

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Dara Cristina Leidemer

**TELEMONITORAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM PROGRAMA
DE SEGUIMENTO DE PREMATUROS**

Santa Maria, RS
2021

Dara Cristina Leidemer

**TELEMONITORAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM PROGRAMA DE
SEGUIMENTO DE PREMATUROS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Prof^a. Dra. Dani Laura Peruzzolo

Santa Maria, RS
2021

Dara Cristina Leidemer

**TELEMONITORAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM PROGRAMA DE
SEGUIMENTO DE PREMATUROS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Terapia Ocupacional, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Terapia Ocupacional.

Aprovado em 12 de fevereiro de 2021:

Dani Laura Peruzzolo, Dr^a (UFSM)
(Presidente/ Orientadora)

Miriam Cabrera Corvelo Delboni, Dr^a
(Comissão avaliadora)

Vitória Hoerbe Beltrame, Ms. (UFSM)
(Comissão avaliadora)

Santa Maria, RS
2021

INTRODUÇÃO DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

O Programa de Seguimento de Prematuros (PSP) egressos de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs) é um serviço especializado no acompanhamento de crianças prematuras até os sete anos de idade. É responsável por detectar precocemente alterações ou atrasos no desenvolvimento da criança e encaminhá-la para intervenções em tempo oportuno, bem como prestar orientações aos familiares e cuidadores.

Durante o período de restrição nas consultas presenciais em razão da pandemia de COVID-19, o PSP deste estudo precisou estabelecer uma nova metodologia de trabalho para a continuidade ao cuidado das crianças acompanhadas. As duas terapeutas ocupacionais que compõem a equipe multiprofissional do PSP passaram a atender na modalidade de telemonitoramento, avaliando, através de relatos familiares, o desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), constituição psíquica e Atividades de Vida Diária (AVDs) (alimentação, autocuidado e sono) e Brincar das crianças.

Este estudo surge a partir do desejo de apresentar e discutir a metodologia de trabalho sustentada pela equipe do PSP durante o período de restrição no número de consultas presenciais, por tratar-se de uma modalidade de assistência nunca vivenciada pela equipe até então. Ainda, e não menos importante, busca analisar as produções construídas com as famílias a partir dos telemonitoramentos realizados pelas terapeutas ocupacionais.

O estudo com seus respectivos resultados encontra-se nas páginas seguintes em forma de artigo a ser submetido à Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional, cujos critérios de submissão estão em anexo no fim deste trabalho. Estes critérios não foram seguidos com rigor como exigido pela revista para facilitar a leitura da comissão avaliadora. Após defesa deste trabalho e considerações da banca, todos os critérios de submissão serão atendidos e devidamente corrigidos.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	7
2.	DESENVOLVIMENTO	8
2.1.	METODOLOGIA.....	8
2.1.1.	O Programa de Seguimento de Prematuros	9
2.2.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	9
2.2.1.	As ações do PSP durante a restrição de atendimentos presenciais	10
2.2.2.	Acompanhamento da terapia ocupacional em telemonitoramento	13
2.2.2.1.	<i>O perfil das crianças atendidas em telemonitoramento</i>	Erro! Indicador não definido.
2.2.2.2.	<i>Atendimentos e avaliações da terapia ocupacional em telemonitoramento</i>	15
2.2.2.3.	<i>Telemonitoramentos não realizados</i>	21
3.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
	REFERÊNCIAS	23
	ANEXO A – NORMAS PARA SUBMISSÃO DA REVISTA INSTITUCIONAL BRASILEIRA DE TERAPIA OCUPACIONAL ..	26

TELEMONITORAMENTO MULTIPROFISSIONAL EM PROGRAMA DE SEGUIMENTO DE PREMATUROS

MULTIPROFESSIONAL TELEMONITORING IN A PROGRAM OF FOLLOW PREMATURES

Dara Cristina Leidemer¹, Dani Laura Peruzzolo²

RESUMO

Programas de Seguimento de Prematuros (PSP) tem como objetivo acompanhar e detectar precocemente questões do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) de bebês e crianças egressas de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs). Durante a pandemia, a Telessaúde mostrou ser uma estratégia viável para a continuidade ao cuidado de crianças acompanhadas no PSP. O objetivo desta pesquisa é apresentar e discutir o processo de construção da metodologia de telemonitoramento criada como estratégia para sustentar os atendimentos durante o período de suspensão das consultas presenciais. Ainda, busca descrever o formato de avaliação das crianças e analisar os resultados obtidos nessas avaliações. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e caráter descritivo. A coleta de dados deu-se em registros produzidos pela equipe multiprofissional, e em prontuários e diários de campo elaborados pelas terapeutas ocupacionais que realizaram os telemonitoramentos entre abril e junho de 2020. Os dados foram analisados através do método de análise de conteúdo temático. Com a restrição de atendimentos presenciais, a equipe do PSP desenvolveu um roteiro de trabalho multiprofissional para identificar e atender pacientes remotamente. Dentre as 46 crianças encaminhadas para telemonitoramento com as terapeutas ocupacionais, apenas conseguiu-se contato com 28 famílias. Foram identificadas 08 crianças com alterações ou atraso no DNPM e 07 crianças com questões no desempenho de Atividades de Vida Diária e Brincar, sendo realizados dois encaminhamentos para Ambulatório de Terapia Ocupacional em Intervenção Precoce. O telemonitoramento permitiu que a equipe mantivesse o acompanhamento e avaliação das crianças e suas famílias durante o período, cumprindo o papel do PSP.

Palavras-chave: Prematuridade; Telemonitoramento; Terapia Ocupacional

ABSTRACT

Premature Follow-up Programs (PSP) aim to monitor and detect early issues of neuropsychomotor development (DNPM) of babies and children discharged from Neonatal Intensive Care Units (NICUs). During the pandemic, Telehealth proved to be a viable strategy for the continuity of care for children monitored in the PSP. The objective of this research is to present and discuss the process of construction of the telemonitoring methodology created as a strategy to sustain attendance during the suspension period of face-to-face consultations. It also seeks to describe the children's evaluation format and analyze the results obtained in these evaluations. This is a research with a qualitative approach and a descriptive character. Data collection took place in records produced by the multiprofessional team, and in medical

¹ Acadêmica de Terapia Ocupacional, autora; Graduação em Terapia Ocupacional – UFSM.

² Terapeuta Ocupacional, orientadora; Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana – UFSM.

records and field diaries prepared by occupational therapists who performed telemonitoring between April and June 2020. The data were analyzed using the thematic content analysis method. With the restriction of face-to-face care, the PSP team developed a multiprofessional work script to remotely identify and care for patients. Among the 46 children referred for telemonitoring with occupational therapists, only 28 families were contacted. Eight children with alterations or delay in the DNPM and 07 children with issues in the performance of Activities of Daily Living and Play were identified, with two referrals being made to an Occupational Therapy Outpatient Clinic in Early Intervention. Telemonitoring allowed the team to maintain the monitoring and evaluation of children and their families during the period, fulfilling the role of the PSP.

Keywords: Premature; Telemonitoring; Occupational Therapy

1. INTRODUÇÃO

Ambulatórios Especializados no Atendimento ao Prematuro Egresso de UTINs tem a finalidade de ofertar acompanhamento diferenciado aos bebês prematuros e prevenir complicações resultantes ou relacionadas à prematuridade (RIO GRANDE DO SUL, 2011). O Programa de Seguimento de Prematuros (PSP) egressos de UTINs do hospital de referência em que esta pesquisa aconteceu acolhe crianças de zero a sete anos de idade, com a primeira consulta acontecendo, preferencialmente, até quinze dias após a alta hospitalar. Atualmente, a equipe é composta por pediatras, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogas e assistentes sociais (através dos cursos de Medicina e Terapia Ocupacional e das Residências Médica em Pediatria e Multiprofissional Integrada em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde).

Com a instalação de um período de isolamento social iniciado em março de 2020 por conta da pandemia de COVID-19, o hospital estudado suspendeu todas as consultas ambulatoriais. Em abril, os atendimentos foram retomados a partir de um fluxograma proposto pelo hospital, porém com restrição no número de consultas para evitar circulação excessiva de pessoas no ambiente hospitalar, buscando garantir o cuidado assistencial seguro aos usuários.

Nesse contexto, a Telessaúde passou a ser utilizada pela equipe do PSP. A Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais (WFOT) define a Telessaúde como o “uso de tecnologias de informação e comunicação (TICs) como meio de prestar serviços relacionados com saúde, quando o prestador e o cliente estão em diferentes localizações físicas” (WFOT, 2020, p. 417). Pode incluir serviços avaliativos, consultivos, preventivos e terapêuticos (AOTA, 2018), por meio de interações síncronas (em tempo real) ou assíncronas (com

armazenamento e posterior transferência de dados) entre Terapeuta Ocupacional e usuário (WFOT, 2020).

O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), por meio da Resolução Nº 516, de 20 de março de 2020, autoriza a utilização da Telessaúde nas modalidades Teleconsulta, Telemonitoramento e Teleconsultoria durante a vigência da pandemia do COVID-19 (COFFITO, 2020).

O profissional tem autonomia na decisão de quais pacientes podem ser acompanhados remotamente, tendo como base o benefício e segurança dos usuários. Além disso, os atendimentos em Telessaúde não excluem a necessidade de encontros presenciais, e devem manter os mesmos padrões de atendimento, incluindo confidencialidade, privacidade e sigilo profissional (COFFITO, 2020).

Este artigo apresentará e discutirá o processo de construção da metodologia de telemonitoramento criada pela equipe do PSP como estratégia para sustentar os atendimentos dos pacientes durante o período de restrição no número de consultas presenciais. Também descreverá o formato de avaliação das crianças e analisará os resultados obtidos nessas avaliações. Buscará problematizar um tipo diferente de atuação, trazendo referenciais atuais sobre o tema, procurando contribuir com a construção de conhecimento prático e teórico sobre uma modalidade de assistência nunca vivenciada até então pela equipe.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e caráter descritivo, elaborada através da análise documental dos dados produzidos pela equipe multiprofissional, de informações em prontuário e diário de campo registrados pelas duas terapeutas ocupacionais que realizaram os telemonitoramentos do PSP, nos meses de abril a junho de 2020. Os prontuários contêm dados das crianças e família, das consultas, procedimentos e orientações realizados. Os diários registram em detalhes tanto a avaliação, quanto as perguntas, depoimentos e relatos das famílias. Também registram as impressões das profissionais, sendo um importante instrumento de análise para problematizar a experiência tão nova e com tão poucas discussões nesta época e neste espaço territorial. Os dados foram analisados através do método de análise de conteúdo temático (MINAYO, 2014).

As questões éticas foram garantidas através da pesquisa intitulada “O protocolo IRDI - Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil, aplicado em Programa de Seguimento de

Prematuros para triagem de risco ao desenvolvimento infantil e os encaminhamentos feitos a partir de seus resultados”, sob número CAEE 02047218.7.0000.5346.

2.1.1. O Programa de Seguimento de Prematuros

O PSP, campo de estudo desta pesquisa, atende uma vez por semana em um turno equivalente a 6 horas de trabalho. Acolhe, normalmente, uma média de 15 pacientes por semana. Os atendimentos acontecem por ordem de chegada. Quando a criança chega ao PSP, ela imediatamente é medida e pesada pela equipe de enfermagem. Na sequência, os componentes da equipe médica e multiprofissional se revezam para seguir com as avaliações. Cada criança é avaliada por um interno ou residente de medicina e por dois profissionais da equipe multiprofissional. Após estas avaliações individuais, acontece a discussão de caso em que se define o plano terapêutico singular e é dada a devolutiva à família, pela equipe médica e representante da equipe multiprofissional.

As avaliações do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) acontecem com base nos marcos do desenvolvimento infantil e considerando a idade corrigida (PERUZZOLO et al, 2014) de cada bebê. Também é utilizado o Protocolo Indicadores de Risco ao Desenvolvimento Infantil (IRDI) para detecção precoce de risco psíquico e ao desenvolvimento infantil (KUPFER et al., 2009). O IRDI é um instrumento produzido e validado no Brasil e que avalia bebês entre zero e dezoito meses de idade. É composto por 31 indicadores que devem estar presentes, ou seja: a “ausência” do indicador sugere que algo não vai bem na construção relacional entre o bebê e seus cuidadores e/ou que não está desenvolvendo-se de forma adequada. É dividido em 4 fases, de acordo com faixas etárias: fase 1 (de 0 a 3 meses e 29 dias), fase 2 (de 4 a 7 meses e 29 dias), fase 3 (de 8 a 11 meses e 29 dias) e fase 4 (de 12 a 17 meses e 29 dias) (MORAIS, 2013).

2.2. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa serão apresentados em duas categorias. A primeira (item 2.2.1.) apresenta e discute o processo de construção da metodologia de telemonitoramento criada pela equipe do PSP como estratégia para sustentar os atendimentos dos pacientes durante o período de restrição nos atendimentos presenciais, descrevendo as ações da equipe. A segunda categoria (item 2.2.2.) apresenta o acompanhamento em telemonitoramento realizados pelas terapeutas ocupacionais, descrevendo o formato das avaliações das crianças e analisando os resultados obtidos nessas avaliações.

2.2.1. As ações do PSP durante a restrição de atendimentos presenciais

Frente ao contexto de pandemia, com base em orientações e normativas do hospital, a Telessaúde, através das modalidades teleconsultoria, teleconsulta e telemonitoramento, apresentaram-se como estratégias viáveis para dar continuidade no cuidado de pacientes impossibilitados de comparecer aos atendimentos presenciais no PSP.

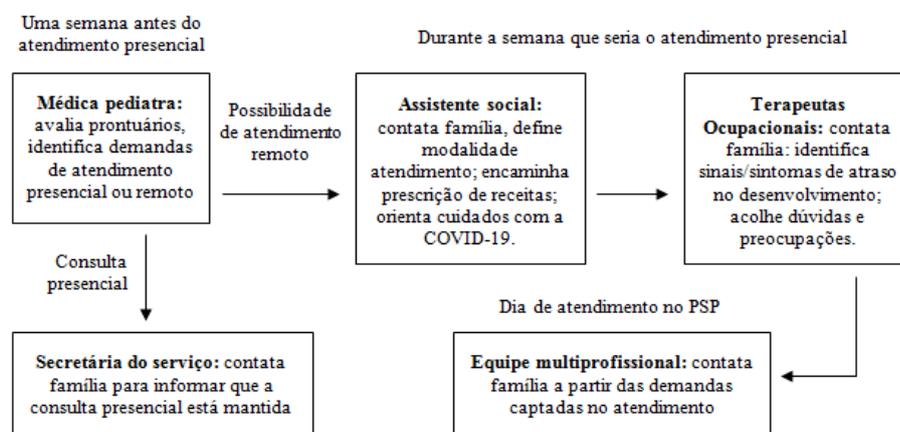
Conforme Resolução Nº 516/2020 publicada pelo COFFITO, teleconsultoria “consiste na comunicação registrada e realizada entre profissionais, gestores e outros interessados da área de saúde [...], com o fim de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho” (COFFITO, 2020). Teleconsulta é “consulta clínica registrada e realizada pelo fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional à distância” (COFFITO, 2020) e, por fim, telemonitoramento refere-se ao

acompanhamento à distância, de paciente atendido previamente de forma presencial, por meio de aparelhos tecnológicos. Nesta modalidade o Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional pode utilizar métodos síncronos e assíncronos, como também deve decidir sobre a necessidade de encontros presenciais para a reavaliação, sempre que necessário, podendo o mesmo também ser feito, de comum acordo, por outro Fisioterapeuta ou Terapeuta Ocupacional local (COFFITO, 2020).

Amparado por estas resoluções, o PSP buscou novos dispositivos para manter os atendimentos. Assim, a equipe desenvolveu um roteiro de procedimentos para identificar os casos que deveriam ser avaliados presencialmente e os que seriam avaliados via Telessaúde.

Esse roteiro (Figura 1) estabeleceu como se daria o atendimento oferecido pela equipe com o objetivo de identificar as necessidades emergentes dos pacientes. Além disso, buscou prestar orientações quanto aos serviços oferecidos pelo hospital durante a pandemia, sendo um canal de informações seguras e oficiais.

Figura 1 – Roteiro de atendimento no PSP durante restrição de consultas presenciais



Fonte: Autoras.

Uma semana antes do dia da consulta, a equipe de médicas pediatras do PSP identificava os casos mais emergentes para atendimento presencial através da leitura dos prontuários. O PSP seguiu atendendo presencialmente somente bebês que possuíam acompanhamentos anteriores e que exigiam nova avaliação por questões de manutenção de saúde, considerando-se o histórico de saúde do bebê e familiar, região que residiam e a data da última avaliação. Com isso, a média de 15 bebês atendidos presencialmente no PSP foi reduzida a 05 crianças. A secretária do serviço era responsável por ligar para as famílias que deveriam vir à consulta presencial, informando que o atendimento estava mantido.

Na mesma semana, as famílias que poderiam ser atendidas remotamente eram contatadas pela assistente social, que confirmava a possibilidade do telemonitoramento. Caso a família tivesse muitas preocupações com questões de saúde da criança ou a profissional identificasse questões emergentes no discurso familiar, poderia solicitar a manutenção do atendimento presencial na data pré-agendada.

Para o primeiro contato com a família, realizado através do telemonitoramento, foi utilizada uma ficha de atendimento elaborada pelos serviços de assistência social e terapia ocupacional, com pontos a serem questionados às famílias. Buscavam identificar dados familiares (situação profissional dos responsáveis, componentes do grupo familiar, renda mensal), situação de moradia (tipo de imóvel, se é próprio, alugado, cedido, irregular/ocupação), recebimento de benefícios socioassistenciais (Bolsa Escola, BPC, pensão ou outros), situação de saúde da criança (acompanhamento de saúde em outras instituições, uso de medicação contínua ou fórmula infantil) e identificavam o meio de transporte utilizado pela família para ir ao PSP (por conta própria, transporte social, com secretaria de saúde do município ou outro). A assistente social também identificava, no discurso familiar, se haviam queixas ou pedidos dirigidos à equipe (receitas e/ou autorização para ingresso imediato ao pronto socorro pediátrico vencidas). Também prestava orientações em relação ao COVID-19.

Nos dias seguintes até o dia que seria o atendimento presencial desmarcado, duas terapeutas ocupacionais contatavam essas famílias por ligação telefônica. As duas profissionais são docente e técnica em educação, respectivamente, vinculadas a universidade federal onde se localiza o hospital universitário, campo de pesquisa deste estudo. Como as atividades acadêmicas estavam canceladas, as profissionais não estavam presentes fisicamente no ambulatório do PSP. Utilizavam seu telefone particular, em suas residências, para fazerem as chamadas. Quando a família não atendia a ligação, caso fosse possível, as profissionais enviavam mensagens instantâneas pelo aplicativo WhatsApp informando a tentativa de contato e que aguardavam retorno familiar.

A partir de um roteiro desenvolvido pelas profissionais e considerando a idade corrigida dos bebês, foram identificados os marcos do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) da criança através de perguntas realizadas aos pais, e aplicado o protocolo IRDI (KUPFER et al., 2009). Também eram identificadas e analisadas algumas ocupações vivenciadas pelas crianças, relacionadas às Atividades de Vida Diária (AVDs) (com destaque a alimentação, autocuidado e sono) e Brincar, propostas no Modelo da Ocupação Humana (TAYLOR; KIELHOFNER, 2017 apud MENEGAT, 2020).

Caso, durante o telemonitoramento, as terapeutas ocupacionais identificassem questões a serem tratadas pela fisioterapia ou fonoaudiologia, organizavam com as mães a possibilidade de novo contato em outro dia em que: 1) ou a fisioterapeuta e/ou fonoaudióloga entrariam em contato com os pais para fazer perguntas mais específicas do campo de conhecimento dessas profissões; 2) ou receberia nova orientação da terapeuta ocupacional. Este segundo contato era planejado a partir de teleconsultoria entre as profissionais, onde se definia se a criança seguiria sendo acompanhada por telefone ou se a família seria atendida presencialmente no dia da consulta que havia sido cancelada até então.

Quando surgiu à necessidade de atendimento mais focado e emergente, em casos de famílias com residência fora do município onde se localiza o PSP, as crianças foram encaminhadas temporariamente para o centro de atendimento mais próximo de cada família.

Já as crianças avaliadas em que se identificava risco eminente ou um atraso no desenvolvimento, a família era orientada a efetivar a consulta presencial. Nesta consulta a equipe avaliava e realizava os encaminhamentos necessários, seguindo o atendimento padrão do PSP, conforme foi apresentado anteriormente.

As crianças que não apresentavam atraso e a família não tinha queixas, era dada uma devolutiva no momento do contato, informando que a equipe do hospital remarcaria uma nova consulta tão logo houvessem novas orientações quanto ao isolamento social.

A literatura aponta experiências mundiais sobre o uso da Telessaúde em terapia ocupacional há décadas. Exemplo disso é o Centro de Telessaúde inaugurado no Canadá em 1996 (CAOT, 2011). Há pesquisas com resultados exitosos em diversas áreas, porém destacam-se aqui algumas na infância: teleconsulta por chamada de vídeo com crianças prematuras (ALBAYRAK et al, 2020), intervenções com crianças com transtorno do espectro autista (PARSONS et al, 2017; ALKHALIFAH, ALDHALAAN, 2018) e telerreabilitação de crianças e adolescentes (SANTOS et al, 2014).

Uma experiência brasileira relata a utilização de chamadas telefônicas como recurso para suporte às mães de crianças prematuras egressas de UTINs (SILVA et al, 2020). Os

resultados apontam que as ligações telefônicas configuram-se como uma rede de apoio as mães e meio para resolução de dúvidas e preocupações voltadas a questões de saúde, desenvolvimento e cuidados básicos do bebê (SILVA et al, 2020).

Outro estudo na Alemanha, realizado por Albayrak e colaboradores (2020), apresentou dados sobre a utilização de consultas por chamada de vídeo com 30 famílias de bebês prematuros durante a pandemia de COVID-19. As famílias avaliaram de forma positiva a experiência de ter um atendimento especializado no domicílio, evitando exposição ao COVID-19. Os autores pontuam que a Telessaúde tem potencial para tornar-se uma ferramenta complementar ao seguimento de bebês prematuros, mesmo após a pandemia (ALBAYRAK et al, 2020).

Embora o telemonitoramento implique em algumas limitações para o atendimento desta população, especialmente no que se refere à avaliação do crescimento do bebê (como peso, comprimento e perímetro cefálico), cabe ressaltar que atendimentos por Telessaúde contribuem também na redução no tempo de espera para consultas e evitam deslocamentos desnecessários (WFOT, 2020), motivos frequentes de evasão em ambulatório de seguimento de prematuros (GONTIJO et al, 2018).

2.2.2. Acompanhamento da terapia ocupacional em telemonitoramento

2.2.2.1. O perfil das crianças atendidas em telemonitoramento

Durante os meses de abril a junho de 2020, o PSP deveria atender em média 135 crianças. O PSP indicou 46 crianças para telemonitoramento com a equipe multiprofissional, e as demais foram chamadas para atendimento presencial. As terapeutas ocupacionais apenas conseguiram contato por telefone com 28 famílias (60,86%). Não foi possível contatar outras 18 famílias (39,14%) por motivos como contato telefônico desatualizado em prontuário ou por não haver retorno às ligações e mensagens das terapeutas ocupacionais.

O familiar que mais frequentemente participou dos telemonitoramentos foram mães das crianças (23, ou 82,14%), seguidas por avós (quatro, ou 14,28%). Apenas um pai participou do telemonitoramento (3,57%).

As informações repassadas pelas famílias e as avaliações realizadas pelas terapeutas ocupacionais são apresentadas nos subcapítulos a seguir. Utilizou-se a codificação “Mno (nº)” para crianças do gênero masculino e “Mna (nº)” para o gênero feminino. Os respectivos números foram estabelecidos de acordo com a ordem de realização dos telemonitoramentos.

O gênero e a classificação da prematuridade (WHO, 2012) das crianças atendidas em telemonitoramento, definidas pela idade gestacional (IG) ao nascer, são apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Gênero das crianças e classificação da prematuridade

Idade gestacional (semanas)	Masculino	Feminino	Total (%)
<i>Prematuro moderado a tardio</i> (entre 32 semanas e 37 semanas incompletas)	07	05	12 (42,85%)
<i>Muito prematuro</i> (entre 28 semanas e 32 semanas)	03	07	10 (35,71%)
<i>Prematuro extremo</i> (menos de 28 semanas)	02	04	06 (21,42%)
Total (%)	12 (42,85%)	16 (57,15%)	28 crianças

Fonte: Autoras.

Observa-se que a maioria das crianças atendidas em telemonitoramento é do sexo feminino (57,15%) e que elas foram destaque nas classificações muito prematuro e prematuro extremo. Considerando-se o total de crianças, a maior parte (42,85%) estava concentrada na classificação de prematuro moderado a tardio.

Dados semelhantes foram encontrados em outra pesquisa realizada no mesmo PSP deste estudo entre os anos de 2013 a 2015, onde 58,7% das crianças atendidas no serviço eram do sexo feminino e 41,3% do sexo masculino, sendo que a maioria (58,7%) teve idade gestacional também classificada como prematuro moderado a tardio (FROEHLICH et al, 2020). Nos estudos de Marquartú e Malveira (2017) e Miatello et al (2019) também houve prevalência de meninas, com 73% e 53,66%, respectivamente.

Observa-se também que apenas 21,42% das crianças avaliadas em telemonitoramento neste estudo são prematuras extremas. Freire et al (2018) defendem que quanto menor a IG ao nascer, maior o risco de agravos ao desenvolvimento, com complicações e comorbidades associadas. Apesar disso, os autores indicam que as classificações de prematuro moderado a tardio e muito prematuro possuem o mesmo risco de desenvolver morbidades (FREIRE et al, 2018), ressaltando-se assim a importância do acompanhamento do desenvolvimento infantil de todas as crianças egressas de UTINs. No caso da população desta pesquisa, as crianças que não foram atendidas presencialmente eram as crianças que apresentavam melhores quadros clínicos e de desenvolvimento até aquele momento, justificando a escolha de telemonitoramento.

A faixa etária das crianças no período do telemonitoramento pode ser observada na tabela a seguir. A divisão em quatro categorias distintas baseou-se na idade para aplicação do

protocolo IRDI e nas fases do desenvolvimento propostas por Piaget, para contemplar o desenvolvimento cognitivo.

Tabela 2 – Faixa etária das crianças

Faixa etária das crianças	Total (%)
<i>0 a 18 meses</i> (período de uso do Protocolo IRDI)	10 (35,70%)
<i>18 meses a 2 anos</i> (final do período sensório-motor de Piaget)	04 (14,30%)
<i>2 a 4 anos</i> (metade do período pré-operatório de Piaget)	07 (25%)
<i>4 a 7 anos</i> (final do período pré-operatório e idade máxima de alta do PSP)	07 (25%)

Fonte: Autoras.

Em relação à faixa etária das crianças, percebe-se que a maioria (35,71%) estava concentrada no grupo de zero a dezoito meses. Vale destacar que a idade máxima para alta do PSP é sete anos, mas caso a criança esteja com desenvolvimento adequado e a família tenha interesse, a alta pode acontecer antes desta idade, com encaminhamento para UBS (Unidade Básica de Saúde) de referência de cada paciente. Ainda, em casos onde o paciente tem muitas demandas, pode ultrapassar os sete anos e ser mantido em acompanhamento por mais tempo.

2.2.2.2. *Atendimentos e avaliações da terapia ocupacional em telemonitoramento*

Das 28 crianças, dez (35,71%) estavam em idade para aplicação do IRDI (até 18 meses). Deste número, há registro de sua aplicação em sete bebês durante os telemonitoramentos. Os resultados foram: cinco crianças apresentaram todos os itens presentes na fase em que se encontravam do protocolo; e duas crianças apresentaram um item ausente na fase 3 do IRDI. Trata-se de duas meninas (Mna 07 e Mna 08), gemelares, com dez meses de idade corrigida. O indicador ausente para ambas foi o item 18: “A criança estranha pessoas que ela não conhece” (MORAIS, 2013, p. 162). Conforme informações de avaliações anteriores registradas em prontuário, as crianças apresentavam todos os IRDIs das fases 1 e 2 presentes.

A literatura aponta que, para que seja identificado desfecho de risco psíquico, deve haver “ausência de dois ou mais indicadores e a persistência dessa ausência em duas ou mais fases” (HOOGSTRATEN et al, 2018, p. 2). Deste modo, observa-se que as duas crianças com itens ausentes no IRDI ainda não são classificadas como em risco psíquico, porém, estes resultados servem como sinal de alerta à equipe.

Conforme Mota (2015, p. 466), o IRDI permite “detectar uma tendência de ocorrência de problemas expressa nos 18 primeiros meses de vida que se estende ao longo do

desenvolvimento da criança pelo menos até o sexto ano, levando ao impacto na sua qualidade de vida a partir da perspectiva de seus pais”. Essa afirmação ressalta a importância da identificação precoce de alterações na constituição psíquica, para que o bebê seja encaminhado para atendimento especializado, reduzindo impactos em seu desenvolvimento.

Do total de crianças atendidas, oito crianças (28,57%) apresentaram algum tipo de alteração ou atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), em habilidades motoras, cognitivas e/ou de linguagem. O Quadro 1 apresenta a relação entre as crianças e o tipo de alteração ou atraso no DNPM identificado, bem como os encaminhamentos realizados.

Quadro 1 – Alterações no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM)

CRIANÇA	SINAIS/ SINTOMAS	ORIENTAÇÕES	ENCAMINHAMENTOS
Mno 03 (2 anos)	Linguagem: apresenta atraso significativo na fala, mas consegue se comunicar de modo funcional.	Orientação sobre uso de órtese e desenvolvimento global; Confirmação de consulta em outra especialidade no hospital; Teleconsulta com fonoaudióloga.	Em atendimento no Ambulatório de Terapia Ocupacional em Intervenção Precoce.
Mna 03 (7 meses)	Motor: pouco controle de tronco e cervical na posição sentada; Cognitivo: atraso cognitivo, observado na funcionalidade em AVD's.	Orientação sobre trocas posturais, estimulação motora e cognitiva em cada posição durante o brincar; Indicação de retornar acompanhamento com neurologista.	Encaminhada para Ambulatório de Terapia Ocupacional em Intervenção Precoce.
Mna 05 (5 anos)	Linguagem: possui dificuldade na fala, porém consegue se comunicar bem.	Sem informação de orientação registrada.	Aguardar próxima consulta.
Mna 06 (2 anos e 7 meses)	Motor: adquirindo habilidade de equilíbrio estático; Cognitivo: não consegue produzir jogos simbólicos.	Sem informação de orientação registrada.	Aguardar próxima consulta.
Mno 07 (11 meses)	Motor: não executa mudança de posição: deitado para sentado. Não possui equilíbrio quando sentado sem apoio; Cognitivo: observa-se face atípica (vídeos enviados pela mãe).	Solicitada consulta presencial no PSP, onde se identificou atraso significativo no desenvolvimento e, principalmente, pouca iniciativa do menino frente aos estímulos oferecidos.	Encaminhado para Ambulatório de Terapia Ocupacional em Intervenção Precoce.
Mno 08 (2 anos)	Motor: apresenta alteração de marcha (arrasta a perna para caminhar).	Teleconsultoria com Fisioterapeuta e Neuropediatra sobre quadro motor indicam necessidade de seguir tratamento.	Em atendimento com Fisioterapia e Terapia Ocupacional em APAE do seu município.
Mna 11 (4 anos)	Linguagem: possui alteração na linguagem oral, trocando letras na fala.	Sem informação de orientação registrada.	Aguardar próxima consulta.
Mna 16 (7 meses)	Motor: não possui controle cervical em decúbito ventral e tem pobre controle de tronco.	Sem informação de orientação registrada.	Aguardar próxima consulta.

Algumas famílias com crianças que apresentaram questões em seu desenvolvimento foram orientadas sobre formas de estimular cada habilidade ludicamente e observar se isso produziria algum efeito positivo no desenvolvimento da criança. Na próxima consulta estas crianças seriam novamente avaliadas e poderiam ser encaminhadas para atendimento especializado, conforme sua necessidade.

Identificou-se que as alterações motoras foram as mais frequentes entre as crianças que passaram pelo telemonitoramento, seguidas de alterações na linguagem e cognitivas. Nenhuma criança teve alteração em habilidades sociais.

Crianças prematuras, com ou sem baixo peso ao nascer, e que passaram por internação prolongada (período superior a 30 dias) apresentam desvantagens no desenvolvimento motor fino e grosso quando comparadas com crianças que nasceram a termo e com peso adequado (SANTANA et al, 2017; PANCERI et al, 2012). A prematuridade também é considerada como fator de risco para o surgimento de dificuldades no desenvolvimento da linguagem (SOUZA et al, 2020, p. 2) e de aspectos cognitivos, muitas vezes observados apenas no período escolar (MARTINO et al, 2019). A literatura aponta que a intervenção precoce pode evitar ou minimizar déficits no desempenho comunicativo, em aspectos cognitivos, psicossociais e na aprendizagem na infância (SOUZA et al, 2020, p. 2), por conta da plasticidade neuronal existente nos primeiros anos de vida da criança (MARTINO et al, 2019).

A inserção de terapeutas ocupacionais em PSP abre espaço para relatos familiares sobre seu cotidiano, incluindo estas informações para possíveis diagnósticos ou encaminhamentos da criança. Conforme Peruzzolo et al (2014, p. 159), a terapia ocupacional diferencia seu foco de investigação dentro da equipe multiprofissional, pois amplia “a escuta à família sobre o dia a dia na criação do filho e, com isso, direciona o olhar também para os fatores externos à prematuridade orgânica do bebê”.

Nesse sentido, em relação às ocupações, as terapeutas ocupacionais do PSP buscaram analisar as áreas de Atividades de Vida Diária (AVDs) (alimentação, autocuidado e sono) e Brincar das crianças. Do total de 28 crianças, sete (25%) apresentaram questões de participação ocupacional, das quais quatro (Mna 03, Mna 06, Mno 06 e Mno 07) são as mesmas crianças que apresentaram alterações ou atraso no DNPM, conforme quadro apresentado a seguir:

Quadro 2 – Ocupações de AVDs e Brincar

CRIANÇA (IDADE)	OCUPAÇÕES			
	ALIMENTAÇÃO	AUTOCUIDADO	SONO	BRINCAR
Mna 03 (7 meses)	Presença de refluxo e vômitos, dificultando ganho de peso.			
Mno 06 (1 ano e 3 meses)	Não ingere alimentos sólidos.		Desregulação do sono a partir de uma alteração na rotina familiar.	
Mna 06 (2 anos e 7 meses)				Não consegue produzir histórias e faz de conta (jogo simbólico).
Mno 07 (11 meses)				Não efetiva brincadeiras e não explora brinquedos.
Mna 09 (4 anos)	Dependente do auxílio da mãe, mas com outras pessoas se alimenta sozinha.			
Mno 10 (2 anos e 10 meses)		Tem dificuldade de utilizar o vaso sanitário com independência.		
Mno 12 (5 anos)	Não se alimenta sozinho; dificuldade de mastigar alimentos sólidos.	Não auxilia em suas atividades de autocuidado.		

Fonte: Autoras.

Percebe-se que a ocupação de alimentação foi a mais frequentemente destacada durante os telemonitoramentos, sendo que duas crianças apresentaram questões relativas à ingestão de alimentos sólidos. Outra questão identificada refere-se a presença de refluxo e vômitos após amamentação.

A ocupação de alimentação, muitas vezes também relaciona-se com questões de processamento sensorial. A literatura aponta que bebês nascidos prematuramente apresentam maiores chances de desenvolver alterações no processamento sensorial, tendo em vista a imaturidade cerebral e de sistemas sensoriais ao nascer e a exposição a procedimentos invasivos durante a internação em UTIN. Beltrame et al (2018, p. 16) defendem que “as dificuldades sensoriais da criança podem ser obstáculos para a interação quando mais de uma tarefa é exigida ao mesmo tempo”.

A ocupação do brincar está colocada como campo de experiências naturais da criança. A terapia ocupacional intervém produzindo estratégias com a criança para que ela produza seu brincar, estimulando habilidades relativas à sua idade, tanto corrigida quanto cronológica.

Especialmente no primeiro ano de vida, a principal ocupação do bebê está voltada para fazer-se filho de seus pais (PERUZZOLO, 2017). Nesse sentido, o bebê utiliza seus recursos estruturais (aparelho biológico, constituição psíquica e cognitiva) e instrumentais (linguagem, psicomotricidade, aprendizagem e socialização), com influência também da oferta familiar, para produzir relações sociais, buscando um encontro com seus pais (PERUZZOLO, 2017).

Os terapeutas ocupacionais entendem que a participação ocupacional, ou seja, o engajamento do indivíduo em ocupações significativas promove saúde e bem-estar (MENEGAT, 2020). As ocupações infantis podem ser entendidas como “ações intencionais que as crianças realizam no curso de seu desenvolvimento. Na medida em que se envolvem em ocupações com a família, amigos ou outras pessoas, passam a constituir o repertório ocupacional [...]” (MANDICH; RODGER, 2006 apud FOLHA; BARBA, 2020, p. 228).

Alguns autores apontam que existe uma relação intrínseca entre o desenvolvimento infantil e as ocupações, tanto para crianças com desenvolvimento típico quanto atípico, uma vez que “a participação em ocupações infantis contribui para o desenvolvimento físico, cognitivo, social e afetivo da criança e influencia diretamente na saúde e no bem-estar infantil e da família” (MANDICH; ROGER, 2006; DUNFORD; BANNIGAN, 2011 apud FOLHA; BARBA, 2020, p. 228).

Cabe ainda refletir que as ocupações se relacionam entre si, na medida em que uma alteração orgânica da criança pode afetar também sua independência em outras ocupações. Desta maneira, salienta-se a importância de o terapeuta ocupacional estar atento à observação e ao relato familiar de todas as atividades de vida diária e brincar da criança.

Durante os telemonitoramentos, surgiram diversas dúvidas, inclusive de famílias com crianças com o desenvolvimento adequado, as quais foram acolhidas, esclarecidas e orientadas pelas terapeutas ocupacionais, cumprindo um importante papel de educação em saúde. Foram dúvidas relativas à saúde das crianças, tais como: questionamentos sobre o desenvolvimento infantil ou possíveis sintomas de atraso/alteração no DNPM, amamentação, medicação, alimentação, uso de órtese, etc. Além disso, emergiram dúvidas em relação aos cuidados com as crianças decorrentes da pandemia e do isolamento social: questionamentos sobre a necessidade de realizar a vacinação da gripe durante a quarentena, realização de exames agendados anteriormente e manutenção de consultas ambulatoriais em outras especialidades no mesmo hospital onde se localiza o PSP, entre outras.

Destacam-se aqui três situações encontradas com relação ao isolamento social e suas implicações nas rotinas familiares:

- Uma mãe conta estar muito preocupada com o fato da filha (Mna 01), com um ano e onze meses, estar deixando de mamar no seio materno durante a pandemia. Relata que sente falta de amamentar seu bebê, e tem dúvidas quanto ao peso da criança.

- Uma avó relata que as netas (Mna 07 e Mna 08), gemelares, com dez meses de idade corrigida, moram na zona rural com os pais e outra irmã. Estavam isolados, sem visitar outros familiares. Ao fazer contato, a terapeuta ocupacional identifica que o isolamento domiciliar produziu efeitos emocionais na mãe, caracterizados por alterações de humor e irritação.

- A mãe do Mno 06 conta que percebe o filho, de um ano e três meses, mais agitado durante a noite. Com a pandemia, houve uma mudança na rotina familiar, alterando o horário que o menino costumava dormir e desregulando seu sono. A mãe acredita também que o bebê estava estranhando o isolamento domiciliar e que sentia falta de ver outras pessoas.

Sabe-se que a pandemia de COVID-19 e as consequentes medidas de isolamento social produziram mudanças no cotidiano das pessoas, impossibilitando ou modificando a realização de ocupações que os indivíduos desejam, querem ou precisam realizar em seu dia a dia (CORRÊA et al, 2020). Muitas mulheres, durante a pandemia ou até mesmo antes disso, deslocaram seus papéis ocupacionais enquanto trabalhadoras formais, para mães e cuidadoras em período integral, tendo mais tempo para dedicarem-se ao papel ocupacional materno.

No primeiro relato, percebe-se que a amamentação é uma atividade que demarca concretamente este papel, e que o encerramento gradual desta ocupação durante a pandemia produz sentimentos ambíguos na mãe, que sente falta de amamentar. O segundo relato permite refletir sobre o quanto o isolamento social e o medo da contaminação afetam a saúde mental materna e interferem em redes de apoio social e familiar, especialmente observadas na contribuição dos avós nos cuidados das crianças deste estudo. Ainda, o último relato demonstra que a pandemia afetou também o cotidiano das crianças, exigindo adaptações a novas formas de organização familiar.

Durante este período foi possível identificar uma excelente receptividade aos contatos feitos, em que as mães e pais esmeraram-se em encontrar formas de responder às perguntas e criaram suas próprias estratégias para manter contato com a equipe do PSP. Foram muitos os contatos que partiram das famílias após a ligação das terapeutas ocupacionais, através de fotos, vídeos, mensagens de texto e voz, fazendo perguntas ou simplesmente querendo mostrar como seu bebê estava bem. Estas informações demonstram que as famílias sentem-se vinculadas as profissionais do PSP e responsáveis pelo desenvolvimento de seus filhos.

Percebe-se que toda a organização do PSP durante o período de restrição dos atendimentos presenciais, envolvendo toda a equipe multiprofissional no processo, tornou

possível que as demandas familiares fossem acolhidas e encaminhadas. Do mesmo modo, os telemonitoramentos realizados pelas terapeutas ocupacionais, apesar de serem uma experiência inédita para as profissionais, permitiram o acolhimento e escuta qualificada das famílias em um momento de rupturas no cotidiano, assim como questões de participação ocupacional das crianças e identificação de alterações no DNPM.

Vale ressaltar que

a detecção precoce de atrasos é importante porque intervenções que ocorrem durante a primeira infância, além de trazer benefícios imediatos e de curto prazo para as habilidades das crianças, podem também criar condições para sustentar esses efeitos ao longo do tempo (GONTIJO et al, 2018, p. 74).

Destaca-se que a composição da equipe multiprofissional do PSP estudado é um ponto crucial para qualificar a assistência oferecida, permitindo a união entre saberes de diferentes núcleos profissionais. Conforme Froehlich et al (2020, p. 6), ambulatórios especializados no seguimento de prematuros, compostos por equipes multiprofissionais, são uma “estratégia para diminuir os impactos da prematuridade no desenvolvimento dos bebês”. As autoras complementam ainda que “a premissa de que tanto o bebê quanto seus familiares devem ser atendidos neste programa, amplia a assistência ultrapassando a visão unívoca da realização de uma avaliação, orientação e encaminhamento voltado, somente, para a condição clínica do bebê (paciente)” (FROEHLICH et al, 2020, p. 6).

2.2.2.3. Telemonitoramentos não realizados:

Conforme apresentado anteriormente, as terapeutas ocupacionais não conseguiram contato com 18 famílias. A idade destas crianças variou entre dez meses de idade corrigida e seis anos. A maior parte (38,88%) estava na faixa de dois a quatro anos, mas observou-se que as faixas de zero a dezoito meses e quatro a sete anos foram similares, com 27,77% cada. Em relação à IG das crianças ao nascer, oito (44,44%) são prematuras moderadas a tardias, oito (44,44%) são muito prematuras e apenas duas (11,11%) são prematuras extremas.

Após identificação das crianças que não passaram por telemonitoramento, a equipe continuou tentando estabelecer contato com as famílias através de busca ativa. Os dados dos pacientes foram encaminhados para Central de Regulação do Hospital, setor responsável pela marcação de consultas, ou repassados para a Secretaria Municipal de Saúde de cada paciente, para que a criança fosse localizada. Ainda, algumas famílias contataram o serviço para informar que trocaram o número de telefone ou mudaram de endereço, demonstrando que compreendem a importância e necessidade do acompanhamento especializado de suas

crianças em serviço especializado. Assim, das 18 crianças, nove foram atendidas presencialmente no PSP até dezembro de 2020.

É importante compreender que a não adesão ao acompanhamento especializado pode advir de vários fatores, incluindo aspectos do desenvolvimento da criança, do cuidador, da própria organização da família (FREIRE et al, 2018; GONTIJO et al, 2018), os quais podem ter sido impactados na pandemia, com rotinas de isolamento social, medo da contaminação, suspensão de contratos de trabalho, diminuição da renda familiar, entre outros. Ainda, cabe refletir os motivos pelos quais a equipe não conseguiu contato com as outras nove famílias, podendo tratar-se inclusive de dificuldades de acesso a dispositivos de tecnologia.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A excepcionalidade da situação atual exigiu que a equipe do PSP repensasse suas ações tanto na possibilidade de não colocar os usuários e profissionais em risco, quanto na manutenção da assistência à saúde da criança, também necessária. As ações ofereceram aos familiares das crianças a garantia de que seguiam sendo acompanhadas mesmo a distância, e à equipe, a experiência inédita e eficaz de que é possível acontecer um tipo diferente de acompanhamento, em situações extremas como a que foi vivenciada durante a pandemia do COVID-19.

Nesse sentido, compreende-se também que a Telessaúde tem potencial para tornar-se uma ferramenta complementar na assistência ofertada por ambulatórios de seguimento de prematuros. A descrição detalhada da metodologia de trabalho empregada no PSP, bem como os resultados e a discussão apresentados neste estudo podem contribuir na construção do conhecimento prático e teórico nesta modalidade, auxiliando outros profissionais na qualificação de seus atendimentos para esta população.

O telemonitoramento realizado pelas terapeutas ocupacionais permitiu a continuidade do acompanhamento e avaliação das crianças. Através desta nova forma de cuidar, foi possível detectar atrasos ou alterações no desenvolvimento e no cotidiano das crianças, realizar intervenções, encaminhamentos, prestar orientações e acolher as famílias em suas necessidades e desejos, cumprindo efetivamente o papel do PSP mesmo durante a pandemia.

REFERÊNCIAS

- ALBAYRAK, B. et al. Clinical experience on video consultation in preterm follow-up care in times of the COVID-19 pandemic. **Pediatric Research** [online]. 2020. Disponível em: < <https://www.nature.com/articles/s41390-020-01169-9> >. Acesso em: 18 jan. 2021.
- ALKHALIFAH, S.; ALDHALAAN, H. Telehealth services for children with autism spectrum disorders in rural areas of the Kingdom of Saudi Arabia: overview and recommendations. **JMIR Pediatric and Parenting**, v. 1, n. 2, p. 1-7, 2018. Disponível em: < <https://pediatrics.jmir.org/2018/2/e11402/> >. Acesso em: 30 set. 2020.
- AOTA. AOTA position paper: Telehealth in Occupational Therapy. **The American Journal of Occupational Therapy**, v. 72, n. 2, p. 1-18, 2018. Disponível em: < <https://www.wota.net/assets/docs/AOTA%20telehealth%20position.pdf> >. Acesso em: 7 jul. 2020.
- BELTRAME, V.H. et al. Perfil sensorial e sua relação com risco psíquico, prematuridade e desenvolvimento motor e de linguagem por bebês de 12 meses. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 29, n. 1, p. 8-18, 2018. Disponível em: < <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/138550/147326> >. Acesso em: 29 jan. 2021.
- CAOT. **Position officielle de l'ACE La télé-ergothérapie et les services d'ergothérapie en ligne**. Ottawa: 2011. Disponível em: < [https://www.caot.ca/document/4197/L%20-%20La%20t%C3%A9l%C3%A9-ergoth%C3%A9rapie%20et%20les%20services%20dergoth%C3%A9rapie%20en%20ligne%20\(2011\).pdf](https://www.caot.ca/document/4197/L%20-%20La%20t%C3%A9l%C3%A9-ergoth%C3%A9rapie%20et%20les%20services%20dergoth%C3%A9rapie%20en%20ligne%20(2011).pdf) >. Acesso em: 16 jun. 2020.
- COFFITO. Resolução Nº 516, de 20 de março de 2020. Dispõe sobre a suspensão temporária do Artigo 15, inciso II e Artigo 39 da Resolução COFFITO nº 424/2013 e Artigo 15, inciso II e Artigo 39 da Resolução COFFITO nº 425/2013 e estabelece outras providências durante o enfrentamento da crise provocada pela Pandemia do COVID-19. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 mar. 2020. Seção 1, p. 184. Disponível em: < <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=15825> >. Acesso em: 21 mai. 2020.
- CORRÊA, V.A.C. et al. Isolamento social e ocupações. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, v. 4, n. 3, p. 351-369, 2020. Disponível em: < <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/34486/pdf> >. Acesso em: 15 jan. 2021.
- FOLHA, D.R.S.C.; BARBA, P.C.S.D. Produção de conhecimento sobre terapia ocupacional e ocupações infantis: uma revisão de literatura. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, v. 28, n.1, p. 227-245, 2020. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/cadbto/v28n1/2526-8910-cadbto-2526-8910ctoAR1758.pdf> >. Acesso em: 25 jan. 2021.
- FREIRE, L.M. et al. Fatores associados à não adesão ao seguimento ambulatorial de egressos de terapia intensiva neonatal. **Revista escola de enfermagem da USP**, v. 52, [online], 2018. Disponível em: < https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v52/pt_1980-220X-reeusp-52-e03372.pdf >. Acesso em: 21 jan. 2021.
- FROELICH, L. T. C. et al. Perfil do bebê e familiares assistidos em um Ambulatório de Seguimento de Prematuros. **Revista Saúde (Santa. Maria)**, v. 46, n. 2, p. 1-13, 2020. Disponível em: < <https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/41809/pdf> >. Acesso em: 17 jan. 2020.
- GONTIJO, M. L. et al. Evasão em ambulatório de seguimento do desenvolvimento de pré-termos: taxas e causas. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 26, n. 1, p. 73-83, 2018. Disponível em: < <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1784> >. Acesso em: 01 jun. 2020.
- HOOGSTRATEN, A.M.R.J. et al. A complementaridade entre sinais PREAUT e IRDI na análise de risco psíquico aos nove meses e sua relação com idade gestacional. **CoDAS**, v. 30, n. 5, [online], 2018. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822018000500309&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 20 jan. 2021.
- KUPFER, M. C. M. et al. Valor preditivo de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil: um estudo a partir da teoria psicanalítica. **Latin American Journal of Fundamental Psychopathology Online**, v. 6, n. 1, p. 48-68, 2009. Disponível em: <

https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/valor_preditivo_de_indicador_2009_inedito.pdf >. Acesso em 14 de janeiro de 2021.

MARCUARTÚ, A.C.; MALVEIRA, S.S. Perfil de Recém-Nascidos Prematuros de Muito Baixo Peso Internados em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais. **Revista Brasileira De Ciências Da Saúde**, v. 21, n. 1, p. 5-10, 2017. Disponível em: < <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/view/28551> >. Acesso em: 18 jan. 2021.

MARTINO, M.S. et al. Comparação do desempenho cognitivo entre escolares nascidos prematuros segundo presença de hemorragia intracraniana no período neonatal. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 19, n. 3, p. 513-520, 2019. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292019000300513&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 20 jan. 2021.

MENEGAT, D. **Ocupações de mães de bebês pré-terms durante a internação e após a alta hospitalar**. 2020. 170p. Tese (Doutorado em Terapia Ocupacional) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2020. Disponível em: < <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/12867/TESE%20DANUSA%20MENEGAT.pdf?sequence=1&isAllowed=y> >. Acesso em: 15 jan. 2020.

MIATELLO, A. et al. Seguimento ambulatorial dos recém-nascidos de alto risco de um hospital escola do noroeste paulista. **CuidArte Enfermagem**, v. 13, n.2, p. 106-110, 2019. Disponível em: < <http://www.webfipa.net/facfipa/ner/sumarios/cuidarte/2019v2/106.pdf> >. Acesso em: 18 jan. 2021.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14 ed. São Paulo: Ed. Hucitec Editora, 2014, 407 p.

MORAIS, A.S. **Usos e apropriações de Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil por Agentes Comunitários de Saúde: uma experiência de formação**. 2013. 175p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. Disponível em: < https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47131/tde-30072013-122005/publico/morais_corrigida.pdf >. Acesso em: 14 jan. 2021.

MOTA, A.D.P. et al. Associação entre sinais de sofrimento psíquico até dezoito meses e rebaixamento da qualidade de vida aos seis anos de idade. **Psicologia USP**, v. 26, n. 3, p. 464-473, 2015. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642015000300464&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 20 jan. 2021.

PANCERI, C. et al. A influência da hospitalização no desenvolvimento motor de bebês internados no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Revista HCPA**, v. 32, n. 2, p. 161-168, 2012. Disponível em: < <https://www.seer.ufrgs.br/hcpa/article/view/25819/19176> >. Acesso em: 22 jan. 2021.

PARSONS, D. et al. Parent-Mediated Intervention Training Delivered Remotely for Children With Autism Spectrum Disorder Living Outside of Urban Areas: Systematic Review. **Journal of Medical Internet Research**, v. 19, n. 8 (Internet), 2017. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5575423/> >. Acesso em: 18 jan. 2021.

PERUZZOLO, D.L. et al. Participação da Terapia Ocupacional em equipe do Programa de Seguimento de Prematuros Egressos de UTINs. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 22, n. 1, p. 151-161, 2014. Disponível em: < <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/976/499> >. Acesso em: 12 jun. 2020.

PERUZZOLO, D.L. Uma hipótese de funcionamento psicomotor como estratégia clínica para o tratamento de bebês em intervenção precoce. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 23, n.3, p. 427-434, 2017. Disponível em: < <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1621/858> >. Acesso em: 02 fev. 2021.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Saúde. Resolução nº 105/11, de 12 de maio de 2011. Comissão Intergestores Bipartite/RS. **Diário Oficial do Estado do Rio Grande do Sul**, Pelotas, 12 de maio de 2011.

Disponível em: < <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20170217/23101759-1339528527-cibr105-11.pdf> >. Acesso em: 25 mai. 2020.

SANTANA, R.R. et al. Fatores associados ao desenvolvimento motor de pré-escolares de uma escola pública de João Pessoa, Paraíba. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 28, n. 3, p. 299-308, 2018. Disponível em: < <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/123456> >. Acesso em: 20 de janeiro de 2021.

SANTOS, M.T.N. et al. Aplicação da telessaúde na reabilitação de crianças e adolescentes. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 32, n. 1, p. 136-143, 2014. Disponível em: < https://www.scielo.br/pdf/rpp/v32n1/pt_0103-0582-rpp-32-01-00136.pdf >. Acesso em: 18 jan. 2021.

SILVA, R.M.M. et al. Oportunidades de cuidados à criança prematura: visita domiciliar e suporte telefônico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, [online], 2020. Disponível em: < https://www.scielo.br/pdf/rlae/v28/pt_0104-1169-rlae-28-e3308.pdf >. Acesso em: 20 jan. 2021.

SOUZA, A.C.F.S. et al. Análise das habilidades pragmáticas de crianças nascidas pré-termo. **Audiology – Communication Research**, v. 25 [online], 2020. Disponível em: < <https://www.scielo.br/pdf/acr/v25/2317-6431-acr-25-e2263.pdf> >. Acesso em: 21 jan. 2021.

WHO. **Born Too Soon: The global action report on preterm birth**. Geneva. 2012. Disponível em: https://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf >. Acesso em: 10 jan. 2021.

WFOT. Posicionamento Público: Resposta da Terapia Ocupacional à pandemia do COVID-19. **Revista Interinstitucional de Terapia Ocupacional**, v. 4, n. 3, p. 416-421, 2020. Disponível em: < <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/34011/pdf> >. Acesso em: 21 mai. 2020.

ANEXO A – NORMAS PARA SUBMISSÃO DA REVISTA INTERINSTITUCIONAL BRASILEIRA DE TERAPIA OCUPACIONAL

Estrutura do texto para Artigos Originais:

Os artigos originais devem ter, no máximo 6.000 (seis mil) palavras - não incluindo resumos, referências e ilustrações - e no máximo 5 (cinco) ilustrações (quando houver).

Título: português, inglês e espanhol.

Resumo: Devem ter obrigatoriamente no mínimo 150 palavras e, no máximo, 250. Devem obrigatoriamente seguir: Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados/Discussão e Conclusões.

Introdução: Deve contemplar a apresentação e/ou justificativa do trabalho, sua relação com outras publicações, esclarecendo o estado atual em que se encontra o objeto investigado e/ou apresentando a base teórica adotada. No último parágrafo deve ser descrito o objetivo.

Materiais e Métodos: Inclui a descrição das ferramentas e procedimentos empreendidos para o desenvolvimento do trabalho, a caracterização do contexto da pesquisa e/ou da população estudada, o período de realização, o referencial teórico e/ou as técnicas escolhidas para a análise de dados e/ou discussão do tema proposto.

Resultados: Descreve a exposição objetiva do que foi observado em relação aos objetivos propostos. Pode ser apoiado em gráficos e tabelas.

Discussão: Apresenta a relação teórica e argumentativa com os resultados obtidos, estabelecendo compatibilidade ou não com resultados anteriores de outros autores e/ou dialogando com o referencial teórico adotado.

Conclusões ou Considerações Finais: Apresentam as considerações fundamentadas dos Resultados e Discussão. Devem responder ao objetivo inicial.

Referências: Seguir a orientação do formato/normas Vancouver. Devem ter obrigatoriamente o mínimo de 10 referências e no máximo 30.

Apêndices: Devem ser colocados ao final do trabalho, somente quando extremamente necessários.

Estrutura para a construção de Tabelas e Figuras no corpo do manuscrito:

- **Tabelas:** Devem estar citadas no texto através de numeração crescente (ex.: tabela 1, tabela 2, tabela 3) e apresentar legenda numerada correspondente à sua citação. As tabelas deverão ser apresentadas em formato editável (indica-se, preferencialmente, o uso do

programa Microsoft Word 2007 ou posterior para preparação e envio das tabelas em formato.doc). Tabelas devem estar também devidamente identificadas e em escala de cinza e inseridas no texto e não ao final do documento, na forma de anexos. Todo quadro deve ser nomeado como tabela em *sua parte superior*.

- **Figuras:** As figuras (diagramas, gráficos, imagens e fotografias) devem ser fornecidas em alta resolução (300 dpi), em JPG ou TIF, coloridas ou em preto e branco, e devem estar perfeitamente legíveis. Toda figura deve estar citada no texto através de numeração crescente (ex.: figura 1, figura 2, figura 3) e deve apresentar legenda numerada correspondente. As figuras devem estar inseridas no texto, em formato editável, e não ao final do documento, na forma de anexos. Todo diagrama, gráfico, imagem e/ou fotografia deve ser nomeado(a) como figura na *sua parte inferior*.

Citações no texto

A Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional - REVISBRATO adota as normas de *Vancouver*.

As citações de fontes consultadas variam em decorrência da inserção no texto. Todas as citações devem ser numeradas pela sua ordem de aparecimento no texto.

Citação direta: acontece quando a fonte textual é transcrita na íntegra: Deve ser colocada entre aspas (“”) quando inserida dentro do parágrafo e não atinge mais que três linhas. Exemplo:

... “nos tira de uma posição predominantemente contemplativa mediada pela distância e nos localiza em um cenário estético” (p. 70)²

Citação direta no texto com mais de 3 linhas: Deve ser destacada com recuo de 4 cm da margem esquerda (1 tab) com fonte 10 (sem colocar a citação entre aspas). Deve ser indicada por página e numerado por ordem da referência como aparece no texto..

O reformismo de maneira alguma favorecerá a relação saúde/mudança social, como mudança revolucionária, pois, ao contrário, é uma forma de camuflar, a preservação do sistema. Não é apenas aperfeiçoando as instituições de saúde ou dotando-as de melhores recursos tecnológicos que se mudará a sociedade. Nos deteremos apenas no entendimento da saúde como mudança revolucionária (p. 64)³.

Citação indireta ou livre: acontece quando o autor do manuscrito reproduz o conteúdo, a ideia, do documento original. É descrita no próprio corpo do texto e deve ser indicado, em qualquer parte, o autor original. Exemplo:

Segundo Feriotti⁶ compreender a dimensão do conhecimento...

Citação da fonte secundária (citação de citação): Trata-se de uma obra (secundária) que referencia a obra primária. Deve ser utilizada somente quando as fontes primárias não estão mais disponíveis em edição ou desatualizadas. Deve ser utilizado o termo *apud* (em itálico). Exemplo:

“Essa condição influencia e explica a reação emocional quando ocorre uma perda significativa, dentre elas, uma perda relacionada à atividade ocupacional” (Freitas¹⁷ *apud* Correia⁴, p. 161).

Citação referente a trabalhos de três ou mais autores: Até dois autores, ambos devem ser citados/descritos. Quando a obra foi escrita por mais de dois autores deve ser descrito o nome do primeiro autor seguido de *et al* (em itálico). Exemplo:

Citação indireta: Ariño *et al*⁸ destacam que nenhum fenômeno relacionado a desastres ambientais... ou

Citação direta: “Ningún desastre puede ser entendido de manera aislada” (Ariño *et al*, p. 206)⁸

Referências:

Devem ser organizadas e descritas pela ordem de aparecimento no texto pelo último sobrenome do primeiro autor. Todos os autores dos trabalhos devem ser citados. Coloca-se primeiro o último sobrenome do autor (não colocar em caixa alta) seguido do nome e sobrenomes sem vírgulas entre si. Os títulos dos periódicos devem ser abreviados pela “*List of Journals Indexed in Index Medicus*”. A REVISBRATO sugere que sejam utilizadas 30 referências no máximo (seguir as orientações de cada seção). **O texto de referências não deve ser justificado.** Sugerimos, no caso de artigos em periódicos, a colocação de DOI, quando houver.

A seguir, são apresentadas referências de diversos tipos de documentos.

Livro: De Carlo MMRP; Bartalotti CC. *Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e perspectivas*. 2ª ed. São Paulo:Plexus Editora; 2001.

Capítulo de livro: Dorneles P. *Acessibilidade Cultural uma nova atuação dos terapeutas ocupacionais*. In: Santos V dos; Gallassi AD. *Questões Contemporâneas da Terapia Ocupacional na América do Sul*. 1ª ed. Curitiba: Editora CRV; 2014. p. 151-158.

Artigo de periódico: Morato GG; Lussi IAO. *A prática do terapeuta ocupacional em iniciativas de geração de trabalho e renda: contribuição dos fundamentos da profissão e das dimensões da categoria trabalho*. *Rev Ter. Ocup.Univ. São Paulo*. 2015; 26(1):66-73.

Tese: Pina-Oliveira AA. Avaliação translacional de extensão em núcleos acadêmicos (ATENA): estudos de casos múltiplos sobre a promoção do desenvolvimento infantil [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2014.

Documentos eletrônicos: Brasil. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (Coffito). Resolução nº383, de 22 de dezembro de 2010. Define as competências do terapeuta ocupacional nos contextos sociais e dá outras providências. Diário Oficial da república Federativa do Brasil, Brasília, DF; 2010. [acesso em 2015 dez. 17]. Disponível em: http://www.coffito.org.br/publicacoes/pub_view.asp?cod=1960&psecao=9.