

Faculdade Pernambucana de Saúde

**PERFIL DOS BEBÊS PRÉ-TERMO DA UNIDADE
CANGURU DE UM HOSPITAL ESCOLA NO NORDESTE
DO BRASIL AVALIADOS PELA ESCALA DENVER II**

Nathália Novaes Lima

RECIFE – PE
Dezembro/2021

Faculdade Pernambucana de Saúde

Curso de Graduação em Fisioterapia

**PERFIL DOS BEBÊS PRÉ-TERMO DA UNIDADE
CANGURU DE UM HOSPITAL ESCOLA NO NORDESTE
DO BRASIL AVALIADOS PELA ESCALA DENVER II**

Orientador: Juliana Barradas de Souza

Colaboradores: Luiz Cláudio Mattos Sandes

Laurilene da Silva do Carmo

Surama Flávia Santos da Silva

**PERFIL DOS BEBÊS PRÉ-TERMO DA UNIDADE
CANGURU DE UM HOSPITAL ESCOLA NO NORDESTE
DO BRASIL AVALIADOS PELA ESCALA DENVER II¹**

*PROFILE OF PRETERM INFANTS IN THE KANGAROO UNIT OF IMIP,
ASSESSED BY THE DENVER II SCALE¹.*

LIMA, Nathália Novaes²; SOUZA, Juliana Barradas de³

NATHÁLIA NOVAES LIMA

Graduanda do Curso de Fisioterapia da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS.

Contato: (81) 99162-6149. E-mail: naathilimaa0106@gmail.com

JULIANA BARRADAS DE SOUZA

Tutora da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Fisioterapeuta da Unidade Canguru do IMIP.

Contato: (81)99163-3702. E-mail: julibarradas@hotmail.com

Endereço para correspondência: Rua dos Coelhos, 400 – Boa Vista – Centro
Especializado em Reabilitação – CER IV– IMIP.

RESUMO

Introdução: Prematuridade é uma condição que leva ao atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. De acordo com a OMS, são consideradas pré-termo bebês que nascem até a 37^o semana de gestação. Vários fatores que podem estar associados à prematuridade: extremos de idades, pré-eclâmpsia, deslocamento de placenta, etc, o que constitui um sério problema de saúde e apresenta um alto percentual de morbimortalidade neonatal. Assim, o MS incluiu o Método do Canguru que é um modelo de assistência perinatal voltado ao cuidado humanizado com estratégia de intervenção biopsicossocial. Teste de Denver II é usado em crianças até 6 anos, com 125 itens que avaliam áreas do desenvolvimento neuromotor: motricidade fina e grossa adaptativa, comportamento pessoal-social e linguagem. **Objetivo:** Traçou o perfil clínico das crianças atendidas no ambulatório Canguru de acordo o teste de Denver II. **Método:** Esse é um estudo observacional, descritivo. O estudo foi desenvolvido no Canguru do IMIP. **Resultado:** Aos 6 meses de idade corrigida dos bebês apresentaram o maior atraso na linguagem 56%. Nos 12 meses de idade corrigida, os apresentaram maior atraso no motor fino 71%. **Conclusão:** Existe uma dependência da idade gestacional com os atrasos e quando aumentamos a idade os atrasos vão se alterando de: linguagem em 6 meses para motor fino aos 12 meses.

Palavras Chaves: Recém-nascido prematuro, Método Canguru e Desenvolvimento infantil.

ABSTRACT

Introduction: Prematurity is a condition that leads to delay in neuropsychomotor development. According to the WHO, babies born up to the 37th week of pregnancy are considered preterm. Several factors that may be associated with prematurity: extremes of age, pre-eclampsia, placental displacement, etc., which constitute a serious health problem and present a high percentage of neonatal morbidity and mortality. Thus, the MS included the Kangaroo Method, which is a perinatal care model aimed at humanized care with a biopsychosocial intervention strategy. Denver II test is used in children up to 6 years old, with 125 items that assess areas of neuromotor development: adaptive fine and gross motor skills, personal-social behavior and language. **Objective:** Outlined the clinical profile of children seen at the Kangaroo clinic according to the Denver II test. **Method:** This is an observational, descriptive study. The study was carried out at the Kangaroo of IMIP. **Result:** At 6 months of corrected age the babies had the greatest language delay 56%. In the 12 months of corrected age, the patients showed greater delay in the fine motor 71%. **Conclusion:** There is a dependence of gestational age with delays and when we increase age the delays change from: language at 6 months to fine motor at 12 months.

Keywords: Premature Newborn, Kangaroo method and Child Development.

SUMÁRIO

	Página
I. INTRODUÇÃO.....	1
II. MÉTODOS.....	3
III. PLANO DE RESULTADOS	5
IV. ORÇAMENTO	8
V. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	10
APÊNDICES	14
ANEXOS	16

I. Introdução

A prematuridade é uma condição que leva ao atraso no crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor, podendo causar alterações até a vida adulta. A Organização Mundial de Saúde (OMS) determina que bebês que nascem entre a 20^o e 37^o semanas de gestação, são consideradas prematuros ou pré-termo. Segundo a UNICEF, no mundo nascem, anualmente, cerca de 20 milhões de crianças prematuras ou com baixo peso. De acordo com DATASUS, em 2008, no Brasil, 6,65% dos nascidos foram prematuros.^{1,2,3}

Existem vários fatores que podem estar associados á prematuridade, dentre eles, as condições desfavoráveis, alcoolismo e tabagismo durante a gravidez, extremos de idades, pré-eclâmpsia, nutrição inadequada, descolamento prematuro da placenta, grande quantidade de líquido amniótico e primiparidade. Esse fatores podem gerar imaturidade dos sistemas e órgãos, infecções, dificuldades de aprendizagem, linguagem e social.^{1,2,4}

Esses fatores ocasionam o nascimento de um grande número de prematuros com baixo peso (inferior a 2.500 gramas) que constitui um sério problema de saúde e apresenta um alto percentual na morbimortalidade neonatal. Além disso, tem preocupantes consequências médicas e sociais. Diante do exposto, o Ministério da Saúde tem evidenciado a importância do atendimento perinatal, para que haja uma diminuição da mortalidade infantil. Nesse cenário, o Método Canguru foi incluído em algumas unidades de saúde brasileiras no ano de 1990, sendo incorporado às políticas de saúde no campo perinatal.⁵

O Método Canguru é um modelo assistência perinatal voltado para o cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial. Abrange três etapas: A primeira etapa pode começar no pré-natal da gestação em alto risco e acompanha todo o período de internação do neonato. A segunda etapa é o período pré-alta hospitalar quando a mãe executa a posição canguru com RN pelo maior tempo possível. Na terceira etapa a família e o RN tem alta hospitalar com acompanhamento domiciliar ou ambulatorial. As grandes vantagens desse método é intensificação do elo entre mãe-filho, diminuir o tempo de separação mãe e filho, melhora a qualidade do desenvolvimento neurocomportamental e psico-afetivo do neonato.⁵

É de grande importância na intervenção preventiva como um método de proteção ao progresso da criança prematura. Contudo, é possível detectar os riscos para o desenvolvimento neuropsicomotor da criança e realizar diagnósticos precocemente e para os tal os profissionais de saúde utilizam várias escalas como TIMP, AIMS, Bayley, Denver II, entre outros.^{4,6}

O Escala de Denver II é um teste simples e de rápida aplicação, possibilitando a detecção de atraso no desenvolvimento em crianças de 0 a 6 anos. É composto por 125 itens que avaliam quatro áreas do desenvolvimento neuropsicomotor: motricidade grossa e fina adaptativa, comportamento pessoal-social e linguagem.⁷

Dentro dessa vertente, o principal objetivo traçar o perfil clínico das crianças atendidas no ambulatório da Unidade Canguru através da escala de DENVER II. Para isso, é necessário estabelecer os perfis das crianças de acordo com item de maior atraso nas seguintes áreas de desenvolvimento: comportamento pessoal-social; linguagem; motricidade fina-adaptativo; motricidade grossa.

II. Metodos

É um estudo observacional, descritivo e restropectivo que foi realizado na Unidade Canguru do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Foi realizada no ano 2017 até 2021. Foram utilizados os resultados da escala de Denver II que foram aplicados no ambulatório do Canguru que estão arquivados no banco de dados desse setor. Para os pré-termo serem incluídos nessa pesquisa teve os seguintes critérios que eram o peso inferior a 1.750g, nascidos entre a 22^a e 37^a semanas de gestação, acompanhada no ambulatório do Canguru do IMIP e o critério de exclusão era protocolo incompleto. Utilizou o Teste de Denver II que pode ser aplicado em criança de 0 a 6 anos de idade, sendo composto por 125 itens e aborda 4 áreas do desenvolvimento: comportamento pessoal-social, linguagem, motricidade fina-adaptativo e motricidade grosseira. Os itens são registrados a partir da observação direta da criança e relato dos pais ou responsáveis em alguns itens. Cada item é classificado como adequado, quando a criança realiza o item na idade prevista; risco, quando a criança não consegue fazer o teste ou se recusa a fazê-lo em uma idade em que 75 a 90% das crianças realizam; e atraso, quando há falha ou recusa na realização de um item em que 90% das crianças o fazem. Assim, o desenvolvimento da criança pode ser normal, quando não há atraso nos itens avaliados; suspeito, quando há até dois itens de risco e atraso do desenvolvimento, em caso de mais de dois itens com atraso.⁴

As informações coletadas foram digitadas em dupla entrada em banco de dados criado utilizando o programa Microsoft Excel 2007. As digitações dos dados foram realizadas após revisão dos formulários pela pesquisadora e revisados pela orientadora responsável, obtendo-se listagem das variáveis e corrigindo-se eventuais discrepâncias.

O banco de dados definitivo assim obtido foi utilizado para análise estatística. Para tanto, foi utilizado o software estatístico EPI-INFO versão 7.1.5 complementado pelo SPSS 20.0.0. E pesquisa foi submetida à aprovação do Comitê de Ética para analisar as questões éticas e atender aos princípios da Declaração de Helsinque para pesquisa em seres humanos e resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

III. Resultados

Foram coletados os resultados de 106 testes de triagem Denver 2, dos quais 75 foram realizados aos 6 meses de idade corrigida e 31 aos 12 meses de idade corrigida. Dos 75 bebês avaliados aos 6 meses de idade corrigida, 63% apresentaram desenvolvimento normal e 37% desenvolvimento com atraso. Já aos 12 meses de idade corrigida, um percentual de 77% dos bebês apresentaram desenvolvimento normal e 23% desenvolvimento com atraso.

Tabela 1: Informação do estudo da escala de Denver.

Idade	População	Denver com atraso	
6 meses	75	28	37%
12 meses	31	7	23%

Corroborando com esses resultados, Paula e Griebeler⁸ investigaram uma amostra de 29 bebês de 1 a 24 meses, utilizando-se o Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver II (TTDD II). Dentro da pesquisa apresentada cerca de 68,97% dos bebês apresentaram o desenvolvimento infantil adequado e 31,03% com suspeito atraso, em concordância que a nossa pesquisa.

Em um estudo semelhante foi realizado na Africa por Kirk et al.,¹⁶ os resultados foram diferentes. Foi utilizado um instrumento denominado de *Ages and Stages Questionnaires* (ASQ-3) para avaliar o desenvolvimento neuromotor das crianças (linguagem, motor grosso, motor fino, resoluções de problemas e outras habilidades pessoais e sociais), por esse instrumento foi possível evidenciar que 67,4% das crianças

que nasceram prematuras ou com baixo peso apresentaram atrasos no desenvolvimento motor.

Por outro lado, um estudo realizado em um Hospital Materno Infantil (HNI) com uma amostra de 8 bebês com idades gestacionais de 36 semanas e com o peso ao nascer de até 2.500 gramas, foi utilizado o Teste de Triagem do Desenvolvimento de Denver II (Denver II). O estudo apresentou de modo geral que a qualidade da interação da mãe com o filho contribuiu para que crianças prematuras tenham melhores desempenhos sociomotores. Com esse resultado, pode-se confirmar a eficiência também do método canguru, que permite esse contato e as técnicas voltadas para o bem estar do bebê com o contato materno.^{19,23}

Na tabela 2 temos a estratificação dos itens avaliados no Denver na população que obteve resultado de atraso no desenvolvimento, apresentando mais de dois cuidados nos subitens avaliados.

Tabela 2: Escala de Denver com atraso para a população estudada.

Itens	Idade	População	Característica Normal		Necessidade de Cuidado	
Motor Grosso	6 meses	27	26	96%	1	4%
	12 meses	7	5	71%	2	29%
Motor Fino	6 meses	27	21	78%	6	22%
	12 meses	7	2	29%	5	71%
Linguagem	6 meses	27	12	44%	15	56%
	12 meses	7	3	43%	4	57%
Pessoal Social	6 meses	27	25	93%	2	7%
	12 meses	7	3	43%	4	57%

Aos 6 meses de idade corrigida observou-se que desses bebês com resultado de atraso no desenvolvimento, 4% tinham atraso no motor grosso, 22% no motor fino, 56% na linguagem e 7% no pessoal-social. Já aos 12 meses de idade corrigida, dos bebês que apresentaram resultado de atraso no desenvolvimento, 29% tinha atraso no motor grosso, 71% tinha atraso no motor fino, 57% na linguagem e 57% no pessoal-social. Esses resultados podem ser representados conforme Gráfico 1 e Gráfico 2 abaixo:

Gráfico 1 : Resultado dos atrasos com os bebês de 6 meses

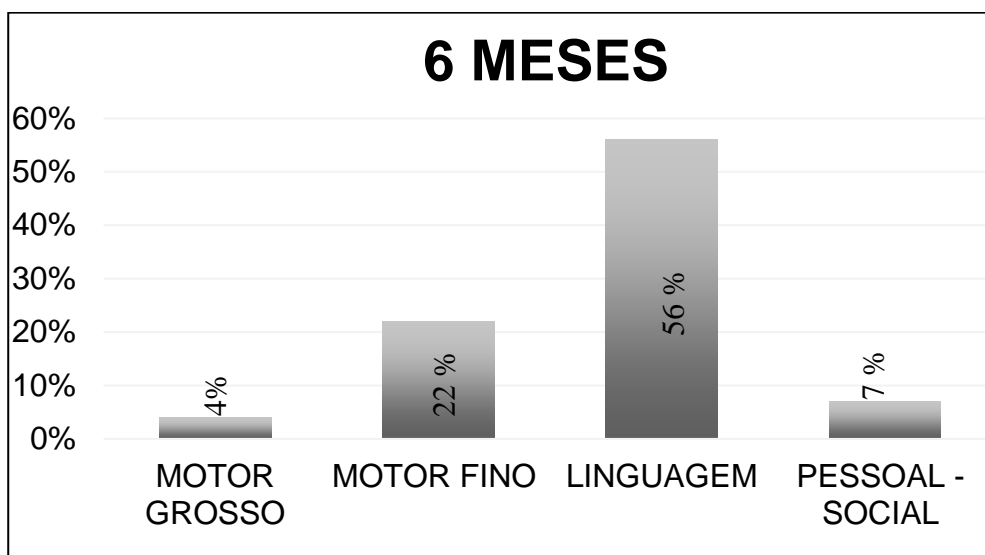
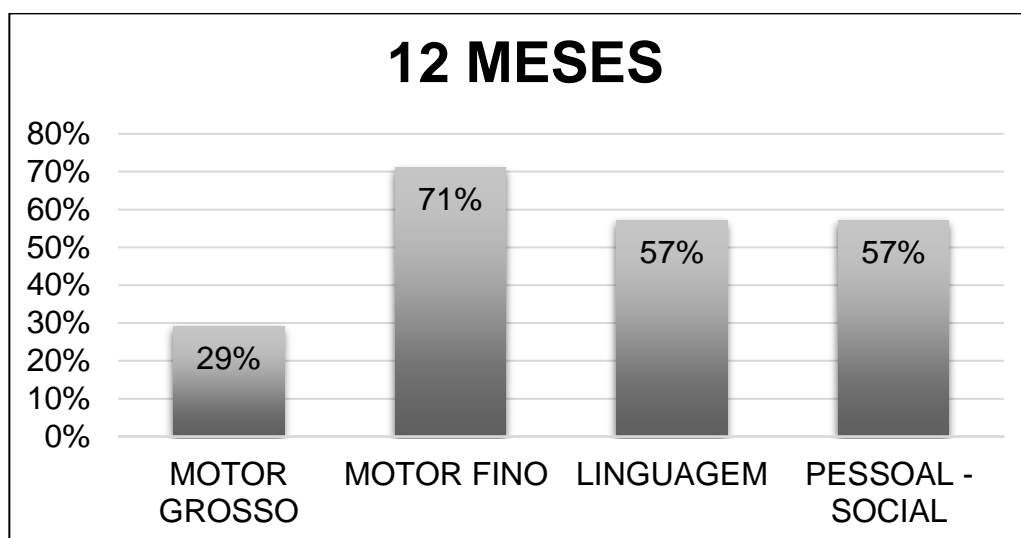


Gráfico 2: Resultado dos atrasos com bebês de 12 meses



IV. Discussão

Alguns estudos corroboram com os nossos resultados sendo realizados em crianças prematuras e com baixo peso (até 1000 gramas), do tipo transversal em amostras de crianças 85 bebês nascidos a termo de 0 a 6 anos de idade. Foram realizadas avaliações individuais em cada item do Denver II e considerados como normal, cautela ou atraso. Como resultados da pesquisa, encontrou-se maior percentual de atraso e cautela na área da linguagem.^{9,11, 13,15}

Outros estudos que avaliaram lactentes através do Denver II de idade gestacional abaixo de 33 semanas e peso médio ao nascimento de 1.200 gramas apresentaram, principalmente, atraso nas áreas pessoal-social, linguagem e motor grosso, diferenciando dos nossos resultados, pois não foi observado um percentual tão importante de atraso no motor grosso, e sim, no motor fino. Talvez isso se deva aos benefícios gerados pela posição Canguru que melhora a qualidade do tônus dos bebês e isso pode repercutir no seu desenvolvimento motor global posterior.^{10,12,14,20}

Dessa maneira, o Denver auxilia a encontrar esses atrasos motores nas crianças de uma forma precoce para que seja possível realizar uma intervenção e que esta consiga realizar os efeitos desejáveis a tempo, para que seja evitado danos posteriores que possam comprometer a qualidade de vida dessas crianças.²⁴

De acordo com os estudos apresentados e semelhantes ao que foi realizado com os bebês pré-termo, pode-se observar que existe uma dependência da IG com os atrasos. O que se pode considerar também no estudo é que conforme aumenta o tempo de idade da criança vai reduzindo os atrasos e este resultado pode ser embasado com o grau de

experiência e interações que o bebê vai tendo com a mãe que acaba influenciando nos resultados do desenvolvimentos motores, linguagens e principalmente pessoal-social.

É notório a influência da prematuridade e o peso no desenvolvimento motor de crianças. A Triagem Denver II se tornou um instrumento que possibilita oferecer dados para as comparações e mais investigações voltadas para o desenvolvimento e análise dos perfis de bebês prematuros, inclusive com a relação entre a idade gestacional e as falhas no desenvolvimento.

IV. Referências

1 - Berticelli G, Henker CF, Roveda PO, Mayer VNK. Estudo do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nascidas prematuras. Rev. Saúde Santa Maria. 2015 jul-dez; 41(2):p.139-148.

2 - Carvalho SS, Coelho JMF, Bacelar DÂ, Mariola M. Fatores maternos para o nascimento de recém-nascidos com baixo peso e prematuros: estudo caso controle. Ciênc. Saúde Coletiva. 2016 abr; 9(2):p.77-82.

3 - Magalhães LdC, Fonseca KL, Martins LDTB, Dornelas FdL. Desempenho de crianças pré-termo com muito baixo peso e extremo baixo peso segundo o teste de Denver II. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2011; out-dez; 11(4):p. 445-453.

4 - Custódio ZAdO, Crepaldi MA, Cruz RM. Desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo avaliado pelo teste de Denver II: revisão da produção científica brasileira. Psicol. Reflex. Crit. 2012; 25(2):p.400-406.

5 - Santos A, Elias C, Schubert CA, Morsch DS, Lima G, Almeida H, et al. Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso-Método Canguru-Manual Técnico. 2.ed. Brasília Editora Ministério da Saúde 2011 .

6 - Fernandes LV, Goulart AL, Santos AMN, Barros MCdM, Guerra CC, Kopelman BI. Avaliação do neurodesenvolvimento de prematuros de muito baixo peso ao nascer entre 18 e 24 meses de idade corrigida pelas escalas Bayley III. J. Pediatr. 2012 88(6):p.471-478.

7 - Bomfim MdS, Bonin GL, Rosa LN, Grecco LC, Golin MO. Desenvolvimento neuropsicomotor de crianças nascidas pré-termo, segundo teste de Denver II. *Fisioter. Bras.* 2016; 17(4):p.348-355.

8 - Paula S, Griebeler KC. Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor de crianças na primeira infância em uma escola de educação infantil do Vale do Rio Sinos – RS. *Revista Aten. Saúde. São Cantano do Sul*, 2017, 15(54), p.49-54.

9 – Prado IF, Sabatés AL, Cardoso, BLC, Silva SCCG. Desenvolvimento neuropsicomotor em crianças nascidas prematuras e com baixo peso. *Revista Lusófona de ciências das religiões*, 2018, 21 (1), p.327-348.

10 – Ribeiro CC, Pachelli MRO, Amaral NCO, Lamônica DAC. Development skills of children born premature with low very low birth weight. 2017. 29 (1), p.1-6.

11 – Caldas CSO, Takano OA, Mello PRB, Souza SC, Zavala, AAZ. Language abilities performance of children born preterm and low birth weight and associated factors. *Audiol Commun. Audiol. Commun Res*, 2014, 19 (2), p 158-156.

12 – Bonfim AKP, Rodovalho JC, Formiga CKMR. Evolução do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor de crianças pré-escolares de zero a dois anos do município de Goiânia (GO). *Revista Brasileira Cres e Desenvolvimento Humano*, 2011, 21(2), p. 230-239.

13 - Soares ACC, Silva K, Zuanetti PA. Variáveis de risco para o desenvolvimento da linguagem associados à prematuridade. *Audiol Commun Res*, 2017, 22(1745), p.1-7.

- 14– Martins AG, Pinto PO, Saccani R. Desenvolvimento motor no primeiro ano de vida de crianças prematuras conforme o peso de nascimento. *Sci Med*, 2017, 27 (3), p.1-7.
- 15 – Kara OK, Gunel MK, Açikel G, Yigit S, Arslan M. Is there any difference between high-risk infants with different birth weight and gestational age in neurodevelopment character. *Turk Pediatri Ars*, 2015, 50(3) p.151-157.
- 16 - Kirk CM, Uwamungu JC, Wilson K, Hedt-Gauthier BL, Tapela N, Niyigena P, Rusangwa C, Nyishime M, Nahimana E, Nkikabahizi F, Magge H. Health, nutrition and development of children born preterm and low birth weight in rural Rwanda: a cross-sectional study. *BMC Pediatrics*, 2017, 17(191) , p.1-9
- 17 - Comunk-Balci N, Bayoglu B, Tekindal A, Kerem-Gunel M, Anlar B. Screening preschool children for fine motor skills: environmental influence. *The Journal of Physical Therapy Science*, 2016, 28(3), p.1026-1031
- 18 – Nair MKC, Krishanan R, Harikumar N, George B, Bhaskaran D, Leena ML, Swamidhas P, Russel R. CDC Kerala: At – risk Baby Clinic service using different screening tools – Outcome at 12 months using developmental Assessment Scale for Indian Infants. *Indian J Pediatr*, 2014, 81(2), S80-S84.
- 19 – Monteiro PVO, Cardoso ABR, Costa, LL, Cunha KC, Chermont AG, Caldas IFR. Associações entre desenvolvimento motor e sociocomunicativo de prematuros e interação mãe-bebê. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*, 2020, 10(3), jul-set, p.177-183.

20 - Melo TR, Araujo LB, Yamaguchi B, Ferreira MP, Israel VLI. Qualidade de vida e desenvolvimento neuropsicomotor de lactentes entre 4 e 18 meses em creches. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2020, 25 (8), p.3175-3184.

21 - Viana KJ. Peso ao nascer de crianças brasileiras menores de dois anos. *Cad Saúde Pública*. 2013, 29 (2): 349-356.

22 - Santos GA. Influência da idade gestacional no desenvolvimento motor de bebês pré-termo de 0 a 6 meses de idade corrigida. III Congresso de ensino, pesquisa e extensão da UEG. Goiás; 2016.

23 – Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao recém-nascido: método ganguru: manual técnico. 3. Ed. Ministério da Saúde, 2017.

24 – Diniz TV, Miranda RM, Andrade DFL, Vasconcelos DA, Lima GMS, Barradas J, Filho JEC. Atividade eletromiográfica do músculo bíceps braquial de recém nascidos pré-termo submetidos à posição canguru. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*. V.12, n.3, set, 2012.

APÊNDICES

Apêndice 1.

SOLICITAÇÃO DE DISPENSA DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Solicito a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do projeto de pesquisa intitulado “Perfis dos bebês pré-termo da unidade Canguru do IMIP, avaliados pela escala de Denver II”, considerando a pesquisa ser de caráter retrospectivo e que se pretende utilizar informações a partir de prontuários, ou laudos de exames etc... com as seguintes justificativas:

- Em muitos casos, os pacientes evoluíram para óbito;
- Perda de acompanhamento;
- Os pacientes foram atendidos e o endereço e telefone já não são os mesmos.

Nestes termos, me comprometo a cumprir todas as diretrizes e normas regulamentadoras descritas nas Resoluções 466 de 2012, e suas complementares no que diz respeito ao sigilo e confidencialidade dos dados utilizados.

Recife, ___ de _____ de 20__

Pesquisador Responsável

(Assinatura e Carimbo)

Apêndice 2

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos o (a) pesquisador (a) Juliana Barradas de Souza a desenvolver o seu projeto de pesquisa “Perfis dos bebês pré-termo da unidade Canguru do IMIP, avaliados pela escala de Denver II” cujo objetivo é estabelecer o perfil de acordo com as sub escalas do Denver nesta instituição.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Antes de iniciar a coleta de dados o protocolo deve ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humano do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira CEP-IMIP Credenciado ao sistema CEP/CONEP.

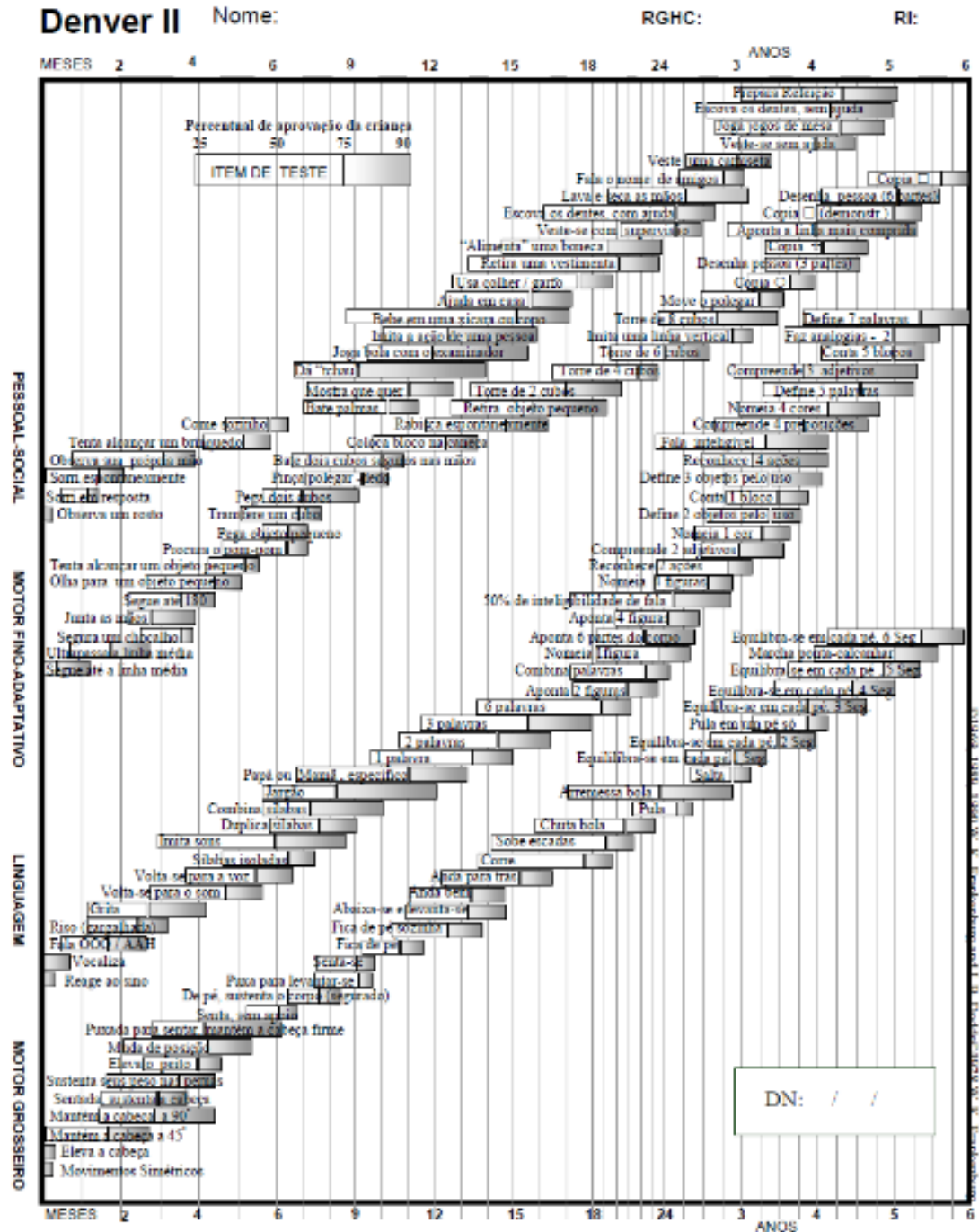
Recife, ___ de _____ de 20__

Chefia do Setor

(Assinatura e Carimbo)

ANEXOS

Anexo 1.



2a.														
3a.														
4a.														
5a.														
6a.														
7a.														
8a.														
9a.														
10 ^a .														

Legenda da tabela:

Idade Cro = Idade Cronológica

Idade Co = Idade Corrigida

* Registrar N = Normal ou R = Risco

** Registrar N = normal , 1C = 1 cuidado, C = risco/cuidado, AT = risco/atraso

Áreas do Teste de Triagem do Desenvolvimento (Denver II): PS = Pessoal-Social, MFA

= Motor Fino-Adaptativo, L = Linguagem e MG = Motor Grosseiro

Marcação dos Itens:

P = Passou – se a criança conseguir realizar a tarefa ou o cuidador relatar que ela a faz (desde que o item permita);

F = Falhou – se a criança não conseguir realizar a tarefa ou se o cuidador relatar que ela não é capaz de fazê-la (desde que o item permita);

N.O = Não houve oportunidade – se a criança não teve a oportunidade de realizar a tarefa devido a restrições dos cuidadores ou por outras razões;

Re = Recusa – se a criança recusa-se a cumprir a tarefa;

An = Anamnese – se a realização ou não da tarefa for relatada pelo cuidador.

Interpretação dos Itens:

marcar “avançado”, “normal”, “cuidado”, “atraso” ou “não houve oportunidade” de acordo com a linha da idade.

Interpretação do Teste:

Normal = Nenhum “atraso” e no máximo um “cuidado”; conduta: retestar em outra oportunidade;

Risco = Dois ou mais “cuidados” e/ou um ou mais “atrasos”; conduta: retestar em 1 ou 2 semanas

Não testável = Marcações de recusa-se em 1 ou mais itens com a linha da idd completa/e à direita ou em mais de 1 item na área 75-90%

