motoras e alterações posturais e musculoesqueléticas):

Aplicação da AIMS: Não Sim:

Data de aplicação	Idade (corrigida)	Pontuação total	Percentil

Informações relevantes sobre a função ventilatória (sinais vitais, AP, SpO₂, inspeção estática e dinâmica, sinais e sintomas respiratórios):

Demais observações: _____

(Fonte: Autoria própria, 2019).

APÊNDICE B – Ficha de Avaliação Fisioterapêutica em Pediatria



AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA EM PEDIATRIA (CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS)

Avaliador: _____ Data da avaliação: _____

IDENTIFICAÇÃO

Nome da criança: _____

Sexo: Masculino () Feminino ()

Data de nascimento: _____ Idade: _____

Dados dos pais (nome, idade, escolaridade): _____

Possui irmãos? Sim () Não () Quantos? _____

Observações (nome, idade): _____

HISTÓRIA DA INSTITUCIONALIZAÇÃO

Data da admissão: _____ Idade na admissão: _____

Motivo da institucionalização e observações (evidências de maus tratos, doenças existentes antes ou no momento da admissão): _____

ANAMNESE

Queixa principal: _____

Histórico da mãe, História da gestação e parto: _____

Condições do RN ao nascimento: Apgar: _____ Idade gestacional: _____

Peso ao nascer: _____ Comprimento: _____ Perímetro cefálico: _____

Após o nascimento (necessidade de cuidados especiais, patologias, internações, cirurgias, história do desenvolvimento até o momento): _____

Observações (medicações em uso, exames, histórico familiar): _____

EXAME FÍSICO

AVALIAÇÃO DE TÔNUS (observação, palpação, movimentação ativa, manobra de echarpe, retorno do antebraço sobre o braço, rechaço de membros inferiores, medidas dos ângulos articulares, abdução brusca de membros inferiores): _____

AVALIAÇÃO DOS REFLEXOS: _____

MOVIMENTAÇÃO ATIVA:
SUPINO: _____

PRONO: _____

TRACIONADO PARA SENTAR: _____

SENTADO: _____

GATAS: _____

DE PÉ: _____

COORDENAÇÕES SENSORIO-MOTORAS: _____

COMUNICAÇÃO E COGNIÇÃO: _____

ALTERAÇÕES POSTURAIS E MUSCULOESQUELÉTICAS: _____

AVALIAÇÃO RESPIRATÓRIASINAIS VITAIS: FC: _____ bpm FR: _____ rpm T: _____ °C SpO₂: _____ %SINAIS E SINTOMAS RESPIRATÓRIOS: _____
_____INSPEÇÃO ESTÁTICA (configuração torácica, alterações ósseas e/ou articulares, presença de deformidades, assimetrias, cicatrizes): _____
_____**INSPEÇÃO DINÂMICA:**

Ritmo respiratório: () eupneico () taquipneico () bradipneico

Padrão respiratório: () apical () abdominal () misto

Expansibilidade: _____

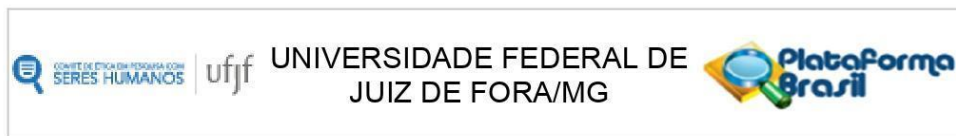
AUSCULTA PULMONAR: _____
_____OBSERVAÇÕES: _____

_____**DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÊUTICO**

OBJETIVOS DE TRATAMENTO

PLANO DE TRATAMENTO

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Acompanhamento e atendimento fisioterapêutico em lactentes e crianças de uma instituição de abrigo infantil de Governador Valadares-MG.

Pesquisador: ÉRICA CESÁRIO DEFILIPO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57326616.5.0000.5147

Instituição Proponente: Campus Avançado Governador Valadares -UFJF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.656.617

Apresentação do Projeto:

A apresentação do projeto está clara, detalhada de forma objetiva, descreve as bases científicas que justificam o estudo, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, item III.

Objetivo da Pesquisa:

O Objetivo da pesquisa está bem delineado, apresenta clareza e compatibilidade com a proposta, tendo adequação da metodologia aos objetivos pretendido, de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013, item 3.4.1 - 4.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Identificação dos riscos e as possibilidades de desconfortos e benefícios esperados, estão adequadamente descritos. A avaliação dos Riscos e Benefícios estão de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 de 2012, itens III; III.2 e V.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem estruturado, apresenta o tipo de estudo, número de participantes, critério de inclusão, deve, no entanto, incluir o critério de exclusão. As referências bibliográficas são atuais, sustentam os objetivos do estudo e seguem uma normatização. O cronograma mostra as diversas etapas da pesquisa, além de mostra que a coleta de dados ocorrerá após aprovação do projeto pelo

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.656.617

CEP, porém é necessário padronizar os cronogramas descritos nas diferentes versões do projeto. O orçamento lista a relação detalhada dos custos da pesquisa que serão financiados com recursos próprios conforme consta no campo apoio financeiro. A pesquisa proposta está de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens IV.6, II.11 e XI.2; com a Norma Operacional CNS 001 de 2013. Itens: 3.4.1-6, 8, 9, 10 e 11; 3.3 - f; com o Manual Operacional para CEPS Item: VI - c.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo de pesquisa está em configuração adequada, apresenta FOLHA DE ROSTO devidamente preenchida, com o título em português, identifica o patrocinador pela pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra a; e 3.4.1 item 16. Apresenta o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO em linguagem clara para compreensão dos participantes, apresenta justificativa e objetivo, campo para identificação do participante, descreve de forma suficiente os procedimentos, informa que uma das vias do TCLE será entregue aos participantes, assegura a liberdade do participante recusar ou retirar o consentimento sem penalidades, garante sigilo e anonimato, explicita riscos e desconfortos esperados, indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa, contato do pesquisador e do CEP e informa que os dados da pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador pelo período de cinco anos, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466 de 2012, itens: IV letra b; IV.3 letras a,b,d,e,f,g e h; IV. 5 letra d e XI.2 letra f. Apresenta o INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS de forma pertinente aos objetivos delineados e preserva os participantes da pesquisa. O Pesquisador apresenta titulação e experiência compatível com o projeto de pesquisa, estando de acordo com as atribuições definidas no Manual Operacional para CPes. Apresenta DECLARAÇÃO de infraestrutura e de concordância com a realização da pesquisa de acordo com as atribuições definidas na Norma Operacional CNS 001 de 2013 item 3.3 letra h.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto, o projeto está aprovado, pois está de acordo com os princípios éticos norteadores da ética em pesquisa estabelecido na Res. 466/12 CNS e com a Norma Operacional Nº 001/2013 CNS. Data prevista para o término da pesquisa: Dezembro de 2018.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa CEP/UFJF, de acordo com as atribuições

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.656.617

definidas na Res. CNS 466/12 e com a Norma Operacional N°001/2013 CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do protocolo de pesquisa proposto. Vale lembrar ao pesquisador responsável pelo projeto, o compromisso de envio ao CEP de relatórios parciais e/ou total de sua pesquisa informando o andamento da mesma, comunicando também eventos adversos e eventuais modificações no protocolo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_738125.pdf	24/06/2016 15:00:21		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.doc	24/06/2016 14:56:49	ÉRICA CESÁRIO DEFILIPO	Aceito
Cronograma	Cronograma.doc	24/06/2016 14:55:09	ÉRICA CESÁRIO DEFILIPO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto.pdf	21/06/2016 19:24:33	ÉRICA CESÁRIO DEFILIPO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_infra_estrutura.jpg	21/06/2016 19:17:51	ÉRICA CESÁRIO DEFILIPO	Aceito
Outros	CL_Erica.pdf	19/06/2016 22:21:57	ÉRICA CESÁRIO DEFILIPO	Aceito
Outros	CL_Sara.pdf	19/06/2016 22:21:34	ÉRICA CESÁRIO DEFILIPO	Aceito
Outros	CL_Mariana.pdf	19/06/2016 22:21:01	ÉRICA CESÁRIO DEFILIPO	Aceito
Outros	CL_Felipe.pdf	19/06/2016 22:20:44	ÉRICA CESÁRIO DEFILIPO	Aceito
Outros	CL_Cristina.pdf	19/06/2016 22:20:28	ÉRICA CESÁRIO DEFILIPO	Aceito
Outros	CL_Caroline.pdf	19/06/2016 22:20:08	ÉRICA CESÁRIO DEFILIPO	Aceito
Outros	CL_Alessa.pdf	19/06/2016 22:19:44	ÉRICA CESÁRIO DEFILIPO	Aceito
Outros	Escala_AIMS.pdf	19/06/2016 22:16:46	ÉRICA CESÁRIO DEFILIPO	Aceito
Outros	Ficha_avaliacao_pediatra.pdf	19/06/2016 22:16:11	ÉRICA CESÁRIO DEFILIPO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	Termo_sigilo.pdf	19/06/2016 22:15:09	ÉRICA CESÁRIO DEFILIPO	Aceito

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br



Continuação do Parecer: 1.656.617

Ausência	Termo_sigilo.pdf	19/06/2016 22:15:09	ÉRICA CESÁRIO DEFILIPO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_Assentimento.doc	19/06/2016 22:14:40	ÉRICA CESÁRIO DEFILIPO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.doc	19/06/2016 22:14:29	ÉRICA CESÁRIO DEFILIPO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JUIZ DE FORA, 01 de Agosto de 2016

Assinado por:
Vânia Lúcia Silva
(Coordenador)

Endereço: JOSE LOURENCO KELMER S/N
Bairro: SAO PEDRO **CEP:** 36.036-900
UF: MG **Município:** JUIZ DE FORA
Telefone: (32)2102-3788 **Fax:** (32)1102-3788 **E-mail:** cep.propesq@ufjf.edu.br