

Apêndice 1 - Instrumento Final Desenvolvido através do Método Delphi

Procedimentos de Estimulação Sensoriomotora utilizados por Fisioterapeutas nas
Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)

Parte I

Informe o número do seu registro profissional (CREFITO): _____

Qual o seu nível de formação?

- ☐ Graduação ☐ Mestrado ☐ Outro. Qual _____
☐ Especialização ☐ Doutorado

Qual o seu local de atuação?

- ☐ Unidade de Terapia Intensiva Neonatal
☐ Unidade de Cuidados Intermediários
☐ Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica - Encerrar questionário
☐ Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica

Há quanto tempo você atua na área de Fisioterapia Neonatal?

- ☐ Inferior a 1 ano ☐ Entre 2 e 3 anos ☐ Entre 5 e 10 anos
☐ Entre 1 e 2 anos ☐ Entre 3 e 5 anos ☐ Superior a 10 anos

Qual a região de localização do hospital que você exerce suas atividades profissionais?

- ☐ Norte ☐ Sudeste ☐ Centro-Oeste
☐ Sul ☐ Nordeste

Qual origem do hospital ao qual presta serviço?

- ☐ Público ☐ Privado ☐ Filantrópico

O hospital possui título de Hospital Amigo da Criança? ☐ Sim ☐ Não

Parte II

A seguir são descritos os procedimentos de estimulação sensoriomotora. Quais dos procedimentos são utilizadas no seu serviço:

Procedimentos de Estimulação tátil:

A) PROCEDIMENTO: CONTATO PELE A PELE OU POSIÇÃO CANGURU

1. Você utiliza o Contato Pele a Pele ou Posição Canguru?

- ☐ Sim - Continue a responder
☐ Não - Passe automaticamente para o próximo procedimento

2. Para utilização deste procedimento existe algum critério em relação à idade?

() Sim () Não () Não sei informar

2.1 Caso a resposta acima seja afirmativa, qual o critério?

Descritiva: _____

3. Qual a frequência de utilização deste procedimento? (Por exemplo: diária, semanal, ou mensal, descrevendo quantas vezes ao dia ou semana)

	1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x
Diária							
Semanal							
Mensal							

4. Houve treinamento/capacitação para utilização do procedimento *Contato Pele a Pele* ou *Posição Canguru*?

() Não () Sim. Qual? _____

4.1. Caso a resposta acima seja afirmativa, qual o treinamento? _____

5. Dentre os aspectos listados abaixo, na sua percepção, o procedimento *Contato Pele a Pele* ou *Posição Canguru* provocou alterações no neonato durante a aplicação:

5.1. Nos aspectos cardiorrespiratórios:

Frequência cardíaca (FC): () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu

Frequência respiratória (FR): () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu

Saturação do oxigênio (SpO₂): () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu

5.2. No Estado Comportamental (Brazelton, 1973):

Sono profundo: () Apresentou () Não apresentou

Sono ativo: () Apresentou () Não apresentou

Sonolência: () Apresentou () Não apresentou

Alerta tranquilo: () Apresentou () Não apresentou

Despertar ativo: () Apresentou () Não apresentou

Choro intenso: () Apresentou () Não apresentou

O neonato apresentou alguma outra manifestação não citada? Qual? _____

5.3 Na sua percepção, as alterações provocadas no neonato pela aplicação do procedimento **Contato Pele a Pele** ou **Posição Canguru** contribuíram para a melhora do seu estado clínico? () Sim () Não

B) PROCEDIMENTO: TOQUE SUAVE

1. Você utiliza o *Toque Suave*?

() Sim - Continue a responder

() Não - Passe automaticamente para o próximo procedimento

2. Para utilização deste procedimento existe algum critério em relação à idade?

() Sim () Não () Não sei informar

2.1 Caso a resposta acima seja afirmativa, qual o critério?

Descritiva: _____

3. Qual a frequência de utilização deste procedimento? (Por exemplo: diária, semanal ou mensal, descrevendo quantas vezes ao dia ou a semana)

	1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x
Diária							
Semanal							
Mensal							

4. Houve treinamento/capacitação para utilização do procedimento *Toque Suave*?

() Não () Sim. Qual? _____

5. Dentre os aspectos listados abaixo, na sua percepção o procedimento *Toque Suave* provocou alterações no neonato durante a aplicação:

5.1. Nos aspectos cardiorrespiratórios:

FC: () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu

FR: () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu

SpO₂: () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu

5.2. No Estado Comportamental (Brazelton, 1973):

Sono profundo: () Apresentou () Não apresentou

Sono ativo: () Apresentou () Não apresentou

Sonolência: () Apresentou () Não apresentou

Alerta tranquilo: () Apresentou () Não apresentou

Despertar ativo: () Apresentou () Não apresentou

Choro intenso: () Apresentou () Não apresentou

Apresentou outra manifestação. Qual? _____

5.3 Na sua percepção, as alterações provocadas no neonato pela aplicação do procedimento ***Toque Suave*** contribuíram para a melhora do seu estado clínico? () Sim () Não

C) PROCEDIMENTO: **CONTENÇÃO FACILITADA**

1. Você utiliza a *Contenção Facilitada*?

() Sim - Continue a responder

() Não - Passe automaticamente para o próximo procedimento

2. Para utilização deste procedimento existe algum critério em relação à idade?

() Sim () Não () Não sei informar

2.1 Caso a resposta acima seja afirmativa, qual o critério?

Descritiva: _____

3. Qual a frequência de utilização deste procedimento? (Por exemplo: diária, semanal ou mensal, descrevendo quantas vezes ao dia ou a semana)

	1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x
Diária							
Semanal							
Mensal							

4. Houve treinamento/capacitação para utilização do procedimento *Contenção Facilitada*?

() Não () Sim. Qual? _____

5. Dentre os aspectos listados abaixo, na sua percepção o procedimento *Contenção Facilitada* provocou alterações no neonato durante a aplicação:

5.1. Nos aspectos cardiorrespiratórios:

FC: () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu

FR: () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu

SpO₂: () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu

5.2. No Estado Comportamental (Brazelton, 1973):

Sono profundo: () Apresentou () Não apresentou

Sono ativo: () Apresentou () Não apresentou

Sonolência: () Apresentou () Não apresentou

Alerta tranquilo: () Apresentou () Não apresentou

Despertar ativo: () Apresentou () Não apresentou

Choro intenso: () Apresentou () Não apresentou

Apresentou outra manifestação. Qual _____

5.3 Na sua percepção, as alterações provocadas no neonato pela aplicação do procedimento **Contenção Facilitada**, contribuíram para melhora do seu estado clínico? () Sim () Não

D) PROCEDIMENTO: ESTIMULAÇÃO TÁTIL CINESTÉSICA

1. Você utiliza a *Estimulação Tátil Cinestésica*?

() Sim - Continue a responder

() Não - Passe automaticamente para o próximo procedimento

2. Para utilização deste procedimento existe algum critério em relação à idade?

() Sim () Não () Não sei informar

2.1 Caso a resposta acima seja afirmativa, qual o critério?

Descritiva: _____

3. Qual a frequência de utilização deste procedimento? (Por exemplo: diária, semanal ou mensal, descrevendo quantas vezes ao dia ou a semana)

	1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x
Diária							
Semanal							
Mensal							

4. Houve treinamento/capacitação para utilização do procedimento *Estimulação Tátil Cinestésica*?

() Não () Sim. Qual? _____

5. Dentre os aspectos listados abaixo, na sua percepção o procedimento *Estimulação Tátil Cinestésica* provocou alterações no neonato durante a aplicação:

5.1. Nos aspectos cardiorrespiratórios:

FC: () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu

FR: () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu

SpO₂: () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu

5.2. No Estado Comportamental (Brazelton, 1973):

Sono profundo: () Apresentou () Não apresentou

Sono ativo: () Apresentou () Não apresentou

Sonolência: () Apresentou () Não apresentou

Alerta tranquilo: () Apresentou () Não apresentou

Despertar ativo: () Apresentou () Não apresentou

Choro intenso: () Apresentou () Não apresentou

Apresentou outra manifestação. Qual _____

5.3 Na sua percepção, as alterações provocadas no neonato pela aplicação do procedimento ***Estimulação Tátil Cinestésica*** contribuíram para a melhora do seu estado clínico? () Sim () Não

E) PROCEDIMENTO: OFURÔ OU BANHO DE IMERSÃO

1. Você utiliza *Ofurô ou Banho de Imersão*?

() Sim - Continue a responder

() Não - Passe automaticamente para o próximo procedimento

2. Para utilização deste procedimento existe algum critério em relação à idade?

() Sim () Não () Não sei informar

2.1 Caso a resposta acima seja afirmativa, qual o critério?

Descritiva: _____

3. Qual a frequência de utilização deste procedimento? (Por exemplo: diária, semanal ou mensal, descrevendo quantas vezes ao dia ou a semana)

	1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x
Diária							
Semanal							
Mensal							

4. Houve treinamento/capacitação para utilização do procedimento *Ofurô ou Banho de Imersão*?

() Não () Sim. Qual? _____

5. Dentre os aspectos listados abaixo, na sua percepção o procedimento *Ofurô ou Banho de Imersão* provocou alterações no neonato durante a aplicação:

5.1. Nos aspectos cardiorrespiratórios:

FC: () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu

FR: () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu

SpO₂: () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu

5.2. No Estado Comportamental (Brazelton, 1973):

Sono profundo: () Apresentou () Não apresentou

Sono ativo: () Apresentou () Não apresentou

Sonolência: () Apresentou () Não apresentou

Alerta tranquilo: () Apresentou () Não apresentou

Despertar ativo: () Apresentou () Não apresentou

Choro intenso: () Apresentou () Não apresentou

Apresentou outra manifestação. Qual _____

5.3 Na sua percepção, as alterações provocadas no neonato pela aplicação do procedimento ***Ofurô ou Banho de Imersão*** contribuíram para a melhora do seu estado clínico? () Sim () Não

F) PROCEDIMENTO: MASSAGEM TERAPÊUTICA

1. Você utiliza a *Massagem Terapêutica*?

() Sim - Continue a responder

() Não - Passe automaticamente para o próximo procedimento

2. Para utilização deste procedimento existe algum critério em relação à idade?

() Sim () Não () Não sei informar

2.1 Caso a resposta acima seja afirmativa, qual o critério?

Descritiva: _____

3. Qual a frequência de utilização deste procedimento? (Por exemplo: diária, semanal ou mensal, descrevendo quantas vezes ao dia ou a semana)

	1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x
Diária							
Semanal							
Mensal							

4. Houve treinamento/capacitação para utilização do procedimento *Massagem Terapêutica*?

() Não () Sim. Qual? _____

5. Dentre os aspectos listados abaixo, na sua percepção o procedimento *Massagem Terapêutica* provocou alterações no neonato durante a aplicação:

5.1. Nos aspectos cardiorrespiratórios:

FC: () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu

FR: () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu

SpO₂: () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu

5.2. No Estado Comportamental (Brazelton, 1973):

Sono profundo: () Apresentou () Não apresentou

Sono ativo: () Apresentou () Não apresentou

Sonolência: () Apresentou () Não apresentou

Alerta tranquilo: () Apresentou () Não apresentou

Despertar ativo: () Apresentou () Não apresentou

Choro intenso: () Apresentou () Não apresentou

Apresentou outra manifestação. Qual _____

5.3 Na sua percepção, as alterações provocadas no neonato pela aplicação do procedimento **Massagem Terapêutica** contribuíram para a melhora do seu estado clínico? () Sim () Não

G) PROCEDIMENTOS DE ESTIMULAÇÃO VESTIBULAR:

• Procedimento: *Rede ou Hammock*

1. Você utiliza a *Rede ou Hammock*?

() Sim - Continue a responder

() Não - Passe automaticamente para o próximo procedimento

2. Para utilização deste procedimento existe algum critério em relação à idade?

() Sim () Não () Não sei informar

2.1 Caso a resposta acima seja afirmativa, qual o critério?

Descritiva: _____

3. Qual a frequência de utilização deste procedimento? (Por exemplo: diária, semanal ou mensal, descrevendo quantas vezes ao dia ou a semana)

	1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x
Diária							
Semanal							
Mensal							

4. Houve treinamento/capacitação para utilização do procedimento *Rede ou Hammock*?

() Não () Sim. Qual? _____

5. Dentre os aspectos listados abaixo, na sua percepção o procedimento *Rede ou Hammock* provocou alterações no neonato durante a aplicação:

5.1. Nos aspectos cardiorrespiratórios:

FC: () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu

FR: () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu

SpO₂: () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu

5.2. No Estado Comportamental (Brazelton, 1973):

Sono profundo: () Apresentou () Não apresentou

Sono ativo: () Apresentou () Não apresentou

Sonolência: () Apresentou () Não apresentou

Alerta tranquilo: () Apresentou () Não apresentou

Despertar ativo: () Apresentou () Não apresentou

Choro intenso: () Apresentou () Não apresentou

Apresentou outra manifestação. Qual _____

5.3 Na sua percepção, as alterações provocadas no neonato pela aplicação do procedimento **Rede ou Hammock**, contribuíram para melhora do seu estado clínico? () Sim () Não

• **Procedimento: Ninar ou Balanço Suave**

1. Você utiliza o *Ninar ou Balanço Suave*?

() Sim - Continue a responder

() Não - Passe automaticamente para o próximo procedimento

2. Para utilização deste procedimento existe algum critério em relação à idade?

() Sim () Não () Não sei informar

2.1 Caso a resposta acima seja afirmativa, qual o critério?

Descritiva: _____

3. Qual a frequência de utilização deste procedimento? (Por exemplo: diária, semanal ou mensal, descrevendo quantas vezes ao dia ou a semana)

	1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x
Diária							
Semanal							
Mensal							

4. Houve treinamento/capacitação para utilização do procedimento *Ninar ou Balanço Suave*?

() Não () Sim. Qual? _____

5. Dentre os aspectos listados abaixo, na sua percepção o procedimento *Ninar ou Balanço Suave* provocou alterações no neonato durante a aplicação:

5.1. Nos aspectos cardiorrespiratórios:

FC: () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu
FR: () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu
SpO₂: () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu

5.2. No Estado Comportamental (Brazelton, 1973):

Sono profundo: () Apresentou () Não apresentou
Sono ativo: () Apresentou () Não apresentou
Sonolência: () Apresentou () Não apresentou
Alerta tranquilo: () Apresentou () Não apresentou
Despertar ativo: () Apresentou () Não apresentou
Choro intenso: () Apresentou () Não apresentou

Apresentou outra manifestação. Qual? _____

5.3 Na sua percepção, as alterações provocadas no neonato pela aplicação do procedimento **Ninar ou Balanço Suave** contribuíram para a melhora do seu estado clínico? () Sim () Não

H) PROCEDIMENTOS DE ESTIMULAÇÃO OLFATÓRIA E GUSTATIVA:**• Procedimento: Aleitamento Materno**1. Você orienta o *Aleitamento Materno*?

() Sim - Continue a responder
() Não - Encaminhe a pergunta - Quem orienta sobre o aleitamento? - Passe automaticamente para o próximo procedimento

2. Para utilização deste procedimento existe algum critério em relação à idade?

() Sim () Não () Não sei informar

2.1 Caso a resposta acima seja afirmativa, qual o critério?

Descritiva: _____

3. Qual a frequência de utilização deste procedimento? (Por exemplo: diária, semanal ou mensal, descrevendo quantas vezes ao dia ou a semana)

	1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x
Diária							
Semanal							
Mensal							

4. Houve treinamento/capacitação para orientação do procedimento de *Aleitamento Materno*?

() Não () Sim. Qual? _____

5. Dentre os itens abaixo, quais você orienta no *Aleitamento Materno*?

() Posicionamento
() Pega correta

- () Cuidado com as mamas
() Procedimentos para retirada do leite
() Outra orientação. Qual? _____

• **Procedimento: Algodão/Gaze Embebido em Essência de Baunilha**

1. Você utiliza o *Algodão/Gaze Embebido em Essência de Baunilha*?

- () Sim - Continue a responder
() Não - Passe automaticamente para o próximo procedimento

2. Para utilização deste procedimento existe algum critério em relação à idade?

- () Sim () Não () Não sei informar

2.1 Caso a resposta acima seja afirmativa, qual o critério?

Descritiva: _____

3. Qual a frequência de utilização deste procedimento? (Por exemplo: diária, semanal ou mensal, descrevendo quantas vezes ao dia ou a semana)

	1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x
Diária							
Semanal							
Mensal							

4) Houve treinamento/capacitação para utilização do procedimento *Algodão/Gaze Embebido em Essência de Baunilha*?

- () Não () Sim. Qual? _____

5. Dentre os aspectos listados abaixo, na sua percepção o procedimento *Algodão/Gaze Embebido em Essência de Baunilha* provocou alterações no neonato durante a aplicação:

5.1. Nos aspectos cardiorrespiratórios:

- FC: () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu
FR: () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu
SpO₂: () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu

5.2. No Estado Comportamental (Brazelton, 1973):

- Sono profundo: () Apresentou () Não apresentou
Sono ativo: () Apresentou () Não apresentou
Sonolência: () Apresentou () Não apresentou
Alerta tranquilo: () Apresentou () Não apresentou
Despertar ativo: () Apresentou () Não apresentou
Choro intenso: () Apresentou () Não apresentou

Apresentou outra manifestação. Qual? _____

5.3 Na sua percepção, as alterações provocadas no neonato pela aplicação do procedimento **Algodão/Gaze Embebido em Essência de Baunilha** contribuíram para a melhora do seu estado clínico? () Sim () Não

I) PROCEDIMENTO: SOLUÇÃO GLICOSADA

1. Você utiliza a *Solução Glicosada*?

- () Sim - Continue a responder
() Não - Passe automaticamente para o próximo procedimento

2. Para utilização deste procedimento existe algum critério em relação à idade?

- () Sim () Não () Não sei informar

2.1 Caso a resposta acima seja afirmativa, qual o critério?

Descritiva: _____

3. Qual a frequência de utilização deste procedimento? (Por exemplo: diária, semanal ou mensal, descrevendo quantas vezes ao dia ou a semana)

	1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x
Diária							
Semanal							
Mensal							

4. Houve treinamento/capacitação para utilização do procedimento *Solução Glicosada*?

- () Não () Sim. Qual? _____

5. Dentre os aspectos listados abaixo, na sua percepção o procedimento *Solução Glicosada* provocou alterações no neonato durante a aplicação:

5.1. Nos aspectos cardiorrespiratórios:

- FC: () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu
FR: () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu
SpO₂: () Aumentou () Permaneceu estável () Diminuiu

5.2. No Estado Comportamental (Brazelton, 1973):

- Sono profundo: () Apresentou () Não apresentou
Sono ativo: () Apresentou () Não apresentou
Sonolência: () Apresentou () Não apresentou
Alerta tranquilo: () Apresentou () Não apresentou
Despertar ativo: () Apresentou () Não apresentou
Choro intenso: () Apresentou () Não apresentou

Apresentou outra manifestação. Qual? _____

5.3 Na sua percepção, as alterações provocadas no neonato pela aplicação do procedimento **Solução Glicosada** contribuíram para a melhora do seu estado clínico? () Sim () Não

J) PROCEDIMENTOS DE ESTIMULAÇÃO VISUAL:**• Procedimento: Face a Face**

1. Você utiliza o *Face a Face*?

- () Sim - Continue a responder
() Não - Passe automaticamente para o próximo procedimento

2. Para utilização deste procedimento existe algum critério em relação à idade?

- () Sim () Não () Não sei informar

2.1 Caso a resposta acima seja afirmativa, qual o critério?

Descritiva: _____

3. Qual a frequência de utilização deste procedimento? (Por exemplo: diária, semanal ou mensal, descrevendo quantas vezes ao dia ou a semana)

	1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x
Diária							
Semanal							
Mensal							

4. Houve treinamento/capacitação para utilização do procedimento *Face a Face*?

- () Não () Sim. Qual? _____

5. Dentre os aspectos listados abaixo, na sua percepção o procedimento *Face a Face* provocou alterações no neonato durante a aplicação:

5.1 Este procedimento contribuiu para que o recém-nascido:

- () Realize fixação visual
() Apresente seguimento visual do objeto
() Demonstre foco
() Demonstre novidade ou mudança
() Realize movimento
() Esteja alerta/tranquilo
() Fique atento

5.2. No Estado Comportamental (Brazelton, 1973):

- Sono profundo: () Apresentou () Não apresentou
Sono ativo: () Apresentou () Não apresentou
Sonolência: () Apresentou () Não apresentou
Alerta tranquilo: () Apresentou () Não apresentou
Despertar ativo: () Apresentou () Não apresentou
Choro intenso: () Apresentou () Não apresentou

Apresentou outra manifestação. Qual? _____

5.3 Na sua percepção, as alterações provocadas no neonato pela aplicação do procedimento **Face a Face** contribuíram para a melhora do seu estado clínico? () Sim () Não

B) Procedimento: Cartões com Padrão Preto e Branco

1. Você utiliza os Cartões com Padrão Preto e Branco?

- () Sim - Continue a responder
() Não - Passe automaticamente para o próximo procedimento

2. Para utilização deste procedimento existe algum critério em relação à idade?

- () Sim () Não () Não sei informar

2.1 Caso a resposta acima seja afirmativa, qual o critério?

Descritiva: _____

3. Qual a frequência de utilização deste procedimento? (Por exemplo: diária, semanal ou mensal, descrevendo quantas vezes ao dia ou a semana)

	1x	2x	3x	4x	5x	6x	7x
Diária							
Semanal							
Mensal							

4. Houve treinamento/capacitação para utilização do procedimento Cartões com Padrão Preto e Branco?

- () Não () Sim. Qual? _____

5. Dentre os aspectos listados abaixo, na sua percepção o procedimento Cartões com Padrão Preto e Branco provocou alterações no neonato durante a aplicação:

5.1 Este procedimento contribuiu para que o recém-nascido:

- () Realize fixação visual
() Apresente seguimento visual do objeto
() Demonstre foco
() Demonstre novidade ou mudança
() Realize movimento
() Esteja alerta/tranquilo
() Fique atento

5.2. No Estado Comportamental (Brazelton, 1973):

Sono profundo: () Apresentou () Não apresentou

Sono ativo: () Apresentou () Não apresentou

Sonolência: () Apresentou () Não apresentou

Alerta tranquilo: () Apresentou () Não apresentou

Despertar ativo: () Apresentou () Não apresentou

Choro intenso: () Apresentou () Não apresentou

Apresentou outra manifestação. Qual? _____

5.3 Na sua percepção, as alterações provocadas no neonato pela aplicação do procedimento **Cartões com Padrão Preto e Branco** contribuíram para a melhora do seu estado clínico? () Sim () Não

No seu serviço é realizada estimulação multimodal?

() Sim - Nova aba perguntando qual a combinação e efeitos observados.

() Não - Encaminhado à próxima pergunta.

Qual a combinação da estimulação multimodal que você utiliza?

Descritiva _____

Qual (ais) os efeitos observados no neonato?

Descritiva _____

OUTROS PROCEDIMENTOS

Você utiliza algum outro procedimento que não foi descrito anteriormente?

() Sim () Não

Caso a resposta acima seja afirmativa, favor especificar e descrever qual o(s) procedimento(s) _____