

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E DANÇA  
CURSO DE FISIOTERAPIA

**Bruna Dal Castel Biondo**

**PERCEPÇÃO DOS CUIDADORES SOBRE A TELEREABILITAÇÃO DA  
FISIOTERAPIA EM BEBÊS DE RISCO ATÉ OS TRÊS ANOS DE IDADE:  
BARREIRAS E FACILITADORES**

Porto Alegre, Brasil

2022

**Bruna Dal Castel Biondo**

**PERCEPÇÃO DOS CUIDADORES SOBRE A TELEREABILITAÇÃO DA  
FISIOTERAPIA EM BEBÊS DE RISCO ATÉ OS TRÊS ANOS DE IDADE:  
BARREIRAS E FACILITADORES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado  
como requisito parcial à conclusão do Curso  
da Graduação em Fisioterapia da  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientador (a): Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carla Skilhan de Almeida  
Coorientador (a): Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Laís Rodrigues Gerzson

Porto Alegre

2022

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> **Carla Skilhan de Almeida**, e à Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> **Laís Rodrigues Gerzson**, pela confiança e pelos ensinamentos adquiridos durante este processo.

À minha mãe, **Nádia Dal Castel Bayer**, uma das mulheres mais batalhadoras que conheço e a grande responsável por tornar tudo isso possível. Ao meu padrasto, **Davi Bayer**, por estar ao meu lado nos últimos 14 anos desempenhando o papel de segundo pai.

Aos meus padrinhos, **Rosinete Dal Castel** e **Jaime Dal Castel**, grandes incentivadores e apoiadores dos meus sonhos.

Às minhas afilhadas, **Kaiane Pieri** e **Clara Gomes**, e à minha irmã **Laura Bayer**, principais inspirações para que eu seja uma pessoa melhor todos os dias.

À minha família da Universidade, **Daniela Otto**, **Isadora Pizzato**, **Jennifer Benedetto**, **Jéssica Secrieru**, **Rafael Gomes** e **Sofia Paiva**, peças essenciais desta trajetória e sem *sombra* de dúvidas, insubstituíveis.

A **todos os amigos e familiares** que, de alguma forma, estiveram comigo neste percurso.

A todos **participantes da PIMP** por confiarem no nosso trabalho.

Aos **pais participantes** desta pesquisa.

A todos os **professores do curso**, pessoas brilhantes que possuem o poder de nos moldar, transformando-nos em profissionais melhores.

À **banca examinadora**, pela disponibilidade e atenção.

**EPÍGRAFE**

*“Contemplar o belo é fazer das pequenas coisas um espetáculo aos nossos olhos”.*

(Augusto Cury)

**Bruna Dal Castel Biondo**

**PERCEPÇÃO DOS CUIDADORES SOBRE A TELEREABILITAÇÃO DA  
FISIOTERAPIA EM BEBÊS DE RISCO ATÉ OS TRÊS ANOS DE IDADE:  
BARREIRAS E FACILITADORES**

Conceito final:

Aprovado em: ..... de ..... de .....

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Luiz Fernando Calage Alvarenga - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Renata D'Agostini Nicolini Panisson - Faculdade da Serra Gaúcha

---

Orientadora - Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carla Skilhan de Almeida - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

## RESUMO

**Introdução:** Nos três primeiros anos de vida o bebê está mais suscetível à plasticidade cerebral, processo que auxilia na sua transformação e aprendizagem, tornando-se de suma importância a realização de intervenções precoces nesses sujeitos quando são considerados de risco. Com a eclosão da pandemia no mundo os bebês pararam de receber este atendimento presencialmente, necessitando de um novo formato de acompanhamento: a telerreabilitação. Logo, a comunidade científica interessou-se por compreender o processo desse momento, as inseguranças e os medos das pessoas envolvidas, para melhorar cada vez mais esta relação, diminuindo as barreiras associadas. **Objetivo:** Verificar as percepções dos cuidadores sobre o atendimento remoto da fisioterapia em bebês considerados de risco entre zero e três anos, e compreender quais foram as barreiras e os facilitadores vivenciados durante esse tipo de atendimento. **Materiais e Métodos:** Pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso institucional. **Resultados:** Foram entrevistados oito cuidadores. Os bebês tinham de oito meses de idade corrigida (IC) até dois anos e onze meses. Na soma do questionário econômico obteve-se as seguintes classificações: B1, B2, C1 e C2. Em relação ao grau de escolaridade da pessoa que mais contribui com a renda da casa, uma completou o ensino fundamental, três o ensino médio e quatro o ensino superior. No AHEMD-IS apenas um lar foi classificado como excelente, apresentando ampla quantidade de variedade e oportunidades. Percepções: privilegiados, satisfeitos e agradecidos mesmo com dificuldades, falta de conhecimento e limitações. Aumento da conexão pai-filho e mais tempo com a criança, possibilitando conhecê-la melhor. Barreiras: falta de equipamentos/acessórios, o ambiente não estava preparado, falta de colaboração da criança e conexão com a internet. Facilitadores: suporte contínuo dos profissionais, flexibilidade de horários, adaptação ao ambiente da família, não precisar se locomover e a comodidade de estar em casa. **Conclusão:** A telerreabilitação deve ser pensada como uma opção viável pós pandemia para garantir o cuidado ou a sequência dele para os pacientes, pois apresentou facilidades para os profissionais e cuidadores e, foi capaz de incluir as famílias na intervenção, permitindo a participação deles no tratamento de seus filhos.

**Palavras-chave:** Telerreabilitação; Percepção; Cuidadores; Grupos de Risco; Recém-Nascido

## ABSTRACT

**Introduction:** In the first three years of life, babies are more susceptible to brain plasticity, a process that aids in their transformation and learning. Then, making early interventions in these subjects is important when they are considered at risk. With the outbreak of the pandemic in the world, babies stopped receiving this care in person, requiring a new format of monitoring: telerehabilitation. Soon, the scientific community became interested in understanding the process of this moment, the insecurities and fears of the people involved, to improve this relationship more and more, reducing the associated barriers. **Objective:** To verify the caregivers' perceptions about remote physiotherapy care in babies who are considered at risk whose ages range between zero and three years old, and to understand what were the barriers and facilitators experienced during this type of care. **Materials and Methods:** Qualitative research of the institutional case study type. **Results:** Eight caregivers were interviewed. Babies ranged from eight months of corrected age (CI) to two years and eleven months. In the sum of the economic questionnaire, the following classifications were obtained: B1, B2, C1 and C2. Regarding the level of education of the person who contributed the most to the household income, one completed elementary school, three completed high school and four completed higher education. On AHEMD-IS, only one home was rated excellent, presenting a wide range of variety and opportunities. Perceptions: privileged, satisfied and grateful even with difficulties, lack of knowledge and limitations. Increased parent-child connection and more time with the child, making it possible to get to know each other better. Barriers: lack of equipment/accessories, the environment was not prepared, lack of child collaboration and internet connection. Facilitators: continuous support from professionals, flexible schedules, adaptation to the family environment, not having to move around and the convenience of being at home. **Conclusion:** Telerehabilitation should be thought of as a viable post-pandemic option to ensure care and the sequence of care for patients, as it presented facilities for professionals and caregivers, and was able to include families in the intervention, allowing their participation in the treatment.

**Keywords:** Telerehabilitation; Perception; caregivers; Risk Groups; Newborn

**SUMÁRIO**

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>09</b>
<b>ARTIGO .....</b>	<b>10</b>
<b>PÁGINA DE ROSTO .....</b>	<b>10</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>11</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>11</b>
<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>13</b>
<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>25</b>
<b>FOLHA DE ROSTO.....</b>	<b>28</b>
<b>ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DA PRÓ-REITORIA DE PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (PROPESQ -UFRGS) .....</b>	<b>29</b>
<b>ANEXO II - NORMAS DA REVISTA MOVIMENTA.....</b>	<b>34</b>
<b>ANEXO III - CONFIRMAÇÃO DE ENVIO DO ARTIGO.....</b>	<b>46</b>



## **APRESENTAÇÃO**

Com a pandemia do Coronavírus houve a necessidade de repensar o nosso modo de atendimento com o objetivo de não deixar os pacientes do Projeto de Intervenção Motora Precoce (PIMP) sem o acompanhamento fisioterapêutico, visto que por serem bebês de risco necessitam desse seguimento semanalmente. A telerreabilitação apareceu como uma forma de dar continuidade ao cuidado, bem como, propiciar atenção para as famílias participantes do projeto com o propósito de orientá-las sobre o desenvolvimento de seus filhos.

Diante desse novo cenário, interessamo-nos em investigar como os cuidadores dos bebês sentiram o atendimento remoto e como poderia ser melhor estruturado para que fosse proveitoso para todas as partes envolvidas (terapeuta, família e paciente). Sendo assim, realizou-se uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso visando analisar as percepções, as barreiras e as facilidades que os cuidadores encontraram durante os atendimentos que foram propostos e, se na visão deles, esses encontros estavam sendo efetivos. O estudo foi realizado somente após a aprovação do Parecer Consubstanciado da Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PROPESQ- UFRGS) (ANEXO I).

Informo que o estudo foi estruturado em forma de artigo seguindo as normas de formatação da Revista MOVIMENTA da Universidade Estadual de Goiás (ISSN 1984-4298), encontradas no ANEXO II, e também, que já foi realizada a submissão do artigo conforme consta no ANEXO III. A pesquisa contou com a orientação e colaboração da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Carla Skilhan de Almeida e da coorientação da Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Laís Rodrigues Gerzson.

**Percepção dos cuidadores sobre a telerreabilitação da fisioterapia em bebês de risco até os três anos de idade: barreiras e facilitadores**

**Caregivers perceptions about telerehabilitation physiotherapy on risk babies with ages less than three years old: barriers and facilitators**

**Título abreviado: Telerreabilitação: percepção, barreiras e facilidades**

**Short title: Telerehabilitation: perception, barriers and facilities**

**Resumo**

**Objetivo:** Verificar as percepções dos cuidadores sobre o atendimento remoto da fisioterapia em bebês considerados de risco entre zero e três anos, e compreender quais foram as barreiras e os facilitadores vivenciados durante esse tipo de atendimento. **Materiais e Métodos:** Pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso institucional. **Resultados:** Foram entrevistados oito cuidadores. Os bebês tinham de oito meses de idade corrigida (IC) até dois anos e onze meses. Na soma do questionário econômico obteve-se as seguintes classificações: B1, B2, C1 e C2. Em relação ao grau de escolaridade da pessoa que mais contribui com a renda da casa, uma completou o ensino fundamental, três o ensino médio e quatro o ensino superior. No AHEMD-IS apenas um lar foi classificado como excelente, apresentando ampla quantidade de variedade e oportunidades. Percepções: privilegiados, satisfeitos e agradecidos mesmo com dificuldades, falta de conhecimento e limitações. Aumento da conexão pai-filho e mais tempo com a criança, possibilitando conhecê-la melhor. Barreiras: falta de equipamentos/acessórios, o ambiente não estava preparado, falta de colaboração da criança e conexão com a internet. Facilitadores: suporte contínuo dos profissionais, flexibilidade de horários, adaptação ao ambiente da família, não precisar se locomover e a comodidade de estar em casa. **Conclusão:** A telerreabilitação deve ser pensada como uma opção viável pós pandemia para garantir o cuidado ou a sequência dele para os pacientes, pois apresentou facilidades para os profissionais e cuidadores e, foi capaz de incluir as famílias na intervenção, permitindo a participação deles no tratamento de seus filhos.

**Palavras-chave:** Telerreabilitação; Percepção; Cuidadores; Grupos de Risco; Recém-Nascido

**Abstract**

**Objective:** To verify the caregivers' perceptions about remote physiotherapy care in babies who are considered at risk whose ages range between zero and three years old, and to

understand what were the barriers and facilitators experienced during this type of care. **Materials and Methods:** Qualitative research of the institutional case study type. **Results:** Eight caregivers were interviewed. Babies ranged from eight months of corrected age (CI) to two years and eleven months. In the sum of the economic questionnaire, the following classifications were obtained: B1, B2, C1 and C2. Regarding the level of education of the person who contributed the most to the household income, one completed elementary school, three completed high school and four completed higher education. On AHMED-IS, only one home was rated excellent, presenting a wide range of variety and opportunities. Perceptions: privileged, satisfied and grateful even with difficulties, lack of knowledge and limitations. Increased parent-child connection and more time with the child, making it possible to get to know each other better. Barriers: lack of equipment/accessories, the environment was not prepared, lack of child collaboration and internet connection. Facilitators: continuous support from professionals, flexible schedules, adaptation to the family environment, not having to move around and the convenience of being at home. **Conclusion:** Telerehabilitation should be thought of as a viable post-pandemic option to ensure care and the sequence of care for patients, as it presented facilities for professionals and caregivers, and was able to include families in the intervention, allowing their participation in the treatment.

**Keywords:** Telerehabilitation; Perception; caregivers; Risk Groups; Newborn

## INTRODUÇÃO

Nos três primeiros anos de vida, o bebê está mais suscetível à plasticidade cerebral, processo que auxilia na sua transformação e aprendizagem. Através disso, esse bebê apresenta um maior potencial para alcançar o mais alto nível funcional, influenciando em uma vida saudável, onde há maiores chances de inclusão social<sup>1</sup>. Por conta disso, é de suma importância a realização de intervenções precoces nesses bebês quando são considerados de risco.

Alguns dos fatores que os caracterizam como bebês de risco para atraso no desenvolvimento são: o baixo peso ao nascer, a prematuridade, asfixias graves, anomalias congênitas, necessidade de internação ou intercorrências na maternidade ou em unidades de assistências, condição de moradia, a idade e o nível de escolaridade da mãe<sup>2</sup>. A fisioterapia pode proporcionar experiências a esses bebês, principalmente se for realizada de forma precoce. Também chamada de intervenção precoce (IP), ela vai caminhar em conjunto com o processo de maleabilidade cerebral, proporcionando uma reorganização cerebral, adaptações e novas conexões. A IP vai buscar utilizar a capacidade que o sistema nervoso tem de se desenvolver e se recuperar através da plasticidade, de aprendizados, experiências ambientais e após lesões<sup>3</sup>.

Quando eclodiu a COVID-19 no mundo, os bebês de risco pararam de receber este atendimento profissional presencialmente e um novo formato de intervenção se fez necessário: a telerreabilitação. O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO) permitiu, por meio da Resolução Nº 516 criada em março de 2020, que os atendimentos fossem realizados de forma não presencial<sup>4</sup>. Após isso, os serviços prestados pela telerreabilitação vem crescendo exponencialmente e são de amplo escopo. No âmbito da reabilitação, esse tipo de abordagem vem superando barreiras temporais, geográficas, sociais e financeiras. A mesma, vem sendo capaz de fortalecer a conexão entre os envolvidos, aprimorar os conhecimentos dos pacientes e familiares, fornecer trocas de informações, facilitar a educação do usuário, estabelecer e planejar metas<sup>5</sup>.

Um dos maiores benefícios deste tipo de atendimento é a capacidade de oferecer oportunidades de cuidados centrados no paciente e na família, mantendo esse distanciamento social e reduzindo a exposição ao vírus para todos<sup>6</sup>. Os cuidadores acabam tendo uma grande importância no processo, pois esse tipo de atendimento pode ser eficaz quando realizado na forma de *coaching*, ou seja, o fisioterapeuta realiza encontros síncronos com a família para que essa realize as sessões<sup>7</sup>.

Estudos durante à emergência da COVID-19 destacaram a sobrecarga que estava sendo enfrentada por cuidadores de crianças que apresentavam alguma deficiência no desenvolvimento neurológico. As principais preocupações analisadas eram relacionadas ao crescimento, desenvolvimento infantil e o medo de ficar sozinho e cuidar da criança, sem programas especializados e sem nenhum tipo de orientação<sup>8,9</sup>.

Então, a comunidade científica interessou-se por compreender o processo desse momento, as inseguranças e os medos das pessoas envolvidas, para melhorar cada vez mais esta relação, diminuindo as barreiras associadas. Uma revisão sistemática<sup>10</sup> analisou treze estudos referentes à telerreabilitação com crianças, onde a maioria dos pais/cuidadores e também dos profissionais pareciam estar satisfeitos com esse tipo de serviço. Os resultados do estudo supra citado também demonstraram a importância da adaptação das intervenções às necessidades específicas da criança.

Assim, interessamo-nos em saber quais as percepções dos cuidadores perante os atendimentos às crianças de forma remota, suas inseguranças, suas angústias, seus medos e se esses atendimentos, na visão deles, estavam sendo efetivos. Por isso, diante desse novo cenário, o objetivo da pesquisa foi verificar as percepções dos cuidadores sobre o atendimento remoto da fisioterapia em bebês considerados de risco entre zero e três anos, bem como, compreender quais foram as barreiras e os facilitadores vivenciados pelos cuidadores durante esse tipo de atendimento, com o intuito de melhorar cada vez mais esse modelo de serviço.

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

Desenvolveu-se uma pesquisa qualitativa do tipo estudo de caso institucional. Os sujeitos que colaboraram com a pesquisa participam ou participaram do Projeto de Intervenção Motora Precoce (PIMP), realizado na clínica de fisioterapia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). A PIMP atende bebês com atraso e/ou déficit no desenvolvimento motor entre zero e três anos. Atualmente, devido a pandemia, desde maio de 2020, o programa está acontecendo de forma remota.

No total treze cuidadores foram convidados para participar do estudo. No decorrer do processo foi utilizado o critério de saturação para o encerramento da coleta de dados, logo, a amostra final contou com oito participantes. A saturação ocorre quando pouca ou nenhuma informação nova sobre o assunto de interesse da pesquisa estiver sendo adquirida e os novos dados se enquadram nas categorias já desenvolvidas no processo de análise<sup>11</sup>. O critério de inclusão para participar do estudo era: ser cuidador de bebê de risco de zero a três anos;

participante ou que tenha participado dos atendimentos remotos da PIMP. O critério de exclusão foi a impossibilidade de acessar a *internet* ou de realizar vídeo chamada com a entrevistadora.

O contato com os participantes foi dado de forma individual, através do *WhatsApp*. Após o interesse em participar da pesquisa, os entrevistados preencheram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido via *Google Forms* (Formulários do *Google*) e, ao assinalarem a opção “**Eu aceito participar da pesquisa**”, a pesquisadora entrou em contato com esses cuidadores para confirmar o interesse e marcar dia e horário das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas de forma virtual, através de chamadas de vídeo, utilizando uma das seguintes plataformas: *Zoom* ou *Google Meet*. O processo foi dividido em duas partes: no início, foi realizada uma pequena *anamnese* com o objetivo de conhecer um pouco mais cada participante e foi aplicado o Questionário Econômico: Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB). O CCEB estima o poder de compra familiar e apresenta uma estimativa de renda média bruta familiar por classe. O instrumento foi utilizado apenas para caracterização das amostras e a pontuação foi somada manualmente, com os valores fornecidos pelo questionário. Com a soma, foi possível classificar as famílias nas seguintes classes: A, B1, B2, C1, C2, D e E, sendo que, quanto mais longe da A, menor a renda familiar.

Após, foi realizada uma entrevista semiestruturada com 18 questões, sendo o principal instrumento para coleta de dados. A entrevista elaborada visou contemplar questões sobre a percepção dos cuidadores sobre a telerreabilitação, a relação cuidador-bebê na hora do atendimento remoto, os efeitos desse tipo de atendimento na criança, barreiras e facilitadores encontrados na hora da realização dos exercícios propostos. Ao final da entrevista foi aplicado o questionário *Affordances in the Home Environment for Motor Development - Infant Scale: (AHEMD-IS)* para descrever as características ambientais. É um instrumento que aborda o autorrelato dos pais, avaliando a qualidade e quantidade dos recursos disponíveis no ambiente domiciliar. As pontuações foram obtidas através das calculadoras: *AHEMD-IS Calculador 3 to 11 meses Beta 1.0.xls*<sup>12</sup> e *AHEMD Calculador VP Beta 1.6*<sup>13</sup>.

Todo esse processo levou aproximadamente 40 minutos. As chamadas de vídeo foram gravadas e salvas em um HD externo, após, sendo apagadas de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou *nuvem*.

A análise foi realizada a partir da transcrição da entrevista gravada pela entrevistadora, os sujeitos entrevistados receberam a transcrição para aprovarem o conteúdo e fazerem as

devidas modificações que achassem necessárias e, a partir disso, compreendeu-se o conteúdo dos depoimentos registrados.

As entrevistas foram submetidas à leitura preliminar para aumentar o contato do investigador com o material coletado, em seguida, procedeu-se a exploração propriamente dita do material, em que foram identificadas as ideias centrais das respostas. Os resultados das entrevistas foram trabalhados através da análise de conteúdo e, para isso, foi criado um quadro para organizar as unidades temáticas previamente definidas nas questões de pesquisa (percepção, facilitadores e barreiras), seguindo o modelo de Bardin<sup>14</sup>. A partir disso, foi possível compreender o conteúdo dos depoimentos registrados, transpor os conteúdos escritos nas falas, comparar os diferentes relatos dos participantes e sintetizá-los em torno das temáticas citadas acima. Foram criadas categorias de análise que respondiam aos objetivos específicos do estudo. E, por fim, comparou-se as respostas dos entrevistados nas distintas categorias para o desenvolvimento do trabalho<sup>15</sup>. Foram criadas cinco categorias para realizar a interpretação das entrevistas: características clínicas dos bebês, escolaridade e nível socioeconômico do cuidador, características ambientais, percepções dos atendimentos, barreiras e facilitadores. Para manter o anonimato dos participantes seus nomes foram substituídos por espécies de flores.

Os questionários (CCEB, AHEMD-IS) foram utilizados com o objetivo de descrever as condições socioeconômicas e algumas características ambientais respectivamente dos participantes do estudo, complementando as perguntas da *anamnese*.

A pesquisa foi iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (nº 4.849.222, CAAE: 48119121.0.0000.5347), respeitando os Critérios Éticos da Resolução 466/12 versão 2012 das Normas de Pesquisa em Saúde do Conselho Nacional de Saúde e do Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

No total foram entrevistados oito cuidadores, apenas dois ainda participavam do projeto e os demais já tinham recebido alta ou sido encaminhados para outras instituições devido ao diagnóstico de Paralisia Cerebral (PC), necessitando continuidade dos atendimentos. Dois bebês haviam realizado atividades de forma presencial e

consequentemente foram os que ficaram mais tempo em atendimento com a PIMP, um com o diagnóstico de Síndrome de *Down* (SD) e outro com PC.

Quando há suspeitas de que o bebê está em risco para desenvolver a PC deve-se encaminhá-lo precocemente a uma equipe específica para que tenha uma investigação diagnóstica precisa, possibilitando uma intervenção adequada e a possibilidade de uma rede de apoio para seus cuidadores<sup>16</sup>. Hadders-Algra<sup>17</sup> relata que há amplas evidências disponíveis sobre a intervenção realizada de forma precoce e salienta em sua análise resultados significativos em bebês com risco baixo a moderado de PC e deficiência intelectual. Os objetivos devem ser: aprimorar resultados motores, a cognição e comunicação, utilizando técnicas que proporcionem aprendizagem e neuroplasticidade, prevenir deficiências secundárias, diminuir complicações que pioram ou interferem no aprendizado, e promover o enfrentamento e a saúde mental dos pais, para reduzir estresse, ansiedade e depressão<sup>16</sup>.

#### Características clínicas dos bebês

Na tabela I estão descritas as características clínicas dos bebês participantes do projeto.

**Tabela I – Características clínicas dos bebês**

	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Diagnóstico</b>
<b><i>Bebê I</i></b>	Masculino	10 meses	Prematuro
<b><i>Bebê II</i></b>	Masculino	1 ano e 10 meses	Prematuro Extremo
<b><i>Bebê III</i></b>	Masculino	2 anos e 6 meses	Paralisia Cerebral
<b><i>Bebê IV</i></b>	Feminino	9 meses	Indefinido
<b><i>Bebê V</i></b>	Feminino	1 ano e 10 meses	Prematura Extrema
<b><i>Bebê VI</i></b>	Masculino	2 anos e 11 meses	Paralisia Cerebral
<b><i>Bebê VII</i></b>	Feminino	2 anos e 5 meses	Síndrome de Down
<b><i>Bebê VIII</i></b>	Feminino	2 anos e 1 mês	Prematura Extrema

No que se refere aos bebês prematuros, eles correm maior risco de apresentar alguma alteração no seu desenvolvimento neurológico quando comparados com uma criança que nasceu a termo<sup>18</sup>. Sanchez *et al.*<sup>19</sup>, observaram em seu estudo que as crianças nascidas precocemente demonstram maiores dificuldades de linguagem, sendo maior este déficit em crianças que nasceram antes das 30 semanas de gestação, que apresentam algum diagnóstico de desenvolvimento, ser do sexo masculino e ter alto risco social.



Prematuros com possíveis problemas de desenvolvimento físico ou intelectual devem ser identificados de forma precoce para que haja implementação de ações o mais rápido possível. Torna-se importante também o acompanhamento dos que conseguiram atingir suas habilidades motoras no tempo da criança típica, visto que há déficits que podem aparecer tardiamente<sup>18</sup>. As crianças nascidas pré-termo apresentam um maior risco de alterações cognitivas, pior desempenho escolar e problemas comportamentais. Destacando o risco expressivo no Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e menor capacidade cognitiva no início vida adulta e na infância<sup>19</sup>.

### Escolaridade e nível socioeconômico do cuidador

Na soma do CCEB (questionário econômico) obteve-se as seguintes classificações: B1, B2, C1 e C2, sendo que apenas uma família apresentava a primeira (B1), quatro a segunda (B2), uma a terceira (C1) e duas a quarta (C2). Em relação ao grau de escolaridade da pessoa que mais contribuiu com a renda da casa, uma completou o ensino fundamental, três o ensino médio e quatro o ensino superior.

Os bebês vulneráveis apresentam vários fatores de risco, entre eles estão a baixa renda, falta de educação formal dos pais, longa carga horária de trabalho dos cuidadores e até mesmo a colocação em lares adotivos<sup>20</sup>. Crianças nascidas extremamente prematuras e com o status socioeconômico mais baixo apresentam resultados acadêmicos e neuro cognitivos menores aos 10 anos de idade quando comparadas as crianças de famílias com esse marcador elevado<sup>21</sup>.

Noble *et al.*<sup>22</sup> descobriram que a educação dos pais estava associada a área total cerebral das crianças. Isso indicou que qualquer ano de estudo a mais dos cuidadores estava associada a um aumento dessa área ao longo da infância e adolescência. A educação e a renda acabam sendo responsáveis pela variação nas regiões responsáveis pelo desenvolvimento da linguagem, funções executivas e memória.

Sendo assim, torna-se necessário que as intervenções para bebês com atraso no desenvolvimento de famílias que apresentam baixa renda e nível educacional menor seja uma prioridade, visto que os resultados para estas crianças não aparentam ser favoráveis no futuro se não receberem os cuidados adequados.

### Características ambientais

A AHEMD-IS é uma escala utilizada para medir as oportunidades do lar da criança para o seu desenvolvimento, incluindo espaço físico, variedade de atividades diárias e a quantidade de materiais lúdicos<sup>20</sup>. Na tabela II encontram-se as pontuações que os lares obtiveram após a aplicação da escala.

**Tabela II – Pontuação AHEMD-IS**

	<b>AHEMD-IS (3-18 meses)</b>	<b>AHEMD-IS (18-42 meses)</b>
<b>LAR I</b>	Pontuação excelente (32)	
<b>LAR II</b>		Pontuação média (11)
<b>LAR III</b>		Pontuação média (10)
<b>LAR IV</b>	Pontuação adequada (25)	
<b>LAR V</b>		Pontuação média (15)
<b>LAR VI</b>		Pontuação baixa (9)
<b>LAR VII</b>		Pontuação média (11)
<b>LAR VIII</b>		Pontuação média (11)

Um estudo que investigou os fatores ambientais e pessoais que explicam as habilidades funcionais e a assistência do cuidador em crianças até os 18 meses de idade nos trouxe que maiores oportunidades de estimulação no domicílio estão ligadas com a menor necessidade de assistência familiar na função social do bebê, sendo assim, um ambiente com estímulo adequado melhora e aumenta a independência dos mesmos<sup>12</sup>. Mas, mesmo com recursos mínimos, cuidadores com treinamento intensivo são capazes de realizar intervenções que promovam o desenvolvimento da criança<sup>20</sup>.

A seguir, serão apresentadas as três categorias temáticas que emergiram da análise das falas das participantes: 1) Percepções dos atendimentos; 2) Barreiras; 3) Facilitadores.

#### Categoria 1: Percepções dos atendimentos

Os cuidadores relataram o sentimento de privilégio e gratidão por poderem participar do projeto da PIMP. Ficaram contentes, satisfeitos e agradecidos com o atendimento que foi prestado, mesmo cientes que não foi um processo fácil. Em suas falas trouxeram que a telerreabilitação serviu para valorizar o trabalho da fisioterapia e o profissional.

*“Eu me sinto privilegiada, porque eu acredito que não sejam pra todos e todos não conheçam [...]. [...] me sinto extremamente agradecida, [...]*

*considero uma experiência que foi muito gratificante [...]. E valoriza três vezes mais ainda o trabalho de vocês, o sacrifício que vocês têm com bebês”. (Amarílis)*

*“Um privilégio na realidade, porque foi onde a gente encontrou um espaço. Porque até então, a gente recebeu aquele diagnóstico e não sabia o que fazer. Ai a gente chegou lá e foi super acolhida.” (Begônia)*

*“Ficamos bem contentes quando começou o atendimento da PIMP [...], ficamos contentes com o atendimento, com o desenvolvimento dela [...]. Então, nós ficamos bem satisfeitos com o atendimento online, cientes de que não foi um atendimento fácil.” (Cravo)*

Estudos atuais trouxeram que a telerreabilitação é viável e bem aceita pelas famílias, e relataram experiências positivas dos cuidadores que receberam atendimento de forma virtual, observando grandes benefícios no crescimento e desenvolvimento infantil. Mas como essas pesquisas foram realizadas no âmbito da pandemia, há a possibilidade de que esse resultado possa ter sido positivo por conta do momento que estamos vivendo<sup>9, 23, 24</sup>. Os achados de uma revisão sistemática revelaram o efeito positivo da telerreabilitação fisioterapêutica em crianças com diferentes condições clínicas durante a pandemia do COVID-19. Também mostraram que os profissionais e os pais/cuidadores destas crianças estavam satisfeitos com os serviços prestados remotamente<sup>10</sup>. Camden *et al.*<sup>7</sup> trouxeram que as intervenções realizadas de forma *online* podem ser tão eficazes quanto os atendimentos presenciais e aparentam ser uma abordagem promissora para a prestação de serviços de reabilitação para a população pediátrica.

Segundo a maioria dos entrevistados, o atendimento remoto permitiu que houvesse maior conexão entre cuidador e bebê, possibilitando ter mais tempo com a criança. Viram no atendimento uma forma de poder ajudar no tratamento do filho e poder conhecê-lo melhor. Alguns pais não viram diferença na relação e no tempo há mais com a criança, visto que independente do atendimento estariam juntos de qualquer forma.

Na pesquisa de Provenzi *et al.*<sup>9</sup> a maioria dos pais relatou um aumento nos sentimentos de engajamento, auto relevância, apoio percebido e reconhecimento de seu papel no cuidado da criança. A terapia de intervenção precoce prioriza a relação pai-filho provocando interações consistentes de alta qualidade desde a primeira infância. Com a distância do profissional, a entrega da reabilitação por telessaúde depende do uso de *coaching*

familiar, podendo melhorar a fidelidade dos pais ao papel de treinador, produzir resultados sociais e comportamentais equivalentes e fornecer tratamento eficaz para diferentes deficiências motoras<sup>25</sup>. A pandemia salientou a importância da família e o envolvimento de todos os seus integrantes na intervenção, bem como, a necessidade de promover uma parentalidade positiva em casa para potencializar o desenvolvimento da criança<sup>26</sup>. Com o atendimento realizado de forma remota, os familiares se tornaram os principais protagonistas do tratamento do bebê, fato que difere do atendimento presencial, onde, na maioria das vezes, o profissional é o único responsável pelas intervenções realizadas no paciente.

Esse tipo de atendimento foi desafiador para as famílias, pois além de terem as responsabilidades de mãe/pai, também tiveram a de terapeuta. O cuidador acabou se organizando no seu cotidiano para fazer as atividades na criança, visto que era a saída que tinha no período pandêmico. Muitos relataram a falta de conhecimento e limitações próprias na hora da realização dos exercícios propostos, mas frisaram o quão importante foi o suporte dos profissionais, tanto para auxiliar virtualmente na realização dos exercícios quanto para passar confiança.

*“[...] uma responsabilidade gigantesca. [...] além de ter que ter o cuidar dele, eu ainda tinha que realizar a fisioterapia, então, isso coloca uma responsabilidade na gente que não é só de mãe, mas também de profissional. [...], mas também ao mesmo tempo muito bom, porque isso cria uma conexão maior entre mãe e filho”. (Begônia)*

*“Mesmo sendo remoto ela me mostrava, ela pegava uma boneca, [...] ou ela mesmo fingia que era a criança pra mostrar o que que é que tinha que ser feito, né? Então é bastante atenção”. (Hortência)*

Em contrapartida, um estudo que descreveu o estado de saúde mental e a mudança na tensão percebida entre os cuidadores durante o surto de COVID-19 demonstrou que os familiares que realizaram a telerreabilitação e a terapia domiciliar pontuaram esses tipos de terapias como fisicamente tensas. Os cuidadores que não conseguiram aprender a terapia domiciliar estavam mais deprimidos e os que aprenderam os métodos acabaram experimentando mais tensão<sup>27</sup>. Este tipo de atendimento apareceu como uma “saída” no período pandêmico, mas acabou colocando mais uma responsabilidade no cuidador. Os participantes tiveram que se tornar “fisioterapeutas” mesmo sem os conhecimentos técnicos

necessários, aumentando suas inseguranças e medos. Então, entende-se que seria interessante discutir estes sentimentos com os familiares antes de iniciar esta forma de terapia.

Krasovsky *et al.*<sup>24</sup> identificaram uma alta sensação de presença e envolvimento dos terapeutas nesse tipo de atendimento pela visão das famílias, e também encontraram uma grande capacidade de manter a aliança terapêutica, visto que há uma necessidade de continuar prestando serviços pessoais e profissionais sem comprometer a essência principal do atendimento presencial. Esse achado compactua com os relatos dos participantes da pesquisa, visto que, independente do horário e do dia da semana, os profissionais estavam disponíveis para sanar as dúvidas das atividades propostas e até mesmo do diagnóstico do bebê.

Algumas famílias tinham o pré-julgamento de que o atendimento remoto não funcionaria, mas depois, no decorrer das sessões e observando a evolução da criança, mudaram de opinião. Com essa justificativa, três pessoas prefeririam seguir com o atendimento *online* caso a PIMP pudesse voltar presencialmente.

### Categoria 2: Barreiras

As principais barreiras apontadas pelos cuidadores foram: a falta de equipamentos/acessórios para a realização das atividades, o fato de que o ambiente (casa) não é preparado para a fisioterapia, falta de colaboração da criança (principalmente nas maiores, por já demonstrarem o que lhes desagradava) e a falta de conhecimento teórico/prático para a realização das atividades. A conexão com a *internet* e problemas com o próprio equipamento surgiram em poucas entrevistas.

*“[...] a conexão de internet às vezes era algo [...] que a gente não tem como controlar. É algo imprevisível [...]. Equipamentos, que nem eu te disse, não é que fosse difícil, mas a clínica já é preparada pra isso, a casa da gente não é preparada pra fazer fisioterapia”. (Amarilis)*

*“[...] falta de equipamentos, falta de habilidade e coordenação do executante da ação. Colaboração do bebê, chegou um momento que ela não queria mais fazer os exercícios. Material apropriado [...]”. (Cravo)*

*“[...] o que dificulta é a questão às vezes dos exercícios porque não estudei pra isso [...]. Então, eu acho que isso que dificulta, a falta de conhecimento mesmo na hora de executar as coisas com ela, né? Apesar de que elas me*

*explicam, elas mandam os vídeos, mas na prática ali com a criança se debatendo e não querendo fazer fica mais complicado [...]” (Lavanda)*

Uma revisão observou em 25 artigos, que os desafios mais comuns desse tipo de atendimento era o ceticismo, problema de conexão com a *internet* e questões legais, classificando-as em fatores humanos (aceitação, conhecimento e habilidades), técnicos e organizacionais<sup>28</sup>. Indo ao encontro de outra pesquisa, que demonstrou que os maiores desafios encontrados pelos pais foram os problemas de conexão, lacunas na alfabetização da *web* e dificuldades em seguir as instruções dadas pelo profissional<sup>9</sup>.

Dhiman *et al.*<sup>27</sup> demonstram que a maior tensão encontrada foi em cuidadores cuja percepção da terapia domiciliar foi de moderada a difícil. Com isso, trouxeram a necessidade de uma melhora na comunicação entre os profissionais responsáveis pela reabilitação e os cuidadores, com o objetivo de ensinar as estratégias de forma eficiente para reduzir o desgaste dos mesmos. Torna-se necessário intervenções de telerreabilitação que reflitam a melhora das práticas, aumentando as habilidades dos cuidadores para melhorar o desenvolvimento da criança: treinando a família, promovendo a transferência de conhecimento e capacitando<sup>7</sup>. Cabe ao terapeuta encorajar as famílias, reduzir as inseguranças e ter a capacidade de mostrar a importância delas nessa continuidade do cuidado.

Quando se fala de bebês de risco, sabe-se que estamos lutando contra o tempo em relação ao seu desenvolvimento, por isso deve-se potencializar ao máximo as habilidades dessa criança. Com a pandemia e a necessidade de dar seguimento ao tratamento, acabou não sendo tão importante o quanto os cuidadores conheciam da teoria das técnicas utilizadas, mas sim, que a atividade passada para a família fosse realizada conforme o combinado, garantindo a evolução do bebê.

Alguns pais apresentaram sugestões para a melhora da telerreabilitação, sendo elas: fornecimento de equipamentos ou até mesmo vídeos de como fazê-los em casa, uma lista com todos os materiais necessários até a alta da fisioterapia, ilustrações dos exercícios, ter mais sessões durante a semana e ter uma reavaliação pós-alta.

### Categoria 3: Facilitadores

A maior facilidade encontrada durante a telerreabilitação foi o suporte contínuo dos profissionais, por estarem sempre presentes e prestativos. Após esse apontamento, outro

facilitador foi a flexibilidade de horários para a realização da sessão, assim, o bebê não ficava sem atendimento.

*“[...] eu tiro minhas dívidas, medos, qualquer questionamento que eu tenha. Elas me orientam bastante, me ajudam bastante, [...] dão um suporte muito bom, não só nos encontros, como em qualquer horário [...]”. (Hibisco)*

*“[...] em questão de um não poder num dia e poder no outro [...] essa flexibilidade, se fosse presencial, nós não teríamos. [...] conseguimos ter semanas que achávamos que ia ser uma semana perdida e de repente nos sábados conseguíamos fazer os exercícios. [...] garantiu que quase praticamente toda semana, com poucas exceções, nós mantivemos os atendimentos”. (Cravo)*

Vilaseca *et al.*<sup>26</sup> observaram que os familiares das crianças que eram atendidas por um programa de intervenção precoce na Espanha ficaram satisfeitos com a atenção recebida do profissional durante o período de *lockdown*. O uso de uma abordagem de *coaching* (o terapeuta explica para a família o que fazer), programas implementados pelos pais e o tratamento em tempo real com as crianças são associados a intervenções mais eficazes, assim como ter as sessões programadas e pré-definidas, ajudando as famílias a identificar e atender melhor às suas necessidades.

A telerreabilitação pode ser utilizada com os objetivos de reduzir listas de espera, controlar casos crônicos não urgentes, proporcionar horários flexíveis de atendimento e reduzir o desgaste de comparecer às clínicas. Esse tipo de sistema pode estimular os pacientes a realizarem os exercícios em casa<sup>29</sup>. Pode ser visto também, como um serviço auxiliar útil para pacientes que residem longe e precisam percorrer uma longa distância até o atendimento ou como meio para avaliar a adequação e os equipamentos que não podem ser levados até o local da sessão<sup>23</sup>. O atendimento remoto não serviu somente para dar a continuidade do cuidado, mas também para fornecer a oportunidade de atendimento para famílias que moram longe e não apresentam condições de ir até o local, seja pela localização das suas casas ou pela dificuldade de locomoção. Além disso, foi possível ensinar os cuidadores sobre a importância da estimulação em casa, assim o familiar conseguiu perceber as oportunidades que a criança tem em seu ambiente e foi capaz de potencializá-la.

A fisioterapia foi capaz de se adaptar ao ambiente da pessoa e de utilizar os materiais que a família tinha em casa, sem necessidade de gastos financeiros expressivos. O fato de não

precisar se locomover, o cuidador só precisava parar de fazer suas atividades diárias na hora da sessão e voltar logo após. A comodidade de ser em casa, em um ambiente que a criança conhecia também foi apontado como um facilitador, visto que na clínica o bebê poderia estranhar o local, o examinador e isso acabar dificultando o atendimento.

*“Facilidade eu acho que foi com os exercícios propostos com o que a gente tivesse em casa, sabe? Nada que eu tivesse que comprar, que eu tivesse que procurar [...]”. (Calêndula)*

*“[...] por ser por vídeo a gente não ter que se deslocar, né? Porque toda aquela preparação pra poder ir pra fisio para toda a rotina. [...] tu para, só faz a fisio e tu já retorna o que tu tava fazendo [...]”. (Amarílis)*

*“[...] acho que por ela estar em casa, ela se desenvolvia muito mais rápido porque ela tá no ambiente dela. [...] às vezes que ela fez as sessões lá no [...] eu vi que ela ficava um pouquinho mais assustada [...]. Então em casa ela tava no conforto dela, com os brinquedinhos dela, [...] acho que isso facilitava”. (Lavanda)*

A telerreabilitação permite que o profissional continue a fornecer o treinamento da criança dentro das suas fases de aprendizado e em um ambiente onde ela precisa aperfeiçoar suas habilidades, é capaz de implementar as melhores práticas para este público promovendo seu conhecimento e desenvolvimento<sup>23,26</sup>. Pode fornecer aos terapeutas mais oportunidades para entender o local em que o paciente vive e transferir as competências para aquele cenário, além de fornecer o treinamento dos cuidadores para aumentar as oportunidades terapêuticas em casa<sup>30</sup>. A presença de irmãos ou brinquedos pessoais da criança são vistos como facilitadores da terapia<sup>24</sup>.

Uma pesquisa que teve como objetivo determinar as percepções de famílias e profissionais sobre o funcionamento do modelo de intervenção precoce durante a pandemia discutiu que os familiares sentiram que os profissionais foram capazes de oferecer orientações sobre como utilizar os materiais de casa para realizar as atividades e melhorar o desenvolvimento da criança<sup>26</sup>. Faz-se importante que os profissionais fiquem atentos às possibilidades, bem como, tenham a sensibilidade de conhecer um pouco da rotina familiar e como ela funciona, com o objetivo de entendê-la e adaptar-se. Com isso, torna-se necessário e



possível implementar atividades viáveis dentro daquele contexto sem sobrecarregar o cuidador.

Algumas limitações devem ser consideradas. O número pequeno de participantes por conta do critério de saturação, logo, seria interessante estudos com uma amostra maior para verificar se a telerreabilitação é viável permanecer após o período pandêmico.

## CONCLUSÃO

A telerreabilitação apareceu como uma estratégia durante a pandemia, mas, através dessa possibilidade, fomos capazes de ver algumas facilidades para o profissional e para a família. Por mais que o atendimento presencial seja a essência da fisioterapia e permita o toque no paciente, o atendimento remoto nos trouxe informações a mais sobre aquela criança e seu contexto familiar e, também, facilitou a vida de muitos cuidadores pelo fato de não terem que se deslocar para a clínica, garantindo o cuidado e assistência para diferentes públicos. Sendo assim, esse tipo de acompanhamento não deve ser visto apenas como uma medida utilizada para determinadas situações, mas como uma opção viável para que consigamos garantir o cuidado ou a sequência dele para nossos pacientes.

Ao mesmo tempo que a telerreabilitação apresenta pontos positivos, os cuidadores relataram um aumento de suas responsabilidades e também dificuldades teóricas/técnicas para realizar os exercícios na criança. Mesmo assim, os sentimentos de privilégio e gratidão foram os que prevaleceram por poderem participar do projeto e do desenvolvimento de seus filhos. O atendimento remoto acrescentou os cuidadores na intervenção e mostrou como o ambiente pode potencializar a evolução das crianças. Portanto, a telerreabilitação é uma estratégia importante, mas deve deixar claro que não substitui o atendimento presencial. A mesma pode e deve ser utilizada em momentos de dificuldade de acesso ao serviço, mas não como opção única.

## REFERÊNCIAS

1. Dos Santos Chiquetti EM, Valentini NC. Test of Infant Motor Performance for Infants in Brazil: Unidimensional Model, Item Difficulty, and Motor Function. *Pediatr Phys Ther.* 2020;32(4):390-397. doi:10.1097/PEP.0000000000000745.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. atual. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_saude\\_recem\\_nascido\\_v1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf) . Acesso em 14/03/2022.

3. Rotta NT, Filho CAB, Bridi FS. Plasticidade Cerebral e Aprendizagem: Abordagem Multidisciplinar. Porto Alegre: Artmed; 2018.
4. Brasil. Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO). Resolução nº 516, de 20 de março de 2020. Disponível em: <https://www.coffito.gov.br/nsite/?p=15825>. Acesso em 6/04/2022.
5. Galea MD. Telemedicine in Rehabilitation. *Phys Med Rehabil Clin N Am*. 2019;30(2):473-483. doi:10.1016/j.pmr.2018.12.002.
6. Rabatin AE, Lynch ME, Severson MC, Brandenburg JE, Driscoll SW. Pediatric telerehabilitation medicine: Making your virtual visits efficient, effective and fun. *J Pediatr Rehabil Med*. 2020;13(3):355-370. doi:10.3233/PRM-200748.
7. Camden C, Pratte G, Fallon F, Couture M, Berbari J, Tousignant M. Diversity of practices in telerehabilitation for children with disabilities and effective intervention characteristics: results from a systematic review. *Disabil Rehabil*. 2020;42(24):3424-3436. doi:10.1080/09638288.2019.1595750.
8. Grumi S, Provenzi L, Gardani A, Aramini V, Dargenio E, Naboni C, Vacchini V, et al. Rehabilitation services lockdown during the COVID-19 emergency: the mental health response of caregivers of children with neurodevelopmental disabilities. *Disabil Rehabil*. 2021;43(1):27-32. doi:10.1080/09638288.2020.1842520.
9. Provenzi L, Grumi S, Gardani A, Aramini V, Dargenio E, Naboni C, Vacchini V, et al. Italian parents welcomed a telehealth family-centred rehabilitation programme for children with disability during COVID-19 lockdown. *Acta Paediatr*. 2021;110(1):194-196. doi:10.1111/apa.15636.
10. Alonazi A. Effectiveness and Acceptability of Telerehabilitation in Physical Therapy during COVID-19 in Children: Findings of a Systematic Review. *Children (Basel)*. 2021;8(12):1101. doi:10.3390/children8121101.
11. Carpenter C, Suto M. Qualitative Research for Occupational and Physical Therapists: A Practical Guide. 1.ed. Wiley-Blackwell; 2008.
12. Pereira DG, Santos JN, Tsopanoglou SP, Lima MF, Costa LB, Morais RL, Oliveira VC. Environmental and personal factors that explain functional abilities and caregiver assistance on children aged 6 to 18 months: a cross-sectional study. Motriz: The J of Phys Educat UNESP. 2021; 27.
13. Projecto AHMED. Oportunidades de estimulação motora na casa familiar. (Affordances in the home environment for motor development) AHMED Calculador: VPbeta1.6. Disponível em: [http://www.esse.ipvc.pt/dmh/AHEDM/pt/ahemd\\_6pt.htm](http://www.esse.ipvc.pt/dmh/AHEDM/pt/ahemd_6pt.htm). Acesso em 03/11/2021.
14. Bardin L. Análise de Conteúdo/ Laurence Bardin: tradução Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016. Disponível em: <https://madmunifacs.files.wordpress.com/2016/08/anc3a1lise-de-contec3bado-laurence-bardin.pdf>. Acesso em 02/02/2022.
15. Gaya A. Ciência do Movimento Humano: Introdução à Metodologia da Pesquisa. Porto Alegre: Artmed; 2008.
16. Novak I, Morgan C, Adde L, Blackman J, Boyd RN, Brunstrom-Hernandez J, Cioni G et al. Early, Accurate Diagnosis and Early Intervention in Cerebral Palsy: Advances in Diagnosis and Treatment. *JAMA Pediatr*. 2017;171(9):897-907. doi:10.1001/jamapediatrics.2017.1689.
17. Hadders-Algra M. Early Diagnostics and Early Intervention in Neurodevelopmental Disorders-Age-Dependent Challenges and Opportunities. *J Clin Med*. 2021;10(4):861. doi:10.3390/jcm10040861.
18. Hee Chung E, Chou J, Brown KA. Neurodevelopmental outcomes of preterm infants: a recent literature review. *Transl Pediatr*. 2020;9(Suppl 1):S3-S8. doi:10.21037/tp.2019.09.10

19. Sanchez K, Boyce JO, Mei C, São João M, Smith J, Leembruggen L, Mills S, *et al.* Communication in children born very preterm: a prospective cohort study. *Dev Med Child Neurol.* 2020;62(4):506-512. doi:10.1111/dmcn.14360.
20. Valentini NC, de Almeida CS, Smith BA. Effectiveness of a home-based early cognitive-motor intervention provided in daycare, home care, and foster care settings: Changes in motor development and context affordances. *Early Hum Dev.* 2020;151:105223. doi:10.1016/j.earlhumdev.2020.105223.
21. Joseph RM, O'Shea TM, Allred EN, Heeren T, Kuban KK. Maternal educational status at birth, maternal educational advancement, and neurocognitive outcomes at age 10 years among children born extremely preterm. *Pediatr Res.* 2018;83(4):767-777. doi:10.1038/pr.2017.267.
22. Noble KG, Houston SM, Brito NH, Bartsch H, Kan E, Kuperman JM, Akshoomoff N, *et al.* Family income, parental education and brain structure in children and adolescents. *Nat Neurosci.* 2015;18(5):773-778. doi:10.1038/nn.3983.
23. Tanner K, Bican R, Boster J, Christensen C, Coffman C, Kristin Fallieras K, Long R, *et al.* Feasibility and Acceptability of Clinical Pediatric Telerehabilitation Services. *Int J Telerehabil.* 2020;12(2):43-52. doi:10.5195/ijt.2020.6336.
24. Krasovsky T, Silberg T, Barak S, Eisenstein E, Erez N, Feldman I, Dafna Guttman D, *et al.* Transition to Multidisciplinary Pediatric Telerehabilitation during the COVID-19 Pandemic: Strategy Development and Implementation. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(4):1484. doi:10.3390/ijerph18041484.
25. Hsu N, Monasterio E, Rolin O. Telehealth in Pediatric Rehabilitation. *Phys Med Rehabil Clin N Am.* 2021;32(2):307-317. doi:10.1016/j.pmr.2020.12.010.
26. Vilaseca R, Ferrer F, Rivero M, Bersabé RM. Early Intervention Services During the COVID-19 Pandemic in Spain: Toward a Model of Family-Centered Practices. *Front Psychol.* 2021;12:738463. doi:10.3389/fpsyg.2021.738463.
27. Dhiman S, Sahu PK, Reed WR, Ganesh GS, Goyal RK, Jain S. Impact of COVID-19 outbreak on mental health and perceived strain among caregivers tending children with special needs. *Res Dev Disabil.* 2020;107:103790. doi:10.1016/j.ridd.2020.103790.
28. Leochico CFD, Espiritu AI, Ignacio SD, Mojica JAP. Challenges to the Emergence of Telerehabilitation in a Developing Country: A Systematic Review. *Front Neurol.* 2020;11:1007. doi:10.3389/fneur.2020.01007.
29. Albahrouh SI, Buabbas AJ. Physiotherapists' perceptions of and willingness to use telerehabilitation in Kuwait during the COVID-19 pandemic. *BMC Med Inform Decis Mak.* 2021;21(1):122. doi:10.1186/s12911-021-01478-x.
30. Bican R, Christensen C, Fallieras K, Sagester G, O'Rourke S, Byars M, Tanner K. Rapid Implementation of Telerehabilitation for Pediatric Patients During Covid-19. *Int J Telerehabil.* 2021;13(1):e6386. doi:10.5195/ijt.2021.6371.

**FOLHA DE ROSTO**

**Percepção dos cuidadores sobre a telerreabilitação da fisioterapia em bebês de risco de zero a três anos: barreiras e facilitadores**

**Caregivers' perception of physical therapy telerehabilitation in zero to three year olds at risk: barriers and facilitators**

**Título abreviado: Telerreabilitação: percepção, barreiras e facilidades**

**Short title: Telerehabilitation: perception, barriers and facilities**

Bruna Dal Castel Biondo<sup>1</sup>, Laís Rodrigues Gerzson<sup>2</sup>, Carla Skilhan de Almeida<sup>3</sup>

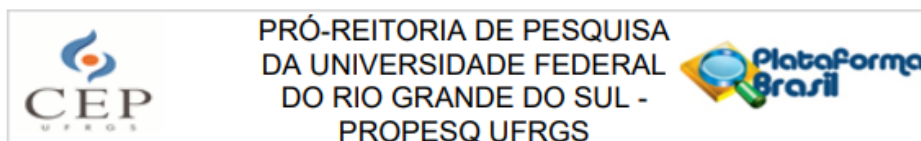
<sup>1</sup> Graduanda em Fisioterapia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil

<sup>2</sup> Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil

<sup>3</sup> PhD e Professora, Departamento de Educação Física, Fisioterapia e Dança, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brasil

Carla Skilhan de Almeida  
Rua Felizardo, 750 – Jardim Botânico  
Cep: 90690-200 - Porto Alegre – RS Brasil  
E-mail: carlaskilhan@gmail.com

## ANEXO I - PARECER CONSUBSTANCIADO DA PRÓ-REITORIA DE PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (PROPESQ- UFRGS)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Percepção dos cuidadores sobre a telerreabilitação da Fisioterapia em bebês de risco de zero a três anos: barreiras e facilitadores

**Pesquisador:** Carla Skilhan de Almeida

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 48119121.0.0000.5347

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.849.222

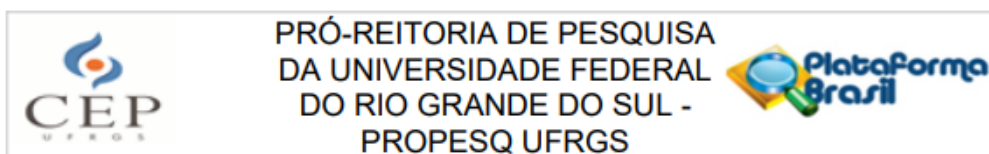
#### Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa é referente ao Trabalho de Conclusão de Curso da acadêmica Bruna Dal Castel Biondo do Curso de Fisioterapia da UFRGS, e tem como responsável a pesquisadora Carla Skilhan Almeida, da UFRGS. O projeto busca analisar e entender as percepções dos cuidadores sobre o atendimento remoto da fisioterapia em bebês considerados de risco entre zero e três anos, bem como, compreender quais são as barreiras e os facilitadores vivenciados pelos cuidadores durante esse tipo de atendimento. Serão entrevistados 10 cuidadores de recém-nascidos de risco de zero a três anos que estejam participando ou tenham participado do atendimento remoto do Programa de Intervenção Motora Precoce da Clínica de fisioterapia da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança da UFRGS. As entrevistas serão realizadas de forma remota. Também serão aplicados os instrumentos CCEB (Critério de Classificação Econômica Brasil), um questionário que visa estimar o poder de compra familiar; e o AHMED- IS (Affordances in the Home Environment for Motor Development - Infant Scale), um questionário para descrever as características ambientais onde vive o bebê. As entrevistas serão gravadas para posterior transcrição, e tem previsão de duração de uma hora.

#### Objetivo da Pesquisa:

Analisar e entender as percepções dos cuidadores sobre o atendimento remoto da fisioterapia em bebês considerados de risco entre zero e três anos, bem como, compreender quais são as

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.849.222

barreiras e os facilitadores vivenciados pelos cuidadores durante esse tipo de atendimento.

Objetivos específicos:

- a) Entender as percepções dos cuidadores sobre o atendimento remoto da fisioterapia;
- b) Compreender as barreiras e os facilitadores encontrados durante o atendimento;
- c) Descrever as características clínicas dos bebês da PIMP (idade, sexo, diagnósticos, idade gestacional ao nascimento);
- d) Descrever as características de escolaridade e o nível socioeconômico da família/cuidador;
- e) Descrever características ambientais.

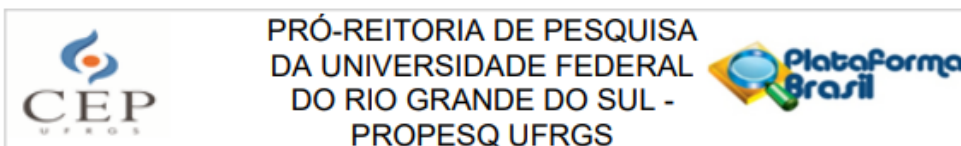
**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos e benefícios estão apresentados, no Formulário da Plataforma Brasil, da seguinte maneira:

Riscos:

Conforme consta na Resolução 466/12 versão 2012 das Normas de Pesquisa em Saúde do Conselho Nacional de Saúde e do Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, eticamente, o cuidador quando participar da avaliação poderá sofrer algum risco, mas este risco não deve ser maior do que os benefícios resultantes da pesquisa. Deve-se adequar ou suspender o estudo quando algum risco não citado no TCLE for identificado. Não são conhecidos riscos relativos à entrevista realizada porém este estudo abordará questões psicossociais envolvendo as percepções dos cuidadores sobre o atendimento remoto, e pode oferecer riscos de desconforto, sentimento de estresse, impotência, tristeza e/ou desânimo durante e/ou após a entrevista. Para diminuir a chance de riscos, a pesquisadora ficará à disposição para que todos os cuidadores que participarem da entrevista possam entrar em contato e conversar sobre os seus sentimentos durante a realização da pesquisa. Além dos riscos apresentados acima, por ser uma pesquisa no âmbito virtual, há chance de vazamento de dados, ressaltando aqui a limitação da pesquisadora para assegurar total confidencialidade. Mas para fins de redução desse risco, será realizado o download do TCLE e das entrevistas (gravadas e transcritas) no HD externo, e apagado qualquer registro da plataforma virtual, ambiente compartilhado ou nuvem. Neste presente projeto será garantido o sigilo de dados pessoais e confidenciais, evitando constrangimentos ou prejuízos aos sujeitos de pesquisa, tornando anônimos os dados obtidos, bem como, a utilização da lista oculta

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.849.222

para realizar o contato inicial, garantindo confidencialidade dos seus dados de identificação e de contato.

**Benefícios:**

Os possíveis benefícios decorrentes da participação são indiretos, pelo auxílio à produção científica, como também o participante poderá refletir sobre o tema e ampliar a percepção sobre esse tipo de atendimento. A entrevista poderá fornecer modificações positivas na relação entre terapeuta, cuidador e paciente, bem como, na forma de atendimento do profissional.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto é meritório, com objetivos claros, revisão de literatura pertinente e metodologia adequada. Algumas questões não estavam claras, e em parecer anterior havia sido solicitado esclarecimentos sobre a diferença entre os cuidadores e os pais/responsáveis. Foi esclarecido que nesta pesquisa participarão apenas os cuidadores que forem os próprios pais/responsáveis pelos bebês de risco. Também haviam sido solicitados esclarecimentos sobre a origem dos dados pessoais dos participantes e a forma de contato. O texto do e-mail que será utilizado para o convite foi incluído no projeto e está adequado. A documentação foi complementada pela inclusão de uma carta de anuência do coordenador/responsável pela Clínica de Fisioterapia ESEFID/UFRGS, onde a pesquisa será conduzida, e também com a adequação do TCLE com relação ao pesquisador responsável.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

São apresentados e não necessitam de ajustes os termos:

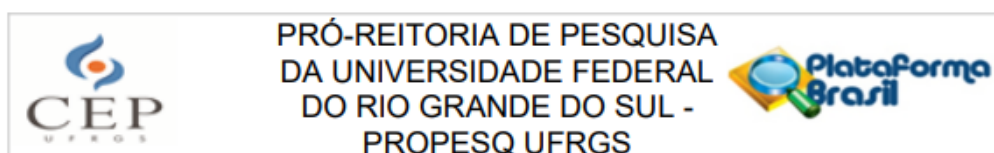
- Folha de Rosto
- Cronograma
- Formulário da Plataforma Brasil
- TCLE
- Projeto
- Texto convidando para participar da pesquisa
- Carta de anuência de instituição participante

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto encontra-se em condições de ser aprovado.

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br





Continuação do Parecer: 4.849.222

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Levando em consideração o exposto, o CEP/UFRGS é favorável a aprovação do projeto.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

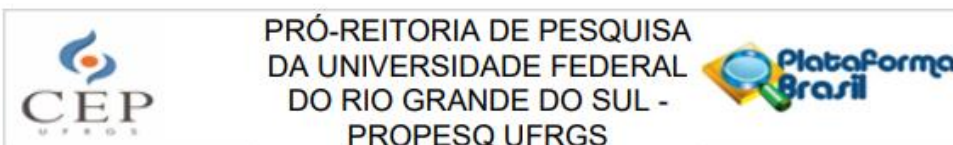
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1759692.pdf	07/07/2021 18:02:28		Aceito
Outros	conviteparapesquisa.pdf	07/07/2021 18:00:57	Carla Skilhan de Almeida	Aceito
Outros	cartadeanuencia.pdf	07/07/2021 18:00:34	Carla Skilhan de Almeida	Aceito
Outros	cartaresposta.doc	07/07/2021 17:59:49	Carla Skilhan de Almeida	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	07/07/2021 17:59:25	Carla Skilhan de Almeida	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeconsentimentolivre esclarecido.doc	07/07/2021 17:59:05	Carla Skilhan de Almeida	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	10/06/2021 14:12:43	Carla Skilhan de Almeida	Aceito
Outros	parecerCOMPESQ.pdf	10/06/2021 14:11:20	Carla Skilhan de Almeida	Aceito
Outros	anamnese.pdf	20/05/2021 20:20:06	Carla Skilhan de Almeida	Aceito
Outros	entrevistasemi estruturada.pdf	20/05/2021 20:19:15	Carla Skilhan de Almeida	Aceito
Outros	questionariosocioeconomico.pdf	20/05/2021 20:18:52	Carla Skilhan de Almeida	Aceito
Outros	questionarioambiente.pdf	20/05/2021 20:17:55	Carla Skilhan de Almeida	Aceito
Outros	termodeautorizacao.pdf	20/05/2021 20:17:36	Carla Skilhan de Almeida	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	20/05/2021 20:16:33	Carla Skilhan de Almeida	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	20/05/2021 20:16:24	Carla Skilhan de Almeida	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
 Bairro: Farrroupilha CEP: 90.040-060  
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE  
 Telefone: (51)3308-3738 Fax: (51)3308-4085 E-mail: etica@propesq.ufrgs.br





Continuação do Parecer: 4.849.222

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 15 de Julho de 2021

---

**Assinado por:**  
**LUCIANA GRUPPELLI LOPONTE**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** [etica@propesq.ufrgs.br](mailto:etica@propesq.ufrgs.br)

## ANEXO II - NORMAS DA REVISTA MOVIMENTA

### *Diretrizes para Autores*

O cadastro no sistema e posterior acesso, por meio de login e senha, são obrigatórios para a submissão de trabalhos, bem como para acompanhar o processo editorial em curso. Acesso em uma conta existente ou Registrar uma nova conta.

### *Condições para submissão*

Como parte do processo de submissão, os autores são obrigados a verificar a conformidade da submissão em relação a todos os itens listados a seguir. As submissões que não estiverem de acordo com as normas serão devolvidas aos autores.

**RESPONSABILIDADE E ÉTICA.** O conteúdo e as opiniões expressas são de inteira responsabilidade de seus autores. Estudos envolvendo sujeitos humanos devem estar de acordo com os padrões éticos e indicar o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes, de acordo com Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Estudos envolvendo animais devem estar de acordo com a Resolução 897/2008 do Conselho Federal de Medicina Veterinária. O estudo envolvendo seres humanos ou animais deve vir acompanhado pela carta de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição responsável.

**AUTORIA.** Deve ser feita explícita distinção entre autor/es e colaborador/es. O crédito de autoria deve ser atribuído a quem preencher os três requisitos: (1) deu contribuição substantiva à concepção, desenho ou coleta de dados da pesquisa, ou à análise e interpretação dos dados; (2) redigiu ou procedeu à revisão crítica do conteúdo intelectual; e 3) deu sua aprovação final à versão a ser publicada.

**FORMATO DO TEXTO.** O texto deve ser digitado em processador de texto Word (arquivo com extensão.doc ou docx) e deve ser digitados em espaço 1,5 entre linhas, tamanho 12, fonte Times New Roman com amplas margens (superior e inferior = 3 cm, laterais = 2,5 cm), não ultrapassando o limite de 20 (vinte) páginas (incluindo página de rosto, resumos, referências, figuras, tabelas, anexos). Relatos de Caso ou de Experiência não devem ultrapassar 10 (dez) páginas digitadas em sua extensão total, incluindo referências, figuras, tabelas e anexos.

**Página de rosto (1ª página).** Deve conter: a) título do trabalho (preciso e conciso) e sua versão para o inglês; b) nome completo dos autores com indicação da titulação acadêmica e inserção institucional, descrevendo o nome da instituição, departamento, curso e laboratório a que pertence dentro desta instituição, endereço da instituição, cidade, estado e país; c) título condensado do trabalho (máximo de 50 caracteres); d) endereços para correspondência e

eletrônico do autor principal; e) indicação de órgão financiador de parte ou todo o projeto de estudo, se for o caso.

Resumos (2ª página). A segunda página deve conter os resumos do conteúdo em português e inglês. Quanto à extensão, o resumo deve conter no máximo 1.500 caracteres com espaços (cerca de 250 palavras), em um único parágrafo. Quanto ao conteúdo, seguindo a estrutura formal do texto, ou seja, indicando objetivo, procedimentos básicos, resultados mais importantes e principais conclusões. Quanto à redação, buscar o máximo de precisão e concisão, evitando adjetivos e expressões como "o autor descreve". O resumo e o abstract devem ser seguidos, respectivamente, da lista de até cinco palavras-chaves e keywords (sugere-se a consulta aos DeCS - Descritores em Ciências da Saúde do LILACS (<http://decs.bvp.br>) para fins de padronização de palavras-chaves.

Corpo do Texto. Contém Introdução, materiais e métodos. Resultados. Discussão e Conclusão.

Tabelas e figuras. Só serão apreciados manuscritos contendo no máximo 5 (cinco) desses elementos. Recomenda-se especial cuidado em sua seleção e pertinência, bem como rigor e precisão nos títulos. Todas as tabelas e títulos de figuras e tabelas devem ser digitados com fonte Times New Roman, tamanho 10. As figuras ou tabelas não devem ultrapassar as margens do texto. No caso de figuras, recomenda-se não ultrapassar 50% de uma página. Casos especiais serão analisados pelo corpo editorial da revista.

Citações e referências bibliográficas. A revista adota a norma de Vancouver para apresentação das citações no texto e referências bibliográficas. As referências bibliográficas devem ser organizadas em seqüência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE – <http://www.icmje.org/index.html>).

Agradecimentos. Quando pertinentes, serão dirigidos às pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho, são apresentados ao final das referências.

Diretrizes para Autores

Normas Editoriais da Movimenta

A revista *Movimenta* (ISSN 1984-4298), editada pela Universidade Estadual de Goiás (UEG), é um periódico científico quadrimestral que publica artigos relacionadas com a temática da Saúde e suas relações com o ambiente e a sociedade. A revista possui caráter multi e interdisciplinar e publica artigos de revisão sistemática da literatura, artigos originais, relatos de caso ou de experiência e anais de eventos científicos.

A submissão dos manuscritos deverá ser efetuada pelo site da revista (<http://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta>) e implica que o trabalho não tenha sido publicado e não esteja sob consideração para publicação em outro periódico. Quando parte do material já tiver sido apresentada em uma comunicação preliminar, em Simpósio, Congresso, etc., deve ser citada como nota de rodapé na página de título e uma cópia do trabalho apresentado deve acompanhar a submissão do manuscrito.

As contribuições destinadas a divulgar resultados de pesquisa original que possa ser replicada e generalizada, têm prioridade para publicação. São também publicadas outras contribuições de caráter descritivo e interpretativo, baseados na literatura recente, tais como Artigos de Revisão, Relato de Caso ou de Experiência, Análise crítica de uma obra, Resumos de Teses e Dissertações, Resumos de Eventos Científicos na Área da Saúde e cartas ao editor. Estudos envolvendo seres humanos ou animais devem vir acompanhados de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa. As contribuições devem ser apresentadas em português, contendo um resumo em inglês, e os Resumos de Teses e Dissertações devem ser apresentados em português e em inglês.

Os artigos submetidos são analisados pelos editores e por avaliadores de acordo com a área de conhecimento.

#### Processo de julgamento

Os manuscritos recebidos são examinados pelo Conselho Editorial, para consideração de sua adequação às normas e à política editorial da revista. Aqueles que não estiverem de acordo com as normas abaixo serão devolvidos aos autores para revisão antes de serem submetidos à apreciação dos avaliadores.

Os textos enviados à Revista serão submetidos à apreciação de dois avaliadores, os quais trabalham de maneira independente e fazem parte da comunidade acadêmico-científica, sendo especialistas em suas respectivas áreas de conhecimento. Uma vez que aceitos para a publicação, poderão ser devolvidos aos autores para ajustes. Os avaliadores permanecerão

anônimos aos autores, assim como os autores não serão identificados pelos avaliadores por recomendação expressa dos editores.

Os editores coordenam as informações entre os autores e os avaliadores, cabendo-lhes a decisão final sobre quais artigos serão publicados com base nas recomendações feitas pelos avaliadores. Quando aceitos para publicação, os artigos estarão sujeitos a pequenas correções ou modificações que não alterem o estilo do autor. Quando recusados, os artigos são acompanhados por justificativa do editor.

Todo o processo de submissão, avaliação e publicação dos artigos será realizado pelo sistema de editoração eletrônica da Movimenta (<http://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta>). Para tanto, os autores deverão acessar o sistema e se cadastrar, atentando para todos os passos de submissão e acompanhamento do trabalho. Nenhum artigo ou documento deverá ser submetido à revista em via impressa ou por e-mail, apenas pelo sistema eletrônico.

## INSTRUÇÕES GERAIS AOS AUTORES

(Clique aqui e baixe no seu computador o arquivo com as Normas de Submissão de Artigos)

### Responsabilidade e ética

O conteúdo e as opiniões expressas são de inteira responsabilidade de seus autores. Estudos envolvendo sujeitos humanos devem estar de acordo com os padrões éticos e indicar o devido consentimento livre e esclarecido dos participantes, de acordo com Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Estudos envolvendo animais devem estar de acordo com a Resolução 897/2008 do Conselho Federal de Medicina Veterinária. O estudo envolvendo seres humanos ou animais deve vir acompanhado pela carta de aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição responsável.

É também de responsabilidade dos autores o conteúdo e opinião emitido em seus artigos, assim como responsabilidade quanto a citações de referências de estudos já publicados. Por questões de ética editorial, a revista Movimenta reserva-se o direito de utilizar recursos de detecção de plágio nos textos recebidos antes do envio dos artigos para os avaliadores. Essa medida se torna importante tendo em vista inúmeras notícias e casos de plágio detectados no meio acadêmico e científico.

A menção a instrumentos, materiais ou substâncias de propriedade privada deve ser acompanhada da indicação de seus fabricantes. A reprodução de imagens ou outros elementos de autoria de terceiros, que já tiverem sido publicados, deve vir acompanhada da indicação de

permissão pelos detentores dos direitos autorais; se não acompanhados dessa indicação, tais elementos serão considerados originais do autor do manuscrito. Todas as informações contidas no artigo são de responsabilidade do(s) autor (es).

Em caso de utilização de fotografias de pessoas/pacientes, estas não podem ser identificáveis ou as fotografias devem estar acompanhadas de permissão escrita para uso e divulgação das imagens.

#### Autoria

Deve ser feita explícita distinção entre autor/es e colaborador/es. O crédito de autoria deve ser atribuído a quem preencher os três requisitos: (1) deu contribuição substantiva à concepção, desenho ou coleta de dados da pesquisa, ou à análise e interpretação dos dados; (2) redigiu ou procedeu à revisão crítica do conteúdo intelectual; e 3) deu sua aprovação final à versão a ser publicada.

No caso de trabalho realizado por um grupo ou em vários centros, devem ser identificados os indivíduos que assumem inteira responsabilidade pelo manuscrito (que devem preencher os três critérios acima e serão considerados autores). Os nomes dos demais integrantes do grupo serão listados como colaboradores ou listados nos agradecimentos. A ordem de indicação de autoria é decisão conjunta dos co-autores e deve estar correta no momento da submissão do manuscrito. Em qualquer caso, deve ser indicado o endereço para correspondência do autor principal. A carta que acompanha o envio dos manuscritos deve ser assinada por todos os autores, tal como acima definidos.

### FORMA E PREPARAÇÃO DOS ARTIGOS

#### Formato do Texto

O texto deve ser digitado em processador de texto Word (arquivo com extensão.doc ou docx) e deve ser digitados em espaço 1,5 entre linhas, tamanho 12, fonte Times New Roman com amplas margens (superior e inferior = 3 cm, laterais = 2,5 cm), não ultrapassando o limite de 20 (vinte) páginas (incluindo página de rosto, resumos, referências, figuras, tabelas, anexos). Relatos de Caso ou de Experiência não devem ultrapassar 10 (dez) páginas digitadas em sua extensão total, incluindo referências, figuras, tabelas e anexos.

Página de rosto (1ª página)

Deve conter: a) título do trabalho (preciso e conciso) e sua versão para o inglês; b) nome completo dos autores com indicação da titulação acadêmica e inserção institucional, descrevendo o nome da instituição, departamento, curso e laboratório a que pertence dentro desta instituição, endereço da instituição, cidade, estado e país; c) título condensado do trabalho (máximo de 50 caracteres); d) endereços para correspondência e eletrônico do autor principal; e) indicação de órgão financiador de parte ou todo o projeto de estudo, se for o caso.

#### Resumos (2ª página)

A segunda página deve conter os resumos do conteúdo em português e inglês. Quanto à extensão, o resumo deve conter no máximo 1.500 caracteres com espaços (cerca de 250 palavras), em um único parágrafo. Quanto ao conteúdo, seguindo a estrutura formal do texto, ou seja, indicando objetivo, procedimentos básicos, resultados mais importantes e principais conclusões. Quanto à redação, buscar o máximo de precisão e concisão, evitando adjetivos e expressões como "o autor descreve". O resumo e o abstract devem ser seguidos, respectivamente, da lista de até cinco palavras-chaves e keywords (sugere-se a consulta aos DeCS - Descritores em Ciências da Saúde do LILACS (<http://decs.bvp.br>) para fins de padronização de palavras-chaves.

#### Corpo do Texto

**Introdução** - deve informar sobre o objeto investigado e conter os objetivos da investigação, suas relações com outros trabalhos da área e os motivos que levaram o(s) autor (es) a empreender a pesquisa;

**Materiais e Métodos** - descrever de modo a permitir que o trabalho possa ser inteiramente repetido por outros pesquisadores. Incluir todas as informações necessárias – ou fazer referências a artigos publicados em outras revistas científicas – para permitir a replicabilidade dos dados coletados. Recomenda-se fortemente que estudos de intervenção apresentem grupo controle e, quando possível, aleatorização da amostra.

**Resultados** - devem ser apresentados de forma breve e concisa. Tabelas, Figuras e Anexos podem ser incluídos quando necessários (indicar onde devem ser incluídos e anexar no final) para garantir melhor e mais efetiva compreensão dos dados, desde que não ultrapassem o número de páginas permitido.

**Discussão** - o objetivo da discussão é interpretar os resultados e relacioná-los aos conhecimentos já existentes e disponíveis, principalmente àqueles que foram indicados na

Introdução do trabalho. As informações dadas anteriormente no texto (na Introdução, Materiais e Métodos e Resultados) podem ser citadas, mas não devem ser repetidas em detalhes na discussão.

Conclusão – deve ser apresentada de forma objetiva a (as) conclusão (ões) do trabalho, sem necessidade de citação de referências bibliográficas.

Obs.: Quando se tratar de pesquisas originais com paradigma qualitativo não é obrigatório seguir rigidamente esta estrutura do corpo do texto. A revista recomenda manter os seguintes itens para este tipo de artigo: Introdução, Objeto de Estudo, Caminho Metodológico, Considerações Finais.

#### Tabelas e figuras

Só serão apreciados manuscritos contendo no máximo 5 (cinco) desses elementos. Recomenda-se especial cuidado em sua seleção e pertinência, bem como rigor e precisão nos títulos. Todas as tabelas e títulos de figuras e tabelas devem ser digitados com fonte Times New Roman, tamanho 10. As figuras ou tabelas não devem ultrapassar as margens do texto. No caso de figuras, recomenda-se não ultrapassar 50% de uma página. Casos especiais serão analisados pelo corpo editorial da revista.

Tabelas. Todas as tabelas devem ser citadas no texto em ordem numérica. Cada tabela deve ser digitada em espaço simples e colocadas na ordem de seu aparecimento no texto. As tabelas devem ser numeradas, consecutivamente, com algarismos arábicos e inseridas no final. Um título descritivo e legendas devem tornar as tabelas compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto do artigo. Os títulos devem ser colocados acima das tabelas.

As tabelas não devem ser formatadas com marcadores horizontais nem verticais, apenas necessitam de linhas horizontais para a separação de suas sessões principais. Usar parágrafos ou recuos e espaços verticais e horizontais para agrupar os dados.

Figuras. Todos os elementos que não são tabelas, tais como gráfico de colunas, linhas, ou qualquer outro tipo de gráfico ou ilustração é reconhecido pela denominação “Figura”. Portanto, os termos usados com denominação de Gráfico (ex: Gráfico 1, Gráfico 2) devem ser substituídos pelo termo Figura (ex: Figura 1, Figura 2).



Digitar todas as legendas das figuras em espaço duplo. Explicar todos os símbolos e abreviações. As legendas devem tornar as figuras compreensíveis, sem necessidade de consulta ao texto. Todas as figuras devem ser citadas no texto, em ordem numérica e identificadas. Os títulos devem ser colocados abaixo das figuras.

Figuras - Arte Final. Todas as figuras devem ter aparência profissional. Figuras de baixa qualidade podem resultar em atrasos na aceitação e publicação do artigo.

Usar letras em caixa-alta (A, B, C, etc.) para identificar as partes individuais de figuras múltiplas. Se possível, todos os símbolos devem aparecer nas legendas. Entretanto, símbolos para identificação de curvas em um gráfico podem ser incluídos no corpo de uma figura, desde que isso não dificulte a análise dos dados.

Cada figura deve estar claramente identificada. As figuras devem ser numeradas, consecutivamente, em arábico, na ordem em que aparecem no texto. Não agrupar diferentes figuras em uma única página. Em caso de fotografias, recomenda-se o formato digital de alta definição (300 dpi ou pontos por polegadas).

Unidades. Usar o Sistema Internacional (SI) de unidades métricas para as medidas e abreviações das unidades.

#### Citações e referências bibliográficas

A revista adota a norma de Vancouver para apresentação das citações no texto e referências bibliográficas. As referências bibliográficas devem ser organizadas em seqüência numérica, de acordo com a ordem em que forem mencionadas pela primeira vez no texto, seguindo os Requisitos Uniformizados para Manuscritos Submetidos a Jornais Biomédicos, elaborado pelo Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors – ICMJE – <http://www.icmje.org/index.html>).

Os títulos de periódicos devem ser referidos de forma abreviada, de acordo com a List of Journals do Index Medicus (<http://www.index-medicus.com>). As revistas não indexadas não deverão ter seus nomes abreviados.

As citações devem ser mencionadas no texto em números sobrescritos (expoente), sem datas. A exatidão das referências bibliográficas constantes no manuscrito e a correta citação no texto são de responsabilidade do(s) autor (es) do manuscrito.

A revista recomenda que os autores realizem a conferência de todas as citações do texto e as referências listadas no final do artigo. Em caso de dificuldades para a formatação das referências de acordo com as normas de Vancouver sugere-se consultar o link: <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html> (Como formatar referências bibliográficas no estilo Vancouver).

### Agradecimentos

Quando pertinentes, serão dirigidos às pessoas ou instituições que contribuíram para a elaboração do trabalho, são apresentados ao final das referências.

### Envio dos Artigos

Os textos devem ser encaminhados à Revista na forma de acordo com formulário eletrônico no site <http://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta>.

Ao submeter um manuscrito para publicação, os autores devem enviar apenas dois arquivos no sistema da revista:

- 1) O arquivo do trabalho, em documento word;
- 2) Carta de encaminhamento do trabalho, segundo modelo adotado na revista (Clique aqui para baixar o Modelo da Carta de Submissão), no item “documentos suplementares”. A carta deve ser preenchida, impressa, assinada, escaneada e salva em arquivo PDF. Na referida carta os autores devem declarar a existência ou não de eventuais conflitos de interesse (profissionais, financeiros e benefícios diretos e indiretos) que possam influenciar os resultados da pesquisa;

Se o artigo for encaminhado aos autores para revisão e não retornar à Revista Movimenta dentro do prazo estabelecido, o processo de revisão será considerado encerrado. Caso o mesmo artigo seja reencaminhado, um novo processo será iniciado, com data atualizada. A data do aceite será registrada quando os autores retornarem o manuscrito, após a correção final aceita pelos Editores.

As provas finais serão enviadas por e-mail aos autores somente para correção de possíveis erros de impressão, não sendo permitidas quaisquer outras alterações. Manuscritos em prova final não devolvidos no prazo solicitado terão sua publicação postergada para um próximo número da revista.

A versão corrigida, após o aceite dos editores, deve ser enviada usando o programa Word (arquivo doc ou docx.), padrão PC. As figuras, tabelas e anexos devem ser colocadas em folhas separadas no final do texto do arquivo do trabalho.

## REQUISITOS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS

**Artigo de Pesquisa Original.** São trabalhos resultantes de pesquisa científica apresentando dados originais de investigação baseada em dados empíricos ou teóricos, utilizando metodologia científica, de descobertas com relação a aspectos experimentais ou observacionais da saúde humana, de característica clínica, bioquímica, fisiológica, psicológica e/ou social. Devem incluir análise descritiva e/ou inferências de dados próprios, com interpretação e discussão dos resultados. A estrutura dos artigos deverá compreender as seguintes partes: Introdução, Métodos, Resultados, Discussão e Conclusão.

**Registro de Ensaio Clínicos.** A Movimenta apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do ICMJE, reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e a divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. De acordo com essa recomendação, artigos de pesquisas clínicas devem ser registrados em um dos Registros de Ensaio Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE (por exemplo, [www.clinicaltrials.gov](http://www.clinicaltrials.gov), [www.ISRCTN.org](http://www.ISRCTN.org), [www.umin.ac.jp/ctr/index.htm](http://www.umin.ac.jp/ctr/index.htm) e [www.trialregister.nl](http://www.trialregister.nl)). No Brasil o registro poderá ser feito na página [www.ensaiosclinicos.gov.br](http://www.ensaiosclinicos.gov.br). Para tal, deve-se antes de mais nada obter um número de registro do trabalho, denominado UTN (Universal Trial Number), no link [http://www.who.int/ictrp/unambiguous\\_identification/utn/en/](http://www.who.int/ictrp/unambiguous_identification/utn/en/), e também importar arquivo xml do estudo protocolado na Plataforma Brasil. O número de identificação deverá ser registrado ao final do resumo. Todos os artigos resultantes de ensaios clínicos randomizados devem ter recebido um número de identificação nesses registros

**Artigos de Revisão.** são revisões da literatura, constituindo revisões integrativas ou sistemáticas, sobre assunto de interesse científico da área da Saúde e afins, desde que tragam novos esclarecimentos sobre o tema, apontem falhas do conhecimento acerca do assunto, despertem novas discussões ou indiquem caminhos a serem pesquisados, preferencialmente a convite dos editores. Sua estrutura formal deve apresentar os tópicos: Introdução que justifique o tema de revisão incluindo o objetivo; Métodos quanto à estratégia de busca utilizada (base de dados, referências de outros artigos, etc), e detalhamento sobre critério de seleção da literatura pesquisada e critério de análise da qualidade dos artigos; Resultados com tabelas descritivas; Discussão dos achados encontrados na revisão; Conclusão e Referências.

**Relato de Caso.** Devem ser restritos a condições de saúde ou métodos/procedimentos incomuns, sobre os quais o desenvolvimento de artigo científico seja impraticável. Dessa forma, os relatos de casos clínicos não precisam necessariamente seguir a estrutura canônica dos artigos de pesquisa original, mas devem apresentar um delineamento metodológico que permita a reprodutibilidade das intervenções ou procedimentos relatados. Estes trabalhos apresentam as características principais do(s) indivíduo(s) estudado(s), com indicação de sexo, idade etc. As pesquisas podem ter sido realizadas em humanos ou animais. Recomenda-se muito cuidado ao propor generalizações de resultados a partir desses estudos. Desenhos experimentais de caso único serão tratados como artigos de pesquisa original e devem seguir as normas estabelecidas pela revista *Movimenta*.

**Relato de Experiência.** São artigos que descrevem condições de implantação de serviços, experiência dos autores em determinado campo de atuação. Os relatos de experiência não necessitam seguir a estrutura dos artigos de pesquisa original. Deverão conter dados descritivos, análise de implicações conceituais, descrição de procedimentos ou estratégias de intervenção, apoiados em evidência metodologicamente apropriada de avaliação de eficácia. Recomenda-se muito cuidado ao propor generalizações de resultados a partir desses estudos.

**Cartas ao Editor.** Críticas a matérias publicadas, de maneira construtiva, objetiva e educativa, consultas às situações clínicas e discussões de assuntos específicos da área da Saúde serão publicados a critério dos editores. Quando a carta se referir a comentários técnicos (réplicas) aos artigos publicados na Revista, esta será publicada junto com a tréplica dos autores do artigo objeto de análise e/ou crítica.

**Resumos de Dissertações e Teses.** Esta seção publica resumos de Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado, defendidas e aprovadas em quaisquer Programas de Pós-Graduação reconhecidos pela CAPES, cujos temas estão relacionados ao escopo da *Movimenta*.

**Resumos de Eventos Científicos.** Esta seção publica resumos de Eventos Científicos da Área da Saúde. Para tanto, é necessário inicialmente o envio de uma carta de solicitação para publicação pelo e-mail da editora chefe da revista (Profa. Dra. Cibelle Formiga [cibellekayenne@gmail.com](mailto:cibellekayenne@gmail.com)). Após anuência, o organizador do evento deve submeter o arquivo conforme orientações do Conselho Editorial.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Toda a documentação referente ao artigo e documentos suplementares (declarações) deverá ser enviada pelo sistema de editoração eletrônica da revista

(<http://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta>). Não serão aceitos artigos e documentos enviados pelo correio.

É de responsabilidade do(s) autor (es) o acompanhamento de todo o processo de submissão do artigo até a decisão final da Revista.

Estas normas entram em vigor a partir de 01 de Fevereiro de 2020.

Os Editores.

#### Política de Privacidade

Os nomes e endereços informados nesta revista serão usados exclusivamente para os serviços prestados por esta publicação, não sendo disponibilizados para outras finalidades ou a terceiros.

## ANEXO III - CONFIRMAÇÃO DE ENVIO DO ARTIGO

Movimenta (ISSN 1984-4298) Tarefas 0 Português (Brasil) Ver o Site z335hcvma

MOVIMENTA

Submissões

Submeter um artigo

1. Início 2. Transferência do manuscrito 3. Dados da Submissão 4. Confirmação 5. Próximos Passos

### Submissão completa

Obrigado pelo seu interesse em publicar com Movimenta (ISSN 1984-4298).

#### O que acontece a seguir?

O periódico foi notificado de sua submissão e um e-mail de confirmação foi enviado para seu registro. Assim que um dos editores revisar sua submissão entrará em contato.

Por enquanto, você pode:

- [Avaliar esta submissão](#)
- [Criar uma nova submissão](#)
- [Voltar para seu painel](#)

Entrada Contatos Bloco de notas Agenda

Responder Responder a todos Encaminhar Apagar Spam Ações Aplicar

### [Movimenta] Agradecimento pela submissão

Yahoo/Entrada



**Cibelle Kayenne Martins Roberto Formiga** <revista.no-reply@ueg.br>

Para: Laís Rodrigues Gerzson <gerzson.lais@yahoo.com.br>

13 de abr. às 10:08

[Imprimir](#) [Mensagem bruta](#)

Laís Rodrigues Gerzson,

Agradecemos a submissão do trabalho "Percepção dos cuidadores sobre a telerreabilitação da fisioterapia em bebês de risco de zero a três anos: barreiras e facilitadores" para a revista Movimenta (ISSN 1984-4298).

Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão: <https://www.revista.ueg.br/index.php/movimenta/authorDashboard/submission/13026>

Login: z335hcvma

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Cibelle Kayenne Martins Roberto Formiga  
Secretaria da Revista: [revistamovimenta@gmail.com](mailto:revistamovimenta@gmail.com)