

Fundação Oswaldo Cruz

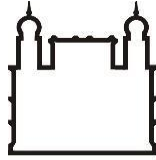
**Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira**

**Vigilância do desenvolvimento de crianças de risco: perfil de orientações
e encaminhamentos para terapias**

Marluce Cristine Teixeira

Rio de Janeiro

Fevereiro, 2024



Fundação Oswaldo Cruz
Instituto Nacional de Saúde da Mulher,
da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira

**Vigilância do desenvolvimento de crianças de risco: perfil de orientações
e encaminhamentos para terapias**

Marluce Cristine Teixeira

TCR apresentado à Comissão de Residência Multiprofissional, como parte dos requisitos para obtenção do certificado de conclusão do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Criança e do Adolescente Cronicamente Doentes

Orientadora: Dra. Letícia Duarte Villela

Co-Orientadora: Msc. Maria Luciana de Siqueira Mayrink

Rio de Janeiro

Fevereiro, 2024

CIP - Catalogação na Publicação

Teixeira, Marluce Cristine.

Vigilância do desenvolvimento de crianças de risco: perfil de orientações e encaminhamentos para terapias / Marluce Cristine Teixeira. - Rio de Janeiro, 2024.

68 f.; il.

Monografia (Residência Multiprofissional em Fonoaudiologia) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro - RJ, 2024.

Orientadora: Leticia Duarte Villela .

Co-orientadora: Maria Luciana de Siqueira Mayrink.

Bibliografia: f. 58-61

1. desenvolvimento infantil. 2. programas de triagem diagnóstica. 3. fatores de risco. 4. serviços de saúde da criança. 5. seguimento assistencial. I. Título.

AGRADECIMENTOS

Não há como iniciar essa pequena homenagem, senão agradecendo a aqueles que, desde sempre, possibilitaram que eu pudesse sonhar e ocupar diferentes espaços; meus pais. Graças ao esforço e apoio da Dona Vera e do Seu Nivaldo, pude escolher e experienciar diferentes oportunidades. Por isso, a eles, sempre, meu muito obrigada.

Agradeço também ao meu marido, Bruno, meu maior amigo, parceiro e apoiador; que nunca mediu esforços para que eu pudesse continuar tendo sonhos, mas acima de tudo, que eu pudesse realizá-los. Obrigada por sempre celebrar cada conquista ao meu lado e sempre acreditar em mim.

Agradeço ainda a Deus por nunca ter largado minha mão, mesmo quando não sabia que precisava dele.

Ao Instituto Fernandes Figueira (IFF), minha casa nesses últimos dois anos, toda a minha gratidão. Ao entrar na residência, um dos sonhos conquistados, nunca poderia imaginar o turbilhão de experiências e aprendizados que estavam por vir. Durante esses dois anos, pude aprender e experienciar esse mundo que é a neonatologia e a pediatria, especialmente voltada a condições crônicas complexas, bem como fui tocada por diferentes vidas e famílias. Vivenciar e partilhar a construção e fortalecimento do SUS, me vale e me toca muito. Por isso, meu muito obrigada a cada criança, cada família, cada profissional implicado no cuidado de forma direta ou indireta, funcionários que atuam em diferentes locais no IFF (limpeza, recepção, segurança, refeitório, arquivo, administrativo) e a cada um que conheci nessa caminhada, minha gratidão.

Em especial, ao espaço do Ambulatório de Follow-up da Neonatologia, o qual ganhou meu coração logo no início da residência e virou meu objeto de

estudo e admiração. Neste espaço, aprendi muito sobre desenvolvimento infantil, interprofissionalidade e principalmente, sobre construção coletiva, protagonismo familiar, escuta ativa e oportunidades. Acredito, de verdade, que todo profissional de saúde, deveria ter a oportunidade de partilhar e participar de espaços como este.

Neste espaço, inclusive, tive a grata oportunidade de aprender com minhas orientadoras, Letícia e Luciana. Duas profissionais extremamente competentes e pessoas admiráveis, que se tornaram muito queridas. Obrigada por toda construção coletiva que tivemos, toda a paciência em me guiar, toda palavra amiga e de apoio.

Aos profissionais do setor de fonoaudiologia, meu muito obrigada por todos os aprendizados, cafés e as trocas que realizamos. Agradeço por me incentivarem e me respeitarem como profissional e pessoa. Cada um, com seu jeitinho e vivência, me acrescentaram e me aproximaram desse mundo que é fonoaudiologia e suas lutas.

A final, aos grandes amigos que fiz na residência, não há espaço para agradecer o suficiente. Vocês foram aprendizado, troca, risada, apoio, choro, colo, parceria e conquista, tudo isso, muitas vezes. Juntos, construímos um espaço de apoio e escuta, um verdadeiro grupo de apoio. Dessa forma, meu muito obrigada a vocês Tainá, Higor, José, Beatriz, Lavínia, Isabela, Gabriel, Julia e Mayara.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIG	Adequado para a idade gestacional
AIMS	Escala Motora Infantil de Alberta, do inglês do inglês <i>Alberta Infant Motor Scale</i>
CIUR	Crescimento intrauterino restrito
CPAP	Pressão positiva contínua nas vias aéreas, do inglês <i>Continuous Positive Airway Pressure</i>
DRP	Desconforto Respiratório Precoce
ELM 2	<i>Early Language Milestone Scale 2</i>
GMCD	<i>Global Monitoring Child Development</i>
IC	Idade corrigida
IFF	Instituto Fernandes Figueira
IRDI	Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil
M-Chat-RF	<i>Escala Modified Checklist For Autism In Toddlers</i>
PIG	Pequeno para a idade gestacional
PMT	Prematuro
PN	Peso de nascimento
RN	Recém-nascido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
VM	Ventilação Mecânica

RESUMO

Introdução: Crianças com fatores de risco, possuem maiores probabilidades de apresentarem alterações no desenvolvimento. Neste sentido, torna-se necessário que estas, recebam acompanhamento de forma longitudinal e interprofissional, visando a detecção e a intervenção nos momentos ideais.

Objetivo: analisar o perfil de orientações especializadas e encaminhamentos para terapias de crianças que possuem fatores de risco para o desenvolvimento, com idade de 0 a 3 anos, atendidas em um Ambulatório de Seguimento de Recém-nascidos de Risco. **Metodologia:** análise descritiva dos dados contidos nos prontuários de crianças que compareceram ao ambulatório no período de junho a agosto de 2023.

Resultados: das 65 crianças participantes, 78,5% receberam ao menos uma orientação especializada; sendo as mais frequentes fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional (61,5%, 58,5% e 16,9% respectivamente); 54% receberam ao menos um encaminhamento para alguma das especialidades: terapia ocupacional (34%), fisioterapia (31%), neurologia (23%), fonoaudiologia (15%). As medianas das idades de recebimento da primeira orientação foram: fisioterapia (2,9 meses), terapia ocupacional (3 meses), fonoaudiologia (5,2 meses); e de recebimento do primeiro encaminhamento foram 3,9 meses, 3,2 meses, 6,6 meses e 14,9 meses para fisioterapia, terapia ocupacional, neurologia e fonoaudiologia, respectivamente. Os fatores de risco mais encontrados foram peso inferior a <1500g, idade gestacional inferior a <32 semanas e sepse neonatal.

Conclusões: O modelo de atendimento interprofissional, possibilitou orientações especializadas e encaminhamentos em tempos valiosos e pertinentes, visto a janela de oportunidades do desenvolvimento infantil e os processos de neuroplasticidade.

PALAVRAS CHAVES: desenvolvimento infantil; programas de triagem diagnóstica; fatores de risco; serviços de saúde da criança; seguimento assistencial.

TABELAS

TABELA 1: DESCRITIVO DAS IDADES ATUAIS DAS CRIANÇAS INCLUÍDAS NO ESTUDO	51
TABELA 2: DESCRITIVO DAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS GERAIS DAS CRIANÇAS INCLUÍDAS NO ESTUDO	52
TABELA 3: DESCRITIVO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS DAS CRIANÇAS INCLUÍDAS NO ESTUDO	53
TABELA 4: ORIENTAÇÕES ESPECIALIZADAS DAS CRIANÇAS COM FATORES DE RISCO E COM SUSPEITA DE ATRASO NO DESENVOLVIMENTO	54
TABELA 5: ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALIDADES DAS CRIANÇAS COM FATORES DE RISCO E COM SUSPEITA DE ATRASO NO DESENVOLVIMENTO NO AMBULATÓRIO DE FOLLOW-UP DA NEONATOLOGIA.....	54
Tabela 6: CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTOS E PROTOCOLOS DE TRIAGEM UTILIZADOS, DE ACORDO COM AS ESPECIALIDADES NO AMBULATÓRIO DE FOLLOW-UP DA NEONATOLOGIA	55

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	8
2.	JUSTIFICATIVA.....	12
3.	OBJETIVO	15
3.1.	Objetivo geral.....	15
3.2.	Objetivos específicos	15
4.	REFERENCIAL TEÓRICO	16
4.1.	Desenvolvimento infantil, fatores de risco e proteção.....	16
4.2.	O processo de acompanhamento e avaliação do desenvolvimento infantil	20
4.2.1.	Processo de vigilância do desenvolvimento	20
4.2.2.	Triagens do desenvolvimento e protocolos específicos.....	23
4.3.	Orientações especializadas	27
4.4.	Avaliações diagnósticas específicas.....	28
4.5.	Possíveis critérios de encaminhamentos e a necessidade de acompanhamento	30
5.	METODOLOGIA	32
5.1.	DELINEAMENTO DO ESTUDO E LOCAL DO ESTUDO	32
5.2.	POPULAÇÃO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE	32
5.3.	COLETA DE DADOS.....	34
5.4.	ANÁLISE DOS DADOS	36
5.5.	ASPECTOS ÉTICOS	37
6.	RESULTADOS	38
7.	CONCLUSÕES.....	56
8.	REFERÊNCIAS	58

1. INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil é tema que demanda atenção e investimento de diferentes órgãos nacionais e internacionais^{1,2}. Trata-se de um processo amplo e de grande complexidade, que envolve tanto aspectos biológicos, interacionais, psíquicos, ambientais e maturacionais. Este processo, que se inicia antes mesmo da vida intrauterina, sofre influência tanto de fatores intrínsecos como extrínsecos^{1,2}.

Há de se salientar ainda a existência, durante o desenvolvimento, de períodos críticos e sensíveis, especialmente ligados à criação e estabelecimento de redes neuronais³. Nestes períodos, o cérebro infantil está mais suscetível a estimulações e intervenções pontuais ou contínuas. Essas intervenções, podem refletir em mudanças significativas, tanto positiva quanto negativamente e causar influências no desenvolvimento infantil a curto, médio e a longo prazo³.

Os contínuos avanços tecnológicos e científicos relacionados a neonatologia, visam, sobretudo, a diminuição da mortalidade infantil e possibilitam um aumento da sobrevivência das crianças; porém, com possíveis condições de risco associadas^{4,5}.

Os fatores de risco podem ser compreendidos como condições que apresentam potencial de afetar o pleno desenvolvimento infantil e resultar em aumento de risco de complicações ao longo da vida. Estudo⁴ destaca que, a evolução do cuidado intensivo neonatal contribui para o aumento de sobrevivência, mas ainda se observa alta prevalência de alterações e transtornos do desenvolvimento nas crianças egressas de Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTI), com reflexos tanto na infância, como na adolescência e vida

adulta. Os fatores de risco podem, ainda, estar interrelacionados, não sendo possível, muitas vezes, estabelecer uma causa única^{5,6,7,8}.

Devido à grande complexidade envolvida, as crianças com fatores de risco, possuem maiores probabilidades de apresentarem pontuações inferiores em avaliações ligadas ao desenvolvimento, bem como atrasos, distúrbios ou transtornos diversos relacionados³.

A exemplo, pode-se citar pesquisa realizada com população com doenças infecciosas emergentes em países com renda média, que identificou maior ocorrência de pontuações inferiores em testes cognitivos, socioemocionais, e em outros domínios de crianças expostas a essas condições^{3,9,10}. Outro estudo, realizado nos EUA, identificou relação entre aspectos sociais, como baixa escolaridade materna, e a presença de aumento de transtornos do desenvolvimento infantil; como dificuldades de aprendizagem, de linguagem, condições como Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) e Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)¹¹.

Ademais, estudos realizados com populações específicas, como os prematuros, identificaram maior ocorrência de questões ligadas à aprendizagem e atenção^{3,12}.

Entende-se desta forma, que crianças com fatores de risco, tem indicação de acompanhamento e acesso a orientações mais específicas, em consultas interprofissionais, para que as possíveis consequências adversas no desenvolvimento sejam menores^{4,5}. Uma das estratégias adotadas para tal, é o acompanhamento através do processo de vigilância do desenvolvimento infantil⁵.

A vigilância do desenvolvimento infantil, é amplamente estimulada, visto sua relevância e seu caráter longitudinal. Indica-se que este processo leve em consideração tanto os marcos do desenvolvimento, triagens e protocolos específicos, como também fatores e determinantes sociais e interacionais; julgamento clínico; bem como deve ser realizado focado na família¹³ (ZUBLER *et al.*, 2022). Desta forma, objetiva-se tanto o acompanhamento e identificação dos indicadores para alterações no desenvolvimento, podendo ser eles de ordem motoras, cognitivas, de linguagem, psicossociais ou ambientais; como também oferecer atendimento que considere os princípios de humanização e as particularidades de cada sujeito^{5,13}.

Compreende-se de tal modo, que a investigação adequada de possíveis desvios, atrasos e transtornos do desenvolvimento nesta população, pode viabilizar que as crianças e famílias recebam orientações corretas, e que sejam encaminhadas nos momentos oportunos e preconizados para as necessidades de intervenções^{8,13}.

Busca-se assim, propiciar que o desenvolvimento transcorra da forma mais adequada e individualizada possível, bem como atenuar dificuldades que sejam decorrentes tanto de condições da própria criança, como de sua família e seu contexto social^{8,13}.

Apesar da vigilância do desenvolvimento infantil já ser uma abordagem conhecida e utilizada mundialmente, ainda há necessidade de aprimoramento de dados, indicadores e padronizações voltados à população com fatores de risco, visto sua multifatorialidade¹³. Isto posto, estudos que busquem dar visibilidade a essa população se mostram necessários, bem como uma melhor compreensão das variáveis envolvidas no estabelecimento das condutas. Sejam

elas referentes a orientações especializadas, encaminhamentos para acompanhamentos com especialistas ou para diferentes terapias¹³.

Vale ainda, identificar, em qual momento, especialmente ao longo dos primeiros anos de vida, esses determinantes se mostram mais evidentes³. Há de se considerar também, o pressuposto multifatorial envolvido, com abordagem não apenas dos aspectos clínicos, mas também das questões socioculturais, ambientais e psicossociais desta criança e de todo seu entorno; com destaque para a relevância do julgamento clínico multiprofissional e interprofissional, nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Desta forma, o presente estudo busca analisar o perfil de orientações especializadas e encaminhamentos para terapias de crianças com fatores de risco para o desenvolvimento atendidas em um Ambulatório de Seguimento de Recém-Nascidos de Risco.

2. JUSTIFICATIVA

No que diz respeito às motivações pessoais, desde minha graduação, tive a oportunidade de iniciar os estudos e vivências com conceitos de saúde a partir de uma visão humanizada e ampliada. Nesta abordagem, vê-se o sujeito além de seus sinais e sintomas clínicos, considerando também suas vivências e experiências, suas condições sociais, ambientais, culturais, psicológicas, entre outras.

No Instituto Fernandes Figueira (IFF), desde o início do meu processo de residência, pude experienciar a continuação dos estudos e da importância desta visão, tanto nas aulas teóricas, como nas práticas ambulatoriais e clínicas. Em especial, a atuação com uma população mais específica; os neonatos, crianças e adolescentes com condições crônicas complexas. Em especial, destaco a participação no Ambulatório de Seguimento de Recém-Nascidos de Risco.

Pensando nas vastas gamas de variáveis envolvidas no processo de vigilância, o referido Ambulatório de Seguimento de Recém-nascidos de Risco, pauta suas ações não somente com a atuação da equipe de pediatria, mas também com a inserção de equipe multiprofissional, como enfermeiros, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, entre outros profissionais que possam vir a participar, conforme solicitação ou necessidade. Estes, objetivam realizar um acompanhamento e uma avaliação integral da criança, buscando identificar as necessidades de certos cuidados e propor ações em prol do desenvolvimento pleno, dentro de suas potencialidades. Os atendimentos realizados neste espaço, são ofertados de maneira interprofissional; sendo utilizados diferentes processos clínicos e diferentes instrumentos conforme particularidades de cada paciente.

No que tange às questões científicas, a literatura, ao longo dos anos, vem destacando a importância de estudos e pesquisas que deem visibilidade a essa população de crianças com fatores de risco para o desenvolvimento^{3,8}. Bem como da importância de serem desenvolvidos protocolos e mecanismos para identificação dos principais marcadores de possíveis atrasos⁸. Como exemplo, pode-se citar revisão sistemática⁸, que evidenciou a necessidade de se considerar uma visão mais “holística”, no qual componentes comportamentais diversos sejam considerados.

Outros estudos ainda, descrevem o processo de vigilância do desenvolvimento e sua importância em populações específicas de risco, como crianças prematuras^{14,15,16}. Entende-se que, apesar do aumento de sobrevivência, percebe-se maior ocorrência de alterações e transtornos do desenvolvimento, com reflexos tanto na infância, como na adolescência e vida adulta⁴.

Outrossim, vale salientar que os primeiros anos de vida, em especial, os primeiros dois anos, é um período crucial para o desenvolvimento infantil, sendo essencial que os profissionais que atuem com essa população, estejam atentos aos períodos sensíveis e críticos do desenvolvimento, visto a intensa ação dos processos de neuroplasticidade e estabelecimento de redes neurais na criança nestas fases³.

No referente às questões sociais, há se destacar a relevância já conhecida dos determinantes sociais nas condições de vida da população, aqui em especial na primeira infância. A literatura reitera a intrínseca relação entre aspectos socioeconômicos e melhores condições de acessos a serviços e sistemas de saúde¹⁷.

Destacam ainda, a influência positiva de ações e intervenções voltadas a diminuição destes determinantes; porém, apesar de sua relevante influência, estas ações se mostram ainda escassas. As iniquidades sociais acabam também por influenciar, a compreensão da importância dos acompanhamentos na primeira infância, bem como das possibilidades de manutenção desses acompanhamentos por parte das famílias^{18,19}.

Neste sentido, visto a relevância deste processo de vigilância, bem como a grande variabilidade de fatores de risco que essa população possa vir a apresentar, se mostra de suma importância conhecer o perfil destas crianças e as questões que levaram essa população a necessitar de acompanhamento. Importante ainda, mapear qual a forma de identificação de alterações do desenvolvimento e em qual momento se mostraram mais evidentes, levando a equipe a entender a necessidade dessas crianças receberem acompanhamentos específicos, através de diferentes terapias ou encaminhamentos.

Este melhor conhecimento da atuação da equipe de saúde envolvida nos cuidados do recém-nascido com fatores de risco e do processo de vigilância do desenvolvimento, busca tanto atuar na melhoria dos serviços prestados, através da detecção dos desvios nos tempos oportunos, na percepção da importância da atuação da equipe interprofissional, bem como propiciar subsídios para que ações similares possam ser oferecidas em diferentes ambientes e espaços. Destaca-se ainda o papel do IFF neste cenário, visto ser um órgão auxiliar do Ministério da Saúde na tarefa de desenvolver, coordenar e avaliar as ações integradas, direcionadas à área da saúde desse público em âmbito nacional.

3. OBJETIVO

3.1. Objetivo geral

Analisar o perfil de orientações especializadas, encaminhamentos para terapias e investigações diagnósticas de crianças com fatores de risco para o desenvolvimento atendidas em um ambulatório interprofissional de seguimento (Follow-up).

3.2. Objetivos específicos

- Identificar os diferentes critérios utilizados nas consultas interprofissionais para os encaminhamentos para fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e neurologia;
- Identificar a faixa etária em que ocorreram os encaminhamentos;
- Verificar a prevalência de encaminhamentos para terapias na consulta interprofissional;
- Verificar a prevalência de orientações especializadas destas crianças de risco;
- Descrever as características clínicas e sociais das crianças de risco atendidas.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1. Desenvolvimento infantil, fatores de risco e proteção

O período concebido entre o nascimento e o segundo aniversário, tem se popularizado como “primeiros 1000 dias” ou “*The First Thousand Days*”; e tem orientado políticas públicas e profissionais em diferentes locais do mundo, visto a janela de oportunidades que este período proporciona para o adequado investimento e acompanhamento do desenvolvimento infantil^{20,21}.

A literatura destaca ainda, a intrínseca relação entre o desenvolvimento das redes neurais e a influência da ausência ou presença de certos estímulos durante este período, ressaltando a importância do processo de neuroplasticidade. Nesta perspectiva, cabe a relevância do olhar para os períodos críticos e sensíveis do desenvolvimento, sendo o primeiro compreendido como um momento no qual ações pontuais são necessárias e a ausência ou presença de certo estímulo, pode causar consequências irreversíveis³. Já o segundo, corresponde a um período no qual o cérebro está recebendo estímulos e sendo moldado, de forma prolongada e contínua. Nestes períodos, a ausência ou presença de certas ações e intervenções, podem auxiliar ou prejudicar esse desenvolvimento de forma adequada a médio e longo prazo, visto o estabelecimento de certas redes neurais³. Cabe compreender ainda que, esses períodos, podem se apresentar mais ou menos sensíveis em diferentes momentos durante esse desenvolvimento, e necessitar de um olhar mais atento³.

Compreende-se então, que, nestes períodos, o cérebro infantil apresenta maior suscetibilidade para absorver influências e “ser moldado”; sendo de suma importância que os pais e cuidadores recebam orientações, buscando garantir

as estimulações adequadas e um ambiente propício para o pleno desenvolvimento, de acordo com suas particularidades e necessidades^{3,20,21}.

Não obstante, de acordo com o modelo ecológico, cabe salientar a influência e interrelação de diferentes ambientes, tanto macrossociais como microsociais que perpassam o seio familiar; a exemplo temos a relevância do ambiente e de questões nutricionais adequadas, de políticas públicas, questões ligadas à moradia, saneamento básico, creches e opções educacionais, acessos a diferentes serviços, entre outras questões relevantes^{3,20,21}.

Destaca-se que, apesar da diminuição da mortalidade infantil nos últimos anos, essa não ocorreu de maneira homogênea, sendo que as disparidades e iniquidades sociais, refletem em maior mortalidade nas populações mais vulneráveis³.

Conforme mencionado, o desenvolvimento infantil, tanto os mil dias como além disso, se caracteriza como um processo multifatorial, dinâmico e sinérgico, sendo que, quaisquer fatores complicadores, podem resultar em dificuldades e/ou riscos para o pleno desenvolvimento infantil, potencializando possíveis comprometimentos tanto da saúde geral, no bem-estar ou no que tange a questões sociais dessas crianças e suas famílias²². Desta forma, se faz necessário um olhar apurado para essas crianças com possíveis fatores de risco para o seu desenvolvimento.

As crianças de risco ou de alto risco, são aquelas que possuem condições que podem afetar seu pleno desenvolvimento e resultar em aumento de possíveis complicações durante sua vida, sendo que, muitas vezes, estas condições estão interrelacionadas, não sendo necessariamente, possível estabelecer uma causa única⁵.

Diversos são os estudos que descrevem a influência desses fatores, a exemplo, podemos citar fatores genéticos; presença de doenças ou síndromes maternas ou paternas; exposições maternas a certos tipos de vírus ou drogas diversas, síndromes ou transtornos fetais^{3,5,8,20,21}.

Destacam-se ainda, conforme previamente mencionado, fatores como ausência de nutrição adequada; ausência de um entorno-ambiente com estímulos adequados para o pleno desenvolvimento conforme preconizado; sono adequado; acesso a serviços de educação, saúde e moradia; políticas públicas compatíveis, bem como outras questões que perpassam o nascimento e desenvolvimento dessas crianças e suas famílias^{2,6,7,8,23}. Ademais, destaca-se a forte influência de fatores ligados à violência e à negligência no desenvolvimento destas crianças²².

Além dos já mencionados, um dos grandes indicadores de risco para o desenvolvimento, é a ocorrência de prematuridade. As dificuldades decorrentes do nascimento prematuro podem ser diversas, relacionadas tanto ao amadurecimento fetal, especialmente de estruturas cerebrais¹⁴, a necessidade de permanência e internações em unidades de terapia intensiva neonatais (UTIN), bem como os possíveis processos e procedimentos derivados dessa intervenção^{2,14}. Em geral, esses neonatos e crianças, são altamente expostos a estímulos sonoros, visuais, sensoriais e táteis-cinestésicos; além do uso de medicamentos para o alcance da sobrevivência. As consequências das adversidades decorrentes de internações em UTINs, podem refletir ainda a médio e longo prazo, com efeitos que ultrapassam as dificuldades apenas físicas ou cognitivas^{2,14}.

De acordo com o CDC²⁴, uma a cada 6 crianças na faixa etária de 3 a 17 anos, apresenta algum transtorno, alteração no desenvolvimento ou comportamentais, como dificuldades de aprendizagem, TEA ou TDAH. Ademais, estudo realizado nos EUA, identificou a presença de aumento de transtornos do desenvolvimento infantil (17,8%) em crianças com fatores de risco, como dificuldades de aprendizagem, de linguagem e condições como TEA e TDAH^{8,11}.

Há de se considerar ainda que, durante o desenvolvimento infantil, além dos fatores de risco para o desenvolvimento, existem fatores que podem ser considerados protetivos ou de segurança. Estudo realizado na cidade de São Paulo²⁵, por exemplo, identificou que fatores como melhores condições socioeconômicas, possibilidades de licença maternidade, baixas prevalências de gravidez na adolescência e de condições como alcoolismo e tabagismo são fatores que se caracterizam como protetivos para o desenvolvimento infantil.

Ademais, questões como redes de suporte interna, como as familiares, e redes de suporte externa, como a comunidade e acessos a serviços e sistemas de saúde, devem ser considerados pelos profissionais que atuam com o acompanhamento e vigilância do desenvolvimento infantil, visto seu fator protetivo²². Ações durante o período de internação também constituem redes de suporte, em especial nos ambientes de UTINs, como o Método Canguru, que envolvem cuidado com a ambiência e a presença dos pais durante a internação²⁶.

4.2. O processo de acompanhamento e avaliação do desenvolvimento infantil

Muito tem-se estruturado referente ao aumento da sobrevivência e diminuição da mortalidade infantil⁵. Outrossim, se faz necessário investir em propostas e estratégias que visem garantir um crescimento e desenvolvimento saudável e digno para todas as crianças, inclusive para aquelas com fatores de riscos para o desenvolvimento, visto que as condições de vida, não caminharam no mesmo passo, e diversas são as dificuldades enfrentadas por essas crianças e suas famílias⁵

Entre as diversas possibilidades disponíveis para esse acompanhamento, podemos citar os procedimentos de vigilância, screening ou triagens, monitoramento e de avaliação⁵. Neste trabalho, o direcionamento será dado aos processos de vigilância, triagem e avaliação.

4.2.1. Processo de vigilância do desenvolvimento

Destaca-se aqui, a vigilância do desenvolvimento; sendo esta entendida como um processo contínuo, com amplas possibilidades e flexibilidades e que busca realizar um acompanhamento de forma longitudinal^{5,13,27}. Esta vigilância objetiva acompanhar a criança em seu desenvolvimento, sendo necessário para tal, conhecer os diferentes marcos do desenvolvimento e fatores de risco que possam influenciar.

Além disso, ela deve possibilitar um espaço de escuta ativa e centrado na família, com valorização das queixas e fornecimento de informações e orientações aos pais e responsáveis; aplicação de olhar clínico; bem como monitorar, de forma periódica, através de diferentes observações, instrumentos

e ferramentas, possíveis desvios ou atrasos, os quais poderão merecer melhores avaliações ou encaminhamentos para diferentes terapias e intervenções^{5,13, 27}.

Destaca-se a necessidade desses espaços respeitarem essas individualidades e diferentes realidades, apresentando visão mais abrangente e não sobrecarregando desnecessariamente as famílias quanto ao desenvolvimento de suas crianças¹⁶.

Entre as formas possíveis de organização do processo de vigilância do desenvolvimento, destacam-se duas: a vigilância não estruturada e a estruturada²⁷. A primeira, diz respeito à vigilância com base nos preceitos da aliança terapêutica, conceito fundamentado por Winnicott²⁷. Esta prioriza a criação de vínculo, a observação tanto dentro do consultório como nos ambientes de espera, a interação entre a criança e seus familiares e formas de brincar espontâneas²⁷. A segunda, denominada vigilância estruturada, diz respeito à realizada a partir de instrumentos convencionados²⁷. A exemplo, os autores citam a vigilância com base na caderneta de saúde do Ministério da Saúde, que é conduzida a partir dos marcos do desenvolvimento e já demonstra em estudos, grande sensibilidade²⁷. Além desta, outras ferramentas já utilizadas mundialmente, são o IRDI (Indicadores de Risco para o Desenvolvimento Infantil) e o GMCD (*Global Monitoring Child Development*)²⁷.

Há, porém, críticas às listas de marcos do desenvolvimento, amplamente utilizadas nos acompanhamentos¹³. Menciona-se que, apesar de as listas de marcos do desenvolvimento servirem como base e orientarem o processo de vigilância, em sua maioria, diferentemente dos procedimentos de triagem, não são validados, bem como, diferem entre si, podendo causar confusões e atrasos

significativos nos encaminhamentos e conseqüentemente, no início da intervenção frente às possíveis dificuldades¹³.

Cabe destacar ainda, que este processo de vigilância do desenvolvimento infantil é destinado a todas as crianças²⁷. Sua forma de abordagem, pode ser voltada aos diferentes perfis, como o realizado de forma normativa, nas consultas de rotina; os realizados em casos com diagnósticos estabelecidos, buscando maximizar a intervenção; e o voltado para crianças com fatores de risco para o desenvolvimento, sendo esta, a população foco deste projeto de pesquisa²⁷.

Referente às crianças com fatores de risco, cabe aos profissionais que irão atuar com essas populações e nestes espaços, conhecerem as particularidades de cada abordagem e instrumentos, bem como a sua importância^{5,8,16}. Obstante salientar que, apesar dos diversos programas para vigilância do desenvolvimento e recomendações realizadas por entidades como a Academia Americana de Pediatria (AAP), não há um consenso sobre a forma de condução, bem como os instrumentos e protocolos mais adequados e quando utilizá-los para suplementar esse processo, em especial, nas populações com risco para o desenvolvimento; cabendo a necessidade de se aprofundar sobre essa temática, bem como os fatores que a influenciam, para melhor definição e identificação de métodos e instrumentos mais adequados^{8,16,24,28}.

Cabe destacar, porém, conforme já mencionado anteriormente, algumas recomendações realizadas pela AAP/CDC^{24,28}; a qual recomendam que este monitoramento do desenvolvimento seja realizado em todas as consultas de puericultura, bem como nas possíveis consultas preventivas, e que devam ser

utilizados além dos marcos do desenvolvimento, escalas padronizadas em determinadas idades específicas ou quando identificadas necessidades.

4.2.2. Triagens do desenvolvimento e protocolos específicos

Faz-se importante mencionar, neste primeiro momento, conforme já citado anteriormente, que o processo de vigilância do desenvolvimento, difere da triagem²⁷.

Esses procedimentos de triagem inclusive, podem se encontrar inseridos no processo de vigilância e geralmente utilizam ferramentas validadas para idades específicas e/ou quando a vigilância do desenvolvimento identifica alguma preocupação¹³. Se, a partir da aplicação destas escalas e das ponderações clínicas, sejam identificados desvios, atrasos ou especificidades que merecem melhor atenção, estas crianças devem ser encaminhadas para avaliações mais completas e intervenções e/ou terapias específicas às suas necessidades, de preferência, com equipes multiprofissionais^{13,27}.

Cabe salientar que a abordagem metodológica escolhida para este trabalho, irá considerar a triagem como uma ferramenta que pode ser utilizada como parte do processo de vigilância do desenvolvimento, inclusive das crianças de risco²⁷.

De acordo com o Manual Para Vigilância do Desenvolvimento Infantil no contexto da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância - AIDPI⁵, a triagem, também definidas como *screening* de desenvolvimento, pode ser utilizada como um procedimento de "checagem" do desenvolvimento.

Os métodos e instrumentos de triagem, sejam eles padronizados ou não, consistem, desta forma, em instrumentos transversais, como escalas,

inventários ou questionários desenvolvidos para triar um sujeito ou um grupo, podendo observar uma área específica do desenvolvimento, ou um conjunto de algumas áreas específicas^{8,16,27}. Podem ser triadas, por exemplo, áreas como linguagem, interação, desenvolvimento motor amplo e motor fino, cognição, questões adaptativas e socioemocionais, comportamento, entre outras²⁸. Estes não têm função diagnóstica ou conclusiva, pois buscam realizar uma "varredura", um levantamento das possíveis necessidades e dificuldades daquela criança e devem ser aplicados sempre que se suspeitar de um atraso ou que a criança possui algum fator de risco^{27,28}.

A AAP/CDC^{24,28} corrobora com a afirmativa anterior, e recomenda que, sempre que forem identificadas preocupações durante as consultas ou processo de vigilância, devem ser aplicadas escalas de triagem do desenvolvimento, bem como indica idades ideais para aplicação de triagens comportamentais e do desenvolvimento, mesmo na ausência de suspeitas, sendo elas: 9 meses, 18 meses e 30 meses e posteriormente, nas consultas de 4 e 5 anos^{24,28}.

Ressalta-se ainda que as crianças com indicadores de risco, devem ser rastreadas com maior frequência^{24,28}. Além disso, recomenda que todas as crianças sejam submetidas aos rastreios para TEA durante estas consultas regulares dos 18 e 24 meses, com instrumentos como o *Escala Modified Checklist For Autism in Toddlers (M-CHAT)*²⁸. Compreende-se que as avaliações são mais frequentes nos primeiros meses de vida e logo após a alta hospitalar, com aumento do intervalo a medida do seu desenvolvimento²⁹.

Atualmente, há diversos outros instrumentos já padronizados e validados, com base e fundamentação teórica, que podem ser aplicados por diferentes profissionais e especialidades no exercício do acompanhamento do

desenvolvimento infantil; visto que não há nenhum teste exclusivo adequado para todas as crianças em todas as idades^{16,22,28}.

Alguns dos instrumentos utilizados por diferentes profissionais para triagem e acompanhamento do desenvolvimento infantil são o Protocolo de Triagem do Desenvolvimento DENVER II, a Early Language Milestone Scale 2 (ELM 2), a Alberta Infant Motor Scale (AIMS) e o questionário M-Chat-RF (Escala Modified Checklist For Autism In Toddlers, revisada com Follow-up)^{30,31,32,33,34,35}.

O protocolo DENVER II, destinado a crianças na faixa etária de 0 a 6 anos, possui 125 itens, e busca realizar uma triagem do desenvolvimento nas áreas pessoal-social, motor fino-adaptativo, motor grosso e linguagem. Estudo realizado em 2022³⁰, o qual buscou verificar a confiabilidade e sensibilidade da versão brasileira do teste DENVER II, identificou que a confiabilidade intraexaminadores e interexaminadores foi considerada excelente, bem como sua sensibilidade se apresentou como 73,99%, se mostrando ser uma opção de teste validado e confiável para ser utilizado na prática clínica³⁰.

A ELM, destinada a crianças de 0 a 36 meses de idade, é uma escala voltada à triagem da linguagem infantil nas subáreas auditiva-receptiva, auditiva-expressiva e auditiva-receptiva visual e pode ser preenchida através de relato dos pais, elicitación ou observação da habilidade desejada³¹. Estudos de revisão de literatura identificaram a ELM, como uma das opções comercialmente disponíveis e validadas para avaliação da linguagem de bebês e crianças^{31,32}.

O instrumento AIMS, destinado a crianças a partir de 7 dias até 18 meses (considerando a idade corrigida), é composto por 58 itens, os quais buscam avaliar habilidades motoras grossas nas posições prona, supina, sentada e em pé^{33,34}. O instrumento de triagem e acompanhamento possui validação para a

versão nacional, a qual identificou alta confiabilidade e sensibilidade do instrumento³⁴. Estudo recente realizado com a versão coreana do instrumento de triagem, identificou resultados similares quanto à confiabilidade³³.

O M-CHAT-R/F, consiste em uma triagem para TEA, que busca aumentar a detecção precoce e auxiliar os prognósticos^{28,35}. A referida triagem, é indicada como parte do processo de acompanhamento do desenvolvimento, sendo recomendada sua aplicação, em idades especialmente sensíveis. Destaca-se ainda, que o M-CHAT-R/F possui versão validada para aplicação nacional, a qual apresentou 88,2% de sensibilidade para ponto de corte superior a 2 pontos³⁶.

Ressalta-se que, para a escolha dos instrumentos a serem aplicados, alguns pontos importantes devem ser considerados. Como exemplo, podemos citar questões como sua validação; a idade que o instrumento abrange, devendo ser esta, adequada ao público-alvo; o tempo para a sua aplicação; o custo deste instrumento; a necessidade ou não de treinamento para a sua aplicação; possibilidades de realização no fluxo do setor; bem como ser adequado a àquela população linguisticamente e culturalmente^{27,28}.

A consideração do relato dos pais também é um ponto importante na hora de se pensar uma ferramenta de triagem, pois auxilia para a conduta e possíveis orientações posteriores²⁸ e para a identificação das potências de cada indivíduo. O uso de triagens com alto nível de confiabilidade e validados, auxiliam na diminuição de encaminhamentos mal estruturados e preocupações exacerbadas para as famílias²⁸.

Isto posto, destaca-se que o uso de triagens durante o processo de vigilância, aumenta as possibilidades das crianças, em especial aquelas com fatores de risco, de terem possíveis atrasos identificados nos momentos

adequados; bem como serem encaminhadas para centros de estimulação, avaliações ou reabilitações mais específicas²⁸.

4.3. Orientações especializadas

Durante os processos de vigilância do desenvolvimento e aplicações de triagens específicas, se faz necessário estimular as famílias a relatarem preocupações sobre o desenvolvimento de suas crianças, bem como fornecerem informações a fim de orientar quanto à promoção do desenvolvimento¹³.

Há de se considerar ainda, a necessidade de realização, em certos momentos, de orientações especializadas, visto possíveis sinais de alerta no desenvolvimento. Ou seja, se durante as consultas, houver a ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento esperados para a faixa etária, sua família/responsável deve receber orientações especializadas dos profissionais competentes, especialmente ligadas às áreas de maior alerta; ou encaminhamentos para acompanhamentos especializados, a depender da condição/gravidade do atraso^{7,37}.

Nos casos em que as crianças se encaixam como “alerta para o desenvolvimento”, recomenda-se que, após o recebimento das orientações especializadas, seja marcado um retorno dentro de cerca de 30 dias para que as habilidades que se encontravam defasadas sejam reavaliadas e verificadas se as orientações foram suficientes para o quadro, ou se serão necessários encaminhamentos e maiores avaliações especializadas, a fim de garantir o pleno desenvolvimento^{7,37}.

Para que tais orientações especializadas sejam realizadas de forma adequada, se faz necessário que os profissionais compreendam quais são os

marcos do desenvolvimento adequado, quais são os sinais de alerta, bem como os sinais de risco para cada faixa etária^{7,37}. No Brasil, a caderneta da criança, se apresenta como um instrumento auxiliar aos profissionais, visto que possui indicações de marcos esperados para cada faixa etária nos primeiros anos; sinais de provável atraso no desenvolvimento, sinais de alerta e padrões de desenvolvimento adequado³⁷.

Vale salientar, que tanto as orientações gerais como as especializadas, buscam instrumentalizar as famílias quanto à atuação frente ao desenvolvimento de seus filhos. Porém¹³, destaca-se a importância de os profissionais terem um olhar apurado e não se basearem em conceitos como “esperar para ver”, “cada um tem o seu tempo” no qual muitas crianças e famílias, acabam perdendo períodos preciosos de estimulação. A constante busca por atualização dos marcos do desenvolvimento e sinais de alerta, se caracteriza como um elemento auxiliar na busca pela diminuição desses equívocos¹³. As investigações sobre os marcos do desenvolvimento e sinais de alerta, incluindo questões cognitivas e socioemocionais, buscam possibilitar melhor instrumentalização dos profissionais que atuam com essas populações¹³.

4.4. Avaliações diagnósticas específicas

Os procedimentos de avaliações diagnósticas, geralmente, são realizados quando, a partir da aplicação de uma triagem ou do processo de vigilância, são identificados riscos ou sinais de alerta para o desenvolvimento; os quais não foram ou não são possíveis de serem sanados com orientações especializadas¹³. Esses procedimentos de avaliação, são mais detalhados e específicos; e são conduzidos e realizados por profissionais especialistas, como

neurologistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, entre outros¹³. A partir da aplicação destas avaliações, busca-se identificar as potencialidades ou dificuldades, bem como fornecer subsídios para a definição de diagnósticos ou condutas terapêuticas⁵. Estas avaliações também possibilitam o acompanhamento da criança após uma intervenção, ou seja, permitem observar ganhos ou não nos marcos do desenvolvimento após o início das orientações especializadas e terapias^{5,27}.

A literatura destaca que, quanto antes forem observadas essas possíveis dificuldades e realizados os encaminhamentos e as intervenções, em especial nos primeiros três anos de vida, período sensível e crítico ligado à neuroplasticidade, melhores são as possibilidades de prevenção, bem como diminuição das possíveis dificuldades^{27,28}. Assim como nas orientações, uma recomendação para as idades dos encaminhamentos, se relaciona aos períodos sensíveis do desenvolvimento dos circuitos neuronais que diferem entre os sistemas³. Ou seja, enquanto o encaminhamento quando há suspeita de alteração da função visual é considerado tardio aos 6 meses, esta pode ser uma idade adequada para a intervenção quanto a questões motoras ou de linguagem, por exemplo³.

Importante destacar ainda que, não se faz necessário a definição de um diagnóstico, para que a criança inicie os processos de reabilitação ou estimulação específicos, visto a alta complexidade e variabilidade dos processos diagnósticos e de reabilitação²⁸. Os profissionais que irão acompanhar essas crianças, devem manter uma boa comunicação com a família, visando orientá-las e as manterem ativas durante essa caminhada, para que realizem as

intervenções necessárias, mesmo ante o estabelecimento de um possível diagnóstico²⁸.

4.5. Possíveis critérios de encaminhamentos e a necessidade de acompanhamento

Durante o processo de vigilância do desenvolvimento ou ainda, em triagens específicas, se mostra indispensável a construção de escuta ativa e centrada na família, bem como fornecer orientações a fim de facilitar e promover o desenvolvimento infantil¹³. Porém em alguns casos, as orientações especializadas, não serão suficientes, sendo necessário que os profissionais estejam atentos aos sinais de alerta para a necessidade de encaminhamentos para avaliações mais específicas, acompanhamentos com outros profissionais ou para terapias o mais precocemente possível, buscando um pleno desenvolvimento infantil^{13,27}. Esse encaminhamento deve ser realizado logo nos primeiros anos de vida, assim que o atraso ou desvio tenha sido identificado; e quando as orientações não sejam suficientes²⁸.

Estudos indicam alguns dos possíveis sinais de alerta e indicadores de necessidades de encaminhamento nos diferentes domínios. Entre eles, podemos citar os relacionados a componentes motores, tanto da motricidade grossa quanto fina; habilidades de comunicação e linguagem; questões cognitivas; comportamentos e temperamentos; formas de brincar e utilizar os diferentes objetos; relações sociais e interacionais; processamentos sensoriais, auditivos e visuais; atenção e atividades de vida diária^{8,16,28}.

Documento desenvolvido pela Sociedade Americana de Pediatria, destaca ainda, uma gama de condições que podem afetar o desenvolvimento e

que merecem atenção tanto no período inicial do desenvolvimento, como a longo prazo. Entre elas, a presença de perdas ou deficiências auditivas, distúrbios de linguagem, distúrbios visuais, condições neuromotoras e/ou neuromusculares, deficiências intelectuais e de aprendizagem, bem como condições como TEA ou TDAH²⁸.

A partir destas observações de dificuldades ligadas a habilidades ou domínios específicos, ou ainda, à relação entre eles, pode existir a necessidade dessa criança receber acompanhamento mais especializado, com profissionais como fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, ou ainda, realizar acompanhamento com equipe de neurologia^{8,16}.

5. METODOLOGIA

5.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO E LOCAL DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e retrospectivo das crianças atendidas no Ambulatório de Seguimento de Recém-nascidos de Risco – Follow-Up da Neonatologia do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz); unidade de assistência, ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

O referido ambulatório foi escolhido como campo de pesquisa, visto sua atuação interprofissional, focada no seguimento ambulatorial de crianças de risco, baseado nos preceitos de vigilância do desenvolvimento. Tal abordagem, proporciona que sejam realizados acompanhamentos de forma longitudinal dessas crianças de risco, com aplicação constante de protocolos de triagens, entrevistas e avaliações subjetivas, considerações dos determinantes sociais, bem como orientações e encaminhamentos para especialidades e terapias, conforme identificadas as necessidades. Participam dos atendimentos, enfermeiros e pediatras (diariamente), fisioterapeutas e fonoaudiólogos (três vezes na semana), terapeuta ocupacional (em períodos sazonais).

5.2. POPULAÇÃO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Participaram da pesquisa, através da autorização de seus responsáveis legais, crianças entre 0 a 3 anos de idade, que compareceram no referido ambulatório para atendimento entre o período de junho a agosto de 2023.

Foram incluídas, as crianças com critérios de atendimento no Ambulatório de Follow-up da Neonatologia, sendo eles:

- Idade gestacional menor que 33 semanas;
- Peso de nascimento menor que 1500g;
- Restrição do crescimento intrauterino;
- Asfixia perinatal;
- Síndrome aspiração meconial, com necessidade de suporte ventilatório;
- Hipertensão pulmonar com instabilidade hemodinâmica;
- Hérnia diafragmática congênita;
- Broncodisplasia pulmonar;
- Hemorragia intracraniana (diferentes graus) e leucomalácia periventricular;
- Sepsis neonatal confirmada ou meningite em pacientes sem derivação peritoneal (DVP);
- Doença hemolítica;
- Hipoglicemia com necessidade de tratamento venoso.

Como critério de exclusão, foram consideradas as crianças com anomalias craniofaciais, devido a essa população, normalmente, já ser encaminhada para diferentes especialidades na alta hospitalar, visto suas necessidades.

5.3. COLETA DE DADOS

O estudo foi realizado através de consulta em prontuário, voltado para a identificação do perfil de orientações e encaminhamentos para diferentes terapias.

Para identificação dos sujeitos que se enquadravam nos critérios do estudo, a pesquisadora realizou contato com a responsável pelo referido ambulatório, a qual sinalizou as crianças que preenchiam os critérios e que seriam atendidas entre junho e agosto de 2023. A pesquisadora entrou em contato pessoalmente com os responsáveis pelas crianças durante o momento de espera pela consulta no ambulatório de seguimento, informou sobre o caráter e objetivos da pesquisa e os convidou para participar, através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para orientar a coleta, foi desenvolvido uma ficha de coleta própria (APÊNDICE A), idealizada para as realidades deste estudo. A ficha foi composta por 60 questões fechadas, desenvolvida especificamente para este estudo, após a leitura de artigos e recomendações nacionais e internacionais sobre desenvolvimento infantil e vigilância do desenvolvimento, bem como discussões com a equipe do ambulatório.

Foram consideradas especialmente, as fichas de acompanhamento do Ambulatório de Follow-up da Neonatologia, resumos de alta hospitalar e protocolos ou triagens aplicadas na população durante as consultas; devendo estar, disponíveis no prontuário. As variáveis coletadas foram:

- Relacionadas à criança: data de nascimento; peso, comprimento, perímetro cefálico; classificação ao nascimento; idade gestacional; sexo da criança; dias de internação e possíveis fatores de risco ao nascimento.

- Relacionados a questões socioeconômicas: renda familiar; escolaridade e ocupação dos responsáveis, bem como possíveis recebimentos de benefícios e rede de apoio.
- Orientações especializadas: Foi observado se, durante os acompanhamentos no Ambulatório de Follow-up da Neonatologia, a família recebeu algum tipo de orientação especializada da fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional. Considerou-se orientação especializada quando a criança, após aplicação de algum protocolo específico ou triagem, bem como associado e/ou utilizando o julgamento clínico, apresentou algum sinal de “alerta para o desenvolvimento”, porém, possíveis de serem adequados com orientações à família^{7,37}. Das crianças que receberam essas orientações, foi coletada a data de recebimento da primeira orientação especializada.
- Encaminhamento para especialidades: Foi verificado se, durante os acompanhamentos no Ambulatório de Follow-up da Neonatologia, a criança recebeu algum encaminhamento para as especialidades de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e/ou neurologia. Caso tenha recebido, foi coletada a data de recebimento do primeiro encaminhamento, bem como qual o critério utilizado para encaminhamento, se algum protocolo de triagem específico, julgamento clínico ou ambos.

Importante destacar que, para fins desta pesquisa, foram considerados apenas os protocolos e/ou documentos que se encontravam disponíveis ou os resultados descritos no prontuário, na data da coleta.

Vale salientar ainda que, a idade gestacional foi considerada a partir da ultrassonografia de primeiro trimestre ou data da última menstruação materna, sendo considerada, 40 semanas como a idade corrigida de termo. Em recém-nascidos pré-termo, foi considerada a idade corrigida das crianças até os 2 anos de idade.

Cabe destacar, que as coletas foram realizadas na frequência de uma vez por semana, em dias diferentes, no período de um turno (manhã ou tarde). Essa disponibilidade da pesquisadora, segue os regulamentos da residência multiprofissional, em que se disponibiliza um período pré-estabelecido (228 horas totais), para a elaboração do trabalho de conclusão da residência.

Sendo assim, de 177 crianças elegíveis que compareceram no Ambulatório de Follow-up da Neonatologia, no período de junho e agosto de 2023, foram incluídas na pesquisa, 65 crianças; totalizando uma amostragem de 36,7%.

5.4. ANÁLISE DOS DADOS

Posteriormente à coleta, os dados foram organizados em planilha no Software Excel 2013® e as informações foram processadas e realizadas análises descritivas das variáveis, como as medidas de frequências das variáveis categóricas e a média e mediana das variáveis contínuas, desvio padrão e valores mínimos e máximos.

5.5. ASPECTOS ÉTICOS

Quanto aos aspectos éticos, não houve discriminação durante a seleção dos indivíduos participantes, nem exposição a riscos desnecessários ou divulgação de dados sensíveis.

Destaca-se que se trata de uma pesquisa que utilizou dados dos prontuários dos pacientes e, portanto, obedeceu às disposições éticas e legais dispostas no Ofício circular Nº 23/2022/CONEP/SECNS/DGIP/SE/MS e Carta Circular nº 1/2021-CONEP/SECNS/MS.

O projeto foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Instituição, sob CAEE nº 68073223.2.0000.5269, parecer consubstanciado nº 6.067.673 de 18 de maio de 2023.

Os responsáveis pelos sujeitos foram convidados para a pesquisa e somente participaram, após a assinatura do TCLE, devidamente explicado e assinado pelo responsável legal (APÊNDICE B).

Vale salientar ainda que, se justifica a ausência da necessidade do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), por se tratar de crianças menores de 6 anos de idade.

6. RESULTADOS

Os resultados serão expostos sob a forma de artigo científico original denominado: “Vigilância do desenvolvimento de crianças de risco: perfil de orientações e encaminhamentos para terapias”, o qual será submetido à Revista DIC - Distúrbios da Comunicação.

Vigilância do desenvolvimento de crianças de risco: perfil de orientações e encaminhamentos para terapias

Teixeira, Marluce Cristine; Vilella, Letícia Duarte; Mayrink, Maria Luciana.

RESUMO

Introdução: Crianças com fatores de risco, possuem maiores probabilidades de apresentarem alterações no desenvolvimento. Neste sentido, torna-se necessário que estas, recebam acompanhamento de forma longitudinal e interprofissional, visando a detecção e a intervenção nos momentos ideais. **Objetivo:** analisar o perfil de orientações especializadas e encaminhamentos para terapias de crianças que possuem fatores de risco para o desenvolvimento, com idade de 0 a 3 anos, atendidas em um Ambulatório de Seguimento de Recém-nascidos de Risco. **Metodologia:** análise descritiva dos dados contidos nos prontuários de crianças que compareceram ao ambulatório no período de junho a agosto de 2023. **Resultados:** das 65 crianças participantes, 78,5% receberam ao menos uma orientação especializada; sendo as mais frequentes fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional (61,5%, 58,5% e 16,9% respectivamente); 54% receberam ao menos um encaminhamento para alguma das especialidades: terapia ocupacional (34%), fisioterapia (31%), neurologia (23%), fonoaudiologia (15%). As medianas das idades de recebimento da primeira orientação foram: fisioterapia (2,9 meses), terapia ocupacional (3 meses), fonoaudiologia (5,2 meses); e de recebimento do primeiro encaminhamento foram 3,9 meses, 3,2 meses, 6,6 meses e 14,9 meses para fisioterapia, terapia ocupacional, neurologia e fonoaudiologia, respectivamente. Os fatores de risco mais encontrados foram peso inferior a <1500g, idade gestacional inferior a <32 semanas e sepse neonatal. **Conclusões:** O modelo de atendimento interprofissional, possibilitou orientações especializadas e encaminhamentos em tempos valiosos e pertinentes, visto a janela de oportunidades do desenvolvimento infantil e os processos de neuroplasticidade.

Palavras-chave: desenvolvimento infantil; programas de triagem diagnóstica; fatores de risco; serviços de saúde da criança; seguimento assistencial.

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil é tema que demanda atenção e investimento de diferentes órgãos nacionais e internacionais. Trata-se de um processo amplo e de grande complexidade, que envolve tanto aspectos biológicos, interacionais, psíquicos, ambientais e maturacionais^{1,2}. Este processo, que se inicia antes mesmo da vida intrauterina, irá sofrer influência tanto desses fatores intrínsecos como extrínsecos^{1,2}.

Há de se salientar ainda, a existência, durante o desenvolvimento, de períodos críticos e sensíveis, especialmente ligados à criação e estabelecimento de redes neuronais³. Nestes períodos, o cérebro infantil está mais suscetível a estimulações e intervenções pontuais ou contínuas³. Essas intervenções, podem refletir em mudanças significativas, tanto positivamente quanto negativamente e causar influências no desenvolvimento infantil a curto, médio e a longo prazo³

Nos últimos anos, motivados pelos grandes avanços tecnológicos e científicos, visando sobretudo, a diminuição da mortalidade infantil e melhoria das condições de vida, tem-se observado um aumento da sobrevivência das crianças; porém, com possíveis condições de risco associadas^{4,5}. Os fatores ou condições de risco podem ser compreendidos como condições que apresentam potencial de afetar o pleno desenvolvimento infantil e resultar em aumento de risco de complicações ao longo da vida⁴. Apesar do aumento de sobrevivência, percebe-se maior ocorrência de alterações e transtornos do desenvolvimento, com reflexos tanto na infância, como na adolescência e na vida adulta. Estes fatores de risco podem, ainda, estar interrelacionados, não sendo possível, muitas vezes, estabelecer uma causa única^{5,6,7,8}.

Devido à grande complexidade envolvida, as crianças com fatores de risco possuem maiores probabilidades de apresentarem pontuações inferiores em avaliações ligadas ao desenvolvimento, bem como atrasos, distúrbios ou transtornos diversos relacionados^{3,8,9,10}. A exemplo, pode-se citar pesquisa realizada com população com doenças infecciosas emergentes em países com renda média, que identificou maior ocorrência de pontuações inferiores em testes cognitivos, socioemocionais, e em outros domínios de crianças expostas a essas condições¹¹. Bem como estudo, realizado nos EUA, o qual identificou a presença de aumento de transtornos do desenvolvimento infantil em crianças com fatores de risco; como dificuldades de aprendizagem, de linguagem, condições como Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) e Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH)¹². Ademais, estudos realizados com populações específicas, como os prematuros, identificaram maior ocorrência de questões ligadas à aprendizagem e atenção^{3,13}

Entende-se desta forma, que crianças com fatores de risco, irão necessitar de acompanhamento, prevenção e orientações mais específicas e interprofissionais para as possíveis consequências adversas no desenvolvimento^{4,5}. Uma das estratégias adotadas para tal, é o acompanhamento através do processo de vigilância do desenvolvimento infantil⁵.

A vigilância do desenvolvimento infantil, é amplamente estimulada, visto sua relevância e seu caráter longitudinal. Indica-se que este processo leve em consideração tanto os marcos do desenvolvimento, triagens e protocolos específicos, como também fatores e determinantes sociais e interacionais; julgamento clínico; bem como deve ser realizado focado na família¹⁴. Desta

forma, objetiva-se tanto o acompanhamento e identificação dos indicadores para alterações no desenvolvimento, podendo ser eles de ordem motoras, cognitivas, de linguagem, psicossociais ou ambientais; bem como oferecer um atendimento respeitando os princípios de humanização e as particularidades de cada sujeito e entorno^{5,14}

Compreende-se, de tal modo, que a correta identificação e nos tempos adequados de possíveis desvios, atrasos e transtornos do desenvolvimento nesta população, possa possibilitar que essas crianças e famílias recebam as orientações corretas, bem como sejam encaminhadas nos tempos oportunos e preconizados para as necessidades de intervenções^{8,14}. Busca-se assim, propiciar que o desenvolvimento transcorra de forma mais adequada e individualizada possível, bem como atenuar dificuldades que possam ser decorrentes das suas condições, tanto na vida dessa criança, como de sua família e seu contexto social^{8,14}.

Apesar da vigilância do desenvolvimento infantil já ser uma abordagem conhecida e utilizada mundialmente, ainda há necessidade de aprimoramento de dados, indicadores e padronizações voltados à população com fatores de risco, visto sua multifatorialidade¹⁴. Isto posto, se fazem necessários estudos que busquem dar visibilidade a essa população, bem como uma melhor compreensão das variáveis envolvidas no estabelecimento das condutas. Sejam estes referentes a orientações especializadas, quanto para encaminhamentos para acompanhamentos com especialistas ou para diferentes terapias. Vale ainda, identificar, em qual momento esses determinantes se mostram mais evidentes; em especial, nos primeiros anos de vida³. Há de ser considerar ainda, o pressuposto multifatorial envolvido, no qual devem ser considerados não apenas os sinais e sintomas clínicos, mas também as questões socioculturais, ambientais e psicossociais desta criança e todo seu entorno. Destaca-se o papel do julgamento clínico e do atendimento multiprofissional e interprofissional, nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Desta forma, o presente estudo busca analisar o perfil de orientações especializações e encaminhamentos de crianças atendidas em um Ambulatório de Seguimento de Crianças de Risco - Follow-up da Neonatologia, o qual utiliza a abordagem da vigilância do desenvolvimento com atuação interprofissional.

MÉTODO

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e retrospectivo; realizado no Ambulatório de Seguimento de Recém-nascidos de Risco – Follow-up da Neonatologia do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF); unidade de assistência, ensino, pesquisa e desenvolvimento tecnológico da Fiocruz. O referido ambulatório, realiza o seguimento de crianças nascidas na instituição que apresentam fatores de risco para o desenvolvimento. Os atendimentos neste ambulatório, são realizados de forma interprofissional, contando com pediatras, enfermeiras e fisioterapeuta diariamente, fonoaudiólogo três vezes na semana e terapeuta ocupacional em rodízios sazonais.

A população do estudo foi composta de uma amostra por conveniência de crianças entre 0 e 3 anos de idade, com fatores de risco para o desenvolvimento, que compareceram no referido ambulatório entre o período de junho a agosto de 2023.

Foram incluídas, as crianças com critérios de atendimento estabelecidos pelo Ambulatório de Follow-up da Neonatologia, sendo eles: idade gestacional menor que 33 semanas; peso de nascimento menor que 1500g; restrição do crescimento intrauterino; asfixia perinatal; síndrome aspiração meconial, com necessidade de suporte ventilatório; hipertensão pulmonar com instabilidade hemodinâmica; hérnia diafragmática congênita; broncodisplasia pulmonar; hemorragia intracraniana e leucomalácia periventricular; sepse neonatal confirmada ou meningite em pacientes sem derivação peritoneal (DVP); doença hemolítica; hipoglicemia com necessidade de tratamento venoso..

Como critério de exclusão, foram consideradas as crianças que possuem anomalias craniofaciais.

A idade gestacional foi considerada a partir da ultrassonografia de primeiro trimestre, ou data da última menstruação materna, sendo considerada, 40 semanas como a idade corrigida de termo. Em recém-nascidos pré-termo, foi considerada a idade corrigida das crianças até os 2 anos de idade.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do IFF/Fiocruz sob CAEE nº 68073223.2.0000.5269 e parecer consubstanciado nº 6.067.673 de 18 de maio de 2023. Todos os responsáveis receberam informações a respeito do conteúdo da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O estudo foi realizado através de coleta de dados de prontuário, especialmente a partir das fichas de acompanhamento do Ambulatório de Follow-up da Neonatologia e protocolos ou triagens aplicadas na população durante as consultas. Para a coleta, foi utilizada ficha composta por questões fechadas (Apêndice A), desenvolvida especificamente para este estudo pelas pesquisadoras.

As variáveis coletadas estiveram relacionadas à criança, como data de nascimento, peso, comprimento e perímetro cefálico ao nascer, classificação do peso ao nascimento, idade gestacional, sexo, tempo de internação e fatores de risco ao nascimento. Foram levantados também, dados referentes à renda familiar, escolaridade e ocupação dos responsáveis, classificação étnico-racial, bem como possíveis recebimentos de benefícios e rede de apoio. Foi observado ainda, se durante os acompanhamentos no Ambulatório de Follow-up da Neonatologia, a família recebeu algum tipo de orientação especializada e/ou encaminhamento para terapia de fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional e/ou neurologia. Considerou-se orientação especializada quando a criança, após aplicação de algum protocolo específico ou triagem e/ou julgamento clínico, apresentou algum sinal de “alerta para o desenvolvimento”, porém, possíveis de serem adequados com orientações à família^{7,15}.

Das crianças que receberam orientações especializadas e/ou encaminhamentos, foram coletadas a data do recebimento da primeira orientação especializada e/ou encaminhamento e para qual especialidade, bem como qual o critério utilizado para encaminhamento, aplicação de protocolo de triagem específico, julgamento clínico ou ambos.

Os dados foram organizados em planilha no Software Excel 2013® e as informações foram processadas e realizada análise descritiva das medidas de frequências das variáveis categóricas, a média, mediana, desvio padrão e valores mínimos e máximos das variáveis contínuas.

RESULTADOS

Participaram do estudo, 65 crianças, sendo a população composta por diferentes faixas etárias, respeitando os critérios de inclusão do estudo - faixa etária de zero a três anos de idade (Tabela 1).

O resumo geral das características clínicas da população estudada se apresenta na tabela 2. Na referida tabela, destaca-se que a maioria das crianças 86% (n=56) apresentou nascimento prematuro (idade gestacional inferior a 37 semanas).

Referente aos critérios de risco, além dos mencionados na tabela 2, foram observadas ainda, a presença de critérios diversos (outros), com destaque para o desconforto respiratório precoce (DRP) e necessidades de suportes respiratórios como ventilação mecânica (VM) e CPAP; alterações de *Apgar* ao nascimento; uso de medicações por tempo prolongado; icterícia neonatal, crescimento intrauterino restrito (CIUR), alterações em exames neurológicos ou renais, bem como gestações múltiplas. Salienta-se que 69,2% das crianças do estudo, apresentavam mais de um fator de risco, visto a variabilidade das condições de saúde.

Os dados coletados referente às questões socioeconômicas da população estudada são apresentados na tabela 3. Ainda referente às informações socioeconômicas, quanto à renda, observou-se que, em 44,6% (n=29) das coletas realizadas, não foi encontrada informação referente a renda das famílias, porém, nos demais 53,4% (n=36), observou-se renda média de até 2 salários-mínimos (considerando o ano de 2023).

Durante a coleta de dados, foram observadas e descritas a quantidade de consultas que as crianças realizaram, sendo a média geral de 7 consultas. Considerando as faixas etárias específicas, observou-se que, até a data da coleta, as crianças que possuíam até 6 meses de idade corrigida realizaram em média 3 consultas no referido Ambulatório de Seguimento de Recém-nascidos de Risco Follow-up da Neonatologia. As crianças que possuíam de 6 meses e 1 dia a 12 meses de idade corrigida realizaram em média 5 consultas; às crianças que possuíam de 12 meses e 1 dia a 2 anos de idade corrigida realizaram em média 7 consultas e as crianças possuíam de 2 anos e 1 dia a 3 anos de idade realizaram em média 10 consultas.

Quanto ao recebimento de orientações especializadas dos profissionais durante as consultas, das 65 crianças do estudo, 78,5% (n=51) receberam ao menos uma orientação especializada. A representação por especialidade, bem como os resultados referente à idade média, mediana, desvio padrão e valores mínimos e máximos, em meses, no qual as crianças receberam a primeira orientação especializada de fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional se encontram na tabela 4.

Ainda referente à tabela 4, destaca-se que a idade mediana de recebimento das primeiras orientações para fisioterapia e terapia ocupacional ocorreu até os 3 meses de idade corrigida e para fonoaudiologia, ocorreu antes dos 12 meses de idade.

Destaca-se, porém, que, referente a terapia ocupacional, 43,1% (n=28) das crianças do estudo receberam encaminhamento para esta especialidade na alta hospitalar.

Quanto ao encaminhamento para possíveis terapias, do total de crianças levantadas no estudo, 54% (n=35) delas receberam ao menos um encaminhamento para alguma terapia, podendo ser para terapia ocupacional,

fisioterapia, fonoaudiologia e/ou neurologia. A representação por especialidade, bem como os resultados referente a idade média, mediana, desvio padrão e valores mínimos e máximos, em meses, no qual as crianças receberam o primeiro encaminhamento para as especialidades de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e neurologia, se encontram na tabela 5.

A tabela 6 apresenta o descritivo do percentual de encaminhamento por critério diagnóstico, bem como quais os protocolos específicos foram utilizados para encaminhamento para as especialidades de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e neurologia. Destaca-se que para a maioria das crianças, foi utilizado o julgamento clínico da equipe ou ambos os critérios pré-definidos (julgamento clínico e aplicação de protocolo de triagem). Nenhuma criança foi encaminhada apenas com base no resultado de algum protocolo de triagem específico.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados, sugerem a hipótese de que, a atuação interprofissional, preconizando a abordagem de vigilância do desenvolvimento, possibilita que as orientações especializadas e os encaminhamentos das crianças com risco para o desenvolvimento, sejam realizados em tempos preciosos, de forma oportunamente adequados e precoces. Neste estudo, as orientações especializadas ou encaminhamentos relacionados a motricidade ocorreram predominantemente no primeiro semestre de vida e os referentes à linguagem, ocorreram com maior frequência até os 18 meses de vida.

Há de se considerar, desta forma, a relevância de um olhar multifatorial, especializado e interprofissional quanto aos períodos críticos e sensíveis do desenvolvimento; bem como a compreensão de que estes, podem se apresentar mais ou menos sensíveis e necessitar de maior atenção em diferentes momentos do desenvolvimento³. Nestes períodos, em especial os conhecidos como “os primeiros 1000 dias” ou “*The First Thousand Days*”, o cérebro infantil apresenta maior suscetibilidade para absorver influências, visto as janelas de oportunidade e a neuroplasticidade¹⁶.

Considerando essa relevância, foi possível observar que o seguimento ambulatorial especializado e interprofissional realizado neste espaço, possibilitou que os períodos de janelas de oportunidades fossem respeitados e valorizados.

Tratando-se do panorama geral da população infantil de risco, objeto do presente estudo, muito tem-se estruturado referente ao aumento da sobrevida e diminuição das iniquidades no desenvolvimento dessas crianças³. Outrossim, se faz necessário investir em propostas e estratégias que visem garantir um crescimento e desenvolvimento saudável e digno para todas, inclusive as com riscos para o desenvolvimento, visto que as condições de vida, não caminham no mesmo passo, e diversas são as dificuldades enfrentadas por essas crianças e suas famílias⁵.

No presente estudo, foi observado que a maioria das crianças com fatores de risco apresentaram sinais de atraso no desenvolvimento e necessitaram de encaminhamento para ao menos alguma das especialidades listadas; fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e/ou neurologia. Neste sentido, estudo prospectivo com uma população de nascidos prematuros, evidenciou que, quanto menor a idade gestacional, maior a possibilidade de ocorrência de transtornos no desenvolvimento¹¹. Destaca-se que as crianças do estudo

podem, ao longo do seu período de acompanhamento no referido ambulatório, serem encaminhadas para mais de uma especialidade.

Em relação aos domínios do desenvolvimento, especificamente, em nosso estudo, foi observado maior demanda de encaminhamentos relacionados a prejuízos nas habilidades motoras e sensoriais. O que difere do estudo com crianças nascidas prematuras, no qual os domínios com maior porcentagem de alterações foram o de comunicação e pessoal-social, em especial, em famílias com baixo nível socioeconômico¹¹.

Há de se considerar, desta forma, que o desenvolvimento infantil, “não dá saltos” e ocorre de forma sequencial e organizada, sendo, seus domínios, interligados e interdependentes¹⁷. Destaca-se então, a intrínseca relação entre esses diferentes domínios para o pleno desenvolvimento infantil, visto ser este, um processo multifatorial, dinâmico e sinérgico. Sendo assim, possíveis¹⁸ alterações motoras no primeiro ano de vida, tem maiores probabilidades de apresentarem prejuízos na cognição e na linguagem nos anos subsequentes em populações de risco¹⁸.

Entende-se desta forma, a importância de os centros especializados de saúde direcionarem seus esforços, não só na diminuição da mortalidade neonatal e infantil, mas também no oferecimento de um seguimento neonatal e infantil estruturado, amplo e de qualidade^{14,5}. Estes, devem possibilitar um ambiente de escuta ativa e centrado na família, com valorização das queixas/preocupações e fornecimento de informações e orientações aos pais e responsáveis; aplicação de olhar clínico; bem como monitorar, de forma periódica, através de diferentes observações, instrumentos e ferramentas, possíveis desvios ou atrasos, o qual poderão merecer melhores avaliações ou encaminhamentos para diferentes terapias e intervenções^{14,19,5,20,21}. Destaca-se também, a necessidade desses espaços respeitarem essas individualidades e diferentes realidades, apresentando uma visão mais abrangente e não sobrecarregando desnecessariamente as famílias quanto ao desenvolvimento de suas crianças. Esta atuação pode ser considerada, inclusive, como protetiva para o desenvolvimento infantil^{5,14,19,20,22}.

No que tange às características desse acompanhamento ambulatorial, seguindo os preceitos da vigilância do desenvolvimento e nos moldes da interconsulta (interprofissional), as equipes podem contar com diferentes instrumentos e abordagens¹⁹. Duas formas descritas na literatura de se estruturar esse processo, são a vigilância não estruturada e a estruturada¹⁹. A primeira, diz respeito a vigilância com base nos preceitos da aliança terapêutica, conceito fundamentado por Winnicott, a qual prioriza a criação de vínculos, a interação entre criança e seus familiares e formas de brincar espontânea¹⁹. A segunda, denominada vigilância estruturada, diz respeito a realizada a partir de instrumentos convencionados¹⁹, como a realizada com base na caderneta de saúde do Ministério da Saúde e conduzida a partir dos marcos do desenvolvimento¹⁹.

Quanto à abordagem utilizada no ambulatório, objeto do presente estudo, foi possível inferir que os atendimentos realizados, seguem uma prática assistencial considerando os protocolos específicos por faixas etárias, mas especialmente, com grande utilização do critério julgamento e conhecimento clínico da equipe interprofissional para as tomadas de decisões. Entende-se, dessa forma, que o referido ambulatório, pauta sua atuação na associação de uma vigilância estruturada e não estruturada¹⁹, considerando tanto instrumentos

que podem dar subsídio às tomadas de decisão, mas principalmente, considerando as relações envolvidas neste processo.

Durante a pesquisa, foi possível observar ainda que, em nenhum dos casos descritos, foi utilizado apenas um protocolo de triagem para realização de encaminhamentos ou sinalizações de possíveis atrasos no desenvolvimento. Em contraponto, somente o julgamento clínico foi utilizado na maioria dos encaminhamentos para fisioterapia, terapia ocupacional e neurologia. Já referente aos encaminhamentos para a fonoaudiologia, estes foram realizados em 100% dos casos, com uso de um protocolo de triagem associado ao julgamento clínico.

Pressupõe desta forma, que os atendimentos nos moldes da vigilância, com a atuação interprofissional, considerando o julgamento e *expertise* clínica dos profissionais, possibilitou que os encaminhamentos que foram necessários, fossem realizados de forma mais assertiva, minimizando os impactos no sistema de saúde e nas expectativas dos pais^{14,19}.

Em relação aos protocolos utilizados para triagem no referido ambulatório, observou-se que estes, estão de acordo com os recomendados para o acompanhamento do desenvolvimento de crianças na primeira infância²³. Porém, vale destacar que a aplicação dos protocolos deve ser realizada respeitando as individualidades da criança e de sua família, buscando não sobrecarregar ou mascarar possíveis resultados^{17,21,23}. Se faz importante, desta forma, compreender o momento ideal de aplicação de cada protocolo. Vale destacar que não há, na literatura, um consenso sobre a sistematização e as idades ideais para a sua aplicação numa população de risco para o desenvolvimento¹⁷.

Outro item extremamente importante neste processo de vigilância do desenvolvimento, diz respeito ao fornecimento de orientações especializadas. No presente estudo, foi possível observar que estas são uma conduta rotineira no serviço, sendo realizadas em 78,5% dos casos e, igualmente ao encaminhamento, também ocorreram de forma oportunamente precoce e em período valiosos. Especificamente, às relacionadas a questões motoras e de linguagem, observou-se que as orientações especializadas, possibilitaram um menor número de encaminhamentos. A importância de estas serem realizadas o mais precocemente possível, viabiliza a maior probabilidade de as intervenções serem bem sucedidas, visto o processo de neuroplasticidade, tão em abundância nesse início da vida³.

Cabe compreender que, diferente das orientações gerais, que são realizadas em todos os atendimentos, as orientações especializadas devem ser realizadas se, durante as consultas, houver a ausência de um ou mais marcos do desenvolvimento esperado para a faixa etária, e/ou fatores de risco que possam comprometer o pleno desenvolvimento dessa criança. As referidas orientações devem ser realizadas por profissionais competentes, especialmente ligadas às áreas de maior alerta^{7,15}.

Nos casos em que as crianças sejam consideradas como “alerta para o desenvolvimento”, recomenda-se que seja marcado retornar dentro de cerca de 30 dias para que as habilidades que se encontram defasadas sejam reavaliadas e as condutas revistas^{7,15}.

Há de se destacar, no presente estudo, a intrínseca relação entre o acompanhamento constante e regular dos profissionais de fisioterapia e fonoaudiologia no ambulatório e a maior frequência de fornecimento de

orientações especializadas, quando se comparado a terapia ocupacional. No caso, visto que os atendimentos interprofissionais de fisioterapia e a fonoaudiologia, fazem parte da rotina semanal do ambulatório, houve maior número de orientações especializadas desses profissionais em contraponto com os realizados pela terapia ocupacional.

Porém, há dois fatores a se considerar nesta análise. Primeiramente que, conforme descrito nos resultados, na alta hospitalar, parte das crianças do estudo, já haviam recebido encaminhamento para a terapia ocupacional. Desta forma, essas crianças podem já estar em acompanhamento com o setor e recebendo as referidas orientações especializadas. Outrossim, devido a atuação da terapia ocupacional no ambulatório ser realizado em períodos sazonais e limitados, essas crianças acabam por necessitarem serem encaminhadas para avaliações externas ou mesmo, reencaminhadas para avaliações especializadas com estes profissionais.

Neste sentido, salienta-se a importância de fomentar a participação mais regular e constante de outros profissionais, como terapeuta ocupacional, psicólogos e assistentes sociais, visto sua relevância no processo de desenvolvimento infantil, em especial, das crianças com fatores de risco associados, foco deste estudo^{4,5}.

Vale destacar que, tanto as orientações gerais como as especializadas, buscam instrumentalizar as famílias quanto à atuação frente ao desenvolvimento de seus filhos¹⁴. Destaca-se assim, a importância de os profissionais terem um olhar apurado e não se basearem em conceitos como “esperar para ver” ou “cada um tem o seu tempo” no qual muitas crianças e famílias, acabam perdendo períodos preciosos de estimulação¹⁴.

Não obstante, para que essas orientações especializadas e encaminhamentos sejam realizados de maneira assertiva, minimizando os encaminhamentos genéricos e não sobrecarregando as famílias; se faz necessário, além das *expertises* já citadas, que se tenha claro, as características da população a qual se dispõe; tanto físicas como socioeconômicas; bem como demais fatores envolvidos nesta relação⁶.

Se faz importante, desta forma, considerar a influência e interrelação de diferentes ambientes, tanto macrossociais como microssociais; como a relevância do ambiente e de questões nutricionais, de políticas públicas, questões ligadas à moradia, saneamento básico, creches e opções educacionais, acessos a diferentes serviços e sistemas, entre outras questões e determinantes sociais^{3,5,16,22}.

No presente estudo, a exemplo, foi observado que na maioria dos casos, as famílias declararam possuir redes de apoio. Destaca-se a importância deste, visto ser um dos fatores que pode interferir na manutenção da presença ou descontinuidade de acompanhamento nos serviços²⁴. Como destaque ainda, no presente estudo, tem-se o número médio de 7 consultas realizadas pelas crianças no ambulatório, bem como o número médio de 10 consultas nas crianças dentro da faixa etária de 2 a 3 anos, demonstrando um acompanhamento regular e similar ao preconizado^{6,7,14,15}.

Foi possível observar também que, apesar dos riscos cumulativos desta população, ou seja, além dos riscos clínicos, se tratar de um ambulatório em um hospital voltado a uma população SUS dependente, no qual 52,3% fazem uso de algum tipo de benefício social e 53,4% possuem renda média de até dois salários-mínimos, bem como estar localizado em um estado e cidade conhecido

por suas diferentes realidades socioeconômicas; este demonstrou configurações relevantes.

Neste sentido, há de se ponderar que, além dos fatores de risco, existem fatores que podem ser considerados protetivos ou de segurança durante o desenvolvimento infantil. A exemplo, pode-se citar melhores condições socioeconômicas; maiores níveis de escolaridade materna; questões como redes de suporte interna e externa, como familiares, comunidade e acessos a serviços e sistemas de saúde; que podem influenciar positivamente no desenvolvimento infantil^{22,25}.

No presente estudo, foi constatado que mais da metade das mães possuem ou estão cursando ensino médio ou superior e que 40% possuem alguma ocupação formal ou informal. A se tratar da relação paterna, observou-se que, na maioria dos casos, foi descrita a participação direta ou indireta na convivência com a criança; bem como 87,7% destes, possuem ocupações formais ou informais no mercado de trabalho.

Entende-se que, apesar de ainda inferiores ao desejado e apesar das realidades acima descritas na qual o ambulatório se encaixa, a própria permanência e continuidade dos acompanhamentos por parte das famílias²⁴, já se classifica como diferenciada; e não necessariamente reflete a realidade de demais ambulatórios de risco ou ambulatórios de seguimento de recém-nascidos.

Quanto as características clínicas gerais da população, apesar de o referido ambulatório ser voltado a crianças com fatores de risco diversos, foi possível identificar no estudo, a predominância de crianças nascidas prematuras. Cabe destacar que, alguns fatores de risco encontrados no estudo, não são exclusivos de crianças nascidas prematuras, porém muitos costumam estar relacionados; especialmente nas crianças nascidas muito prematuras, as quais tendem a apresentar um ou mais dos fatores de risco^{4,26}.

Diversos são os estudos que destacam que as dificuldades e consequências decorrentes da prematuridade podem ser diversas, podendo estar relacionadas tanto ao amadurecimento fetal, especialmente de estruturas cerebrais²⁶; necessidades de permanência e internações em unidades de terapia intensiva neonatais (UTIN) e aos possíveis processos e procedimentos derivados dessa intervenção^{2,26}. Em geral, esses neonatos e crianças, são expostos a altas estimulações sonoras, visuais, sensoriais e táteis-cinestésicas; mecanismos e medicamentos buscando sua sobrevivência. As consequências e desdobramentos dessa possível prematuridade, podem refletir ainda a médio e longo prazo, com efeitos que ultrapassam as dificuldades apenas físicas ou cognitivas^{2,26}. Estudo realizado nos EUA ainda, identificou a presença de aumento de transtornos do desenvolvimento infantil (17,8%) em crianças com fatores de risco, como dificuldades de aprendizagem, de linguagem e condições como TEA e TDAH^{8,12}. Desta forma, a triagem para o TEA (M-CHAT), encontra-se, sendo incluída, como rotina assistencial na caderneta da criança¹⁵.

Cabe mencionar ainda que, o monitoramento e acompanhamento buscando garantir o acesso a serviços de saúde e um pleno desenvolvimento das crianças na primeira infância, faz parte das ações prioritárias envolvidas nos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização das Nações Unidas (ONU) para 2030²⁷.

Entende-se, então, que as crianças com fatores de risco são consideradas mais suscetíveis a alterações, atrasos ou desvios; apresentando um

desenvolvimento mais vulnerável^{17,23}. Necessitam, desta forma, de um olhar interprofissional, dinâmico, contínuo e integrado. Portanto, ações focadas no acompanhamento destas crianças e atuações de intervenção precoces, possibilitam melhores condições para o pleno desenvolvimento infantil dentro de suas potencialidades^{17,23}. Todavia, também tem importância na melhoria da distribuição dos recursos na área da saúde, visto que os custos empregados nas ações de avaliação e intervenção precoce se mostram substancialmente inferiores aos dispensados as ações de tratamento e diagnósticos quando estes são realizados em períodos tardios^{17,23}.

Salienta-se que, como limitações do estudo, tem-se o fato de que a pesquisa foi realizada com prontuários, no qual algumas informações podem ser apresentar limitadas e/ou não informadas, como por exemplo, as informações referentes a escolaridade paterna e renda das famílias.

CONCLUSÕES

A atuação interprofissional do Ambulatório de Seguimento de Recém-nascidos de Risco - Follow-up da Neonatologia, possibilitou que as orientações especializadas e os encaminhamentos fossem oferecidos às famílias em tempos valiosos e pertinentes, visto a janela de oportunidades do desenvolvimento infantil e os processos de neuroplasticidade.

Foi possível verificar que, a presença diária do modelo assistencial de interconsulta, possibilitou ainda, a diminuição e a realização de encaminhamentos mais assertivos para as especialidades de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e neurologia.

Desta forma, entende-se a necessidade de expansão deste modelo de assistência para outros espaços do SUS, especialmente os voltados a crianças com risco para o desenvolvimento; devido à grande variabilidade de questões envolvidas, da importância de um olhar individualizado, e do trabalho interprofissional.

Sugere-se que sejam incentivados estudos de longo prazo, relacionados a sistematização do cuidado do recém-nascido com fatores de risco para o desenvolvimento (qual instrumento, quando utilizar, por quem e para qual objetivo).

REFERÊNCIAS

1. Hage SRV, Pinheiro LAC. Desenvolvimento típico de linguagem e a importância para a identificação de suas alterações na infância. In: Lamônica DAC; Britto DBO. Tratado de linguagem: perspectivas contemporâneas. Ribeirão Preto: Book Toy; 2017.1 ed. p. 207-13.
2. Pineda RG, Neil J, Dierker D, Smyser CD, Wallendorf M, Kidokoro H. et al. Alterations in brain structure and neurodevelopmental outcome in preterm infants hospitalized in different neonatal intensive care unit environments. *The Journal of Pediatrics* [internet]. 2014. [acesso em 2023 mai 14]: 164 (1):52-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.08.047>.
3. Bhutta ZA, Guerrant RL, Nelson III CA. Neurodevelopment, nutrition, and inflammation: the evolving global child health landscape. *Pediatrics* [internet]. 2017. [acesso em 2023 mai 20]; 139 (Supplement_1): S12-S22. Disponível em:

<https://doi.org/10.1542/peds.2016-2828D>.

4. McGowan EC, Vohr BR. Neurodevelopmental follow-up of preterm infants: what is new? *Pediatric Clinics* [internet]. 2019. [acesso em 2023 ago 12]: 66 (2):509-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.12.015>.
5. Figueiras AC, Souza ICN, Rios VG & Benguigui Y. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington:OPAS, 2005.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil [internet]. 2002. [acesso em 2023 abr 16]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde [internet]. 2014. [acesso em 2023 abr 16]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf.
8. Micai M, Fulceri F, Caruso A, Guzzetta A, Gila L, & Scattoni M L. Early behavioral markers for neurodevelopmental disorders in the first 3 years of life: An overview of systematic reviews. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* [internet]. 2020. [acesso em 2023 ago 05]. 116: 183-201. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.06.027>.
9. Panchaud A, Stojanov M, Ammerdorffer A, Vouga M, & Baud D. Emerging role of Zika virus in adverse fetal and neonatal outcomes. *Clinical microbiology reviews* [internet]. 2016. [acesso em 2023 ago 10]. 29(3): 659-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1128/cmr.00014-16>.
10. McCoy DC, Peet ED, Ezzati M, Danaei G, Black MM., Sudfeld, CR, et al. Early childhood developmental status in low-and middle-income countries: national, regional, and global prevalence estimates using predictive modeling. *PLoS medicine* [internet]. 2016. [acesso em 2023 set 20]. 13(6): e1002034. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002034>.
11. Pierrat V, Marchand-Martin L, Marret S, Arnaud C, Benhammou V, Cambonie G, et al. Neurodevelopmental outcomes at age 5 among children born preterm: EPIPAGE-2 cohort study. *Bmj* [internet]. 2021. [acesso em 2023 ago 12]. 373. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmj.n741>.
12. Zablotsky B, Black LI, Maenner MJ, Schieve LA, Danielson M L, Bitsko RH, et al. Prevalence and trends of developmental disabilities among children in the United States: 2009–2017. *Pediatrics* [internet]. 2019. [acesso em 2023 set 14]. 144(4). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31558576>.
13. Eryigit-Madzwamuse S, & Wolke D. Attention problems in relation to gestational age at birth and smallness for gestational age. *Early human development* [internet]. 2015. [acesso em 2023 set 15]. 91(2): 131-38.

Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2015.01.004>.

14. Zubler JM, Wiggins LD, Macias MM., Whitaker TM, Shaw JS, Squires JK, et al. Evidence-informed milestones for developmental surveillance tools. *Pediatrics* [internet]. 2022. [acesso em 2023 mai 12]. 149(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052138>.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta da saúde: passaporte da cidadania - menina [internet]. 2021. [acesso em 2023 jul 21]. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_passaporte_cidadania_3ed.pdf.

16. Linhares KA, Pontes NHL, Cunha NMB. Os primeiros mil dias de vida: Revisão da literatura sobre a estratégia e as políticas públicas no Brasil. In: XXIX Congresso Médico Acadêmico da UNICAMP - CoMAU [internet]. 2020 out 14-17; Campinas, SP [acesso em 2023 out 20]. Disponível em: <https://www.doity.com.br/anais/comau2020/trabalho/159932>.

17. Villela LD, Mayrink MSL, Carvalho CCG. Desenvolvimento infantil: práticas de vigilância e de detecção precoce dos desvios nos primeiros 2 anos de vida. In Sociedade Brasileira de Pediatria, Leone C, Cabral SA (orgs). Programa de atualização em Terapêutica Pediátrica. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2023. ciclo 10 (2). p. 11-45.

18. Panceri C, Silveira RC, Procianoy RS, & Valentini NC. Motor development in the first year of life predicts impairments in cognition and language at 3 years old in a Brazilian preterm cohort of low-income families. *Frontiers in Neuroscience* [internet]. 2022. [acesso em 2023 ago 14]. 1764. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fnins.2022.1034616>.

19. Noer C, Halpern R. O pediatra e a promoção do desenvolvimento infantil: otimizando a consulta. *Resid Pediatr* [internet]. 2018. [acesso em 2023 ago 26]. 8(3): 156-62. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatria.com.br/pdf/v8n3a12.pdf>.

20. Msall ME. Neurodevelopmental surveillance in the first 2 years after extremely preterm birth: evidence, challenges, and guidelines. *Early human development* [internet]. 2006. [acesso em 2023 jun 02]. 82(3): 157-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2005.12.016>.

21. Developmental Surveillance Resources for Healthcare Providers USA: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), 2023. [acesso em 2023 set 12]. Disponível em: https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/hcp/index.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fncbddd%2Fchilddevelopment%2Fscreening-hcp.html#developmentalmonitoring.

22. Maia JMD, Williams LCA. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. *Temas em psicologia* [internet]. 2005. [acesso em 2023 out 23]. 13(2): 91-103. Disponível em:

<https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751425002.pdf>.

23. Mayrink MLS, Lamego DTC, Tavares AM. Vigilância e triagem do desenvolvimento da linguagem em crianças com fatores de risco: considerações políticas, teóricas e práticas. In Cruz TCS, D’Oliveira FM (orgs). *Linguagem, cognição e ensino [livro eletrônico]: conceitos e possibilidades*. Campinas: Editora da ABRALIN; 2021. p. 313-51.
24. Diniz IA., Guimarães BR, Silva JBD, Tavares TS, Duarte ED. Descontinuidade do seguimento ambulatorial de crianças de risco: perspectiva das mães. *Escola Anna Nery [internet]*. 2019. [acesso em 2023 out 22]. 23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0248>.
25. González L, Cortés-Sancho R, Murcia M, Ballester F, Rebagliato M, Rodríguez-Bernal, CL. The role of parental social class, education and unemployment on child cognitive development. *Gaceta sanitaria [internet]*. 2020. [acesso em 2023 set 14]. 34: 51-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.014>.
26. Chen Z, Xiong C, Liu H, Duan J, Kang C, Yao C, et al. Impact of early term and late preterm birth on infants’ neurodevelopment: evidence from a cohort study in Wuhan, China. *BMC pediatrics [internet]*. 2022. [acesso em 2023 out 02]. 22(1): 251. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03312-3>.
27. Olusanya BO, Davis AC, Wertlieb D, Boo NY, Nair MKC, Halpern R, et al. Developmental disabilities among children younger than 5 years in 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet Global Health [internet]*. 2018. [acesso em 2023 nov 09]. 6(10): e1100-e121. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30309-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30309-7).

TABELAS

TABELA 1: DESCRITIVO DAS IDADES ATUAIS DAS CRIANÇAS INCLUÍDAS NO ESTUDO

Idade atual das crianças	N (%)	Média ±DP	Mediana (min-máx.)
0 – 6 meses	10 (15,4%)	3±1,6	2 (0-6)
6 e 1 dia – 12 meses	14 (21,5%)	9±1,7	9 (6-11)
12 e 1 dia – 24 meses	20 (30,8%)	17±3,3	16 (12-21)
24 e 1 dia – 36 meses	21 (32,3%)	30±4,0	29 (25-36)

Legenda: DP=desvio padrão.

TABELA 2: DESCRITIVO DAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS GERAIS DAS CRIANÇAS INCLUÍDAS NO ESTUDO

Características gerais	N (%)	Média ±DP	Mediana (min-máx.)
Peso nascimento (g)		1715±782	1600 (500 - 4345)
PC nascimento (cm)		29,8±3,7	29,3 (20 - 30,7)
Comprimento nascimento (cm)		41,2±5,5	40,8 (28 - 54)
Prematuridade			
Muito pré-termo (<32 semanas)	26 (40%)		
Pré-termo (≥32 semanas)	30 (46%)		
Não	9 (14%)		
IG (semanas)		33±4	32 (24 - 40)
Classificação			
Pequeno para a IG	12 (18%)		
Adequado para a IG	46 (71%)		
Grande para a IG	4 (6%)		
Não informado	3 (5%)		
Raça/cor			
Parda	51 (78%)		
Branca	14 (22%)		
Sexo			
Feminino	38 (58%)		
Masculino	27 (42%)		
Tempo de internação (dias)		43±32	36 (3-160)
Crítérios de risco*			
Peso ao nascimento <1500	28 (43%)		
Idade gestacional <32 semanas	26 (40%)		
Sepse neonatal	19 (29%)		
Broncodisplasia pulmonar	16 (25%)		
Hemorragia intracraniana	16 (25%)		
Asfixia perinatal	4 (6%)		
Hipertensão pulmonar	2 (3%)		
Hérnia diafragmática congênita	2 (3%)		
Leucomalácia periventricular	2 (3%)		
Outros	56 (86%)		

Legenda: DP=desvio padrão; nasc=ao nascimento; PC=perímetro cefálico; IG=idade gestacional. *As crianças do estudo podem apresentar um ou mais critérios de risco.

TABELA 3: DESCRITIVO DAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÔMICAS DAS CRIANÇAS INCLUÍDAS NO ESTUDO

Características sociais e econômicas	N (%)
Escolaridade Materna	
Ensino fundamental completo	2 (3,1%)
Ensino médio (completo ou não)	29 (44,6%)
Ensino superior (completo ou não)	13 (20%)
Não informado	21 (32,3%)
Ocupação materna	
Trabalha (formal ou informal)	26 (40%)
Não trabalha	30 (46,2%)
Estudante	6 (9,2%)
Não informado	3 (4,6%)
Escolaridade paterna	
Ensino médio completo	12 (18,5%)
Ensino superior (completo ou não)	10 (15,4%)
Não informado	43 (66,2%)
Ocupação paterna	
Trabalha (formal ou informal)	57 (87,7%)
Não trabalha	1 (1,5%)
Estágio	1 (1,5%)
Não informado	6 (9,2%)
Pai convive com a criança?	
Sim	60 (92,3%)
Não	3 (4,6%)
Não informado	2 (3,1%)
Recebe recursos sociais?	
Sim	34 (52,3%)
Não	27 (41,5%)
Não informado	4 (6,2%)
Possui alguma rede de apoio?	
Informou possuir	41 (63,1%)
Informou não possuir	3 (4,6%)
Não informado	21 (32,3%)

TABELA 4: ORIENTAÇÕES ESPECIALIZADAS DAS CRIANÇAS COM FATORES DE RISCO E COM SUSPEITA DE ATRASO NO DESENVOLVIMENTO

Características gerais	N (%)	Média ±DP	Mediana (min-máx.)
Quantitativo de orientações especializadas*	51 (78,5%)		
Quantitativo de orientações especializadas - por especialidade			
Fisioterapia	40 (61,5%)		
Terapia Ocupacional	11 (16,9%)		
Fonoaudiologia	38 (58,5%)		
Idade da 1° orientação (meses)			
Fisioterapia		4,8±4,6	2,9 (0-20)
Terapia Ocupacional		5±4,6	3 (0,4-18)
Fonoaudiologia		10,6±7,4	5,4 (1,3-35)

Legenda: Considerou-se orientação especializada quando a criança, após aplicação de algum protocolo específico ou triagem, bem como associado ao julgamento clínico, apresentou algum sinal de “alerta para o desenvolvimento”, porém, possíveis de serem adequados com orientações à família. (BRASIL, 2014). *Descritivo do total de crianças que receberam ao menos uma orientação especializada durante as consultas.

TABELA 5: ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALIDADES DAS CRIANÇAS COM FATORES DE RISCO E COM SUSPEITA DE ATRASO NO DESENVOLVIMENTO NO AMBULATÓRIO DE FOLLOW-UP DA NEONATOLOGIA

Características gerais	N (%)	Média ±DP	Mediana (min-máx.)
Quantitativo de encaminhamentos*	35 (54%)		
Quantitativo encaminhamentos por especialidade			
Fisioterapia	20 (31%)		
Terapia Ocupacional	22 (34%)		
Fonoaudiologia	10 (15%)		
Neurologia	15 (23%)		
Idade do 1° encaminhamento (meses)			
Fisioterapia		4,6±3,4	3,9 (1,9 – 18)
Terapia Ocupacional		5,1±5,5	3,2 (1,3 - 21)
Fonoaudiologia		16,7±7	14,9 (6,5 - 28)
Neurologia		7,9±4,4	6,6 (3 - 19,4)

Legenda: DP=desvio padrão. *Descritivo do total de crianças que receberam ao menos um encaminhamento para as especialidades de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e/ou neurologia durante as consultas.

Tabela 6: CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTOS E PROTOCOLOS DE TRIAGEM UTILIZADOS, DE ACORDO COM AS ESPECIALIDADES NO AMBULATÓRIO DE FOLLOW-UP DA NEONATOLOGIA

	Fisioterapia n (%)	TO n (%)	Fonoaudiologia n (%)	Neurologia n (%)
Critério de encaminhamento				
Julgamento Clínico	14 (70%)	17 (77,3)	--	10 (66,7%)
Julgamento clínico + Protocolos	6 (30%)	5 (22,7)	10 (100%)	5 (33,3%)
Total	20 (100%)	22 (100%)	10 (100%)	15 (100%)
Triagens específicas				
AIMS	6 (100%)	2 (40%)	--	--
ELM 2	--	--	8 (80%)	--
DENVER II	--	3 (60%)	2 (20%)	4 (80%)
M-CHAT-RF	--	--	--	1 (20%)

Legenda: DP=desvio padrão; TO=terapia ocupacional; AIMS= Alberta Infant Motor Scale; ELM 2= Early Language Milestone Scale 2; DENVER II=Teste de Triagem do Desenvolvimento DENVER II; M-CHAT-RF= Escala Modified Checklist For Autism In Toddlers

7. CONCLUSÕES

A análise do perfil de orientações especializadas e encaminhamentos para terapias de crianças com risco para o desenvolvimento, atendidas no Ambulatório de Seguimento de Recém-nascidos de Risco - Follow-up da Neonatologia, identificou alta variabilidade nas características das crianças atendidas, visto a multifatorialidade envolvida; porém, sendo estas condizentes com o público-alvo do referido ambulatório.

Foi possível observar que as crianças atendidas, receberam orientações especializadas e foram encaminhadas para as terapias em períodos valiosos da janela de oportunidade do desenvolvimento infantil e dos processos de neuroplasticidade. As orientações especializadas ou encaminhamentos relacionados a motricidade ocorreram no primeiro semestre de vida e as ligadas a linguagem, até os 18 meses.

Portanto, tem-se a hipótese de que, o modelo de consulta interprofissional, possibilita que as intervenções relacionadas ao desenvolvimento, ocorram ainda no primeiro ano. Essa consulta interprofissional, realizada por profissionais com *expertise* e sensíveis quanto a continuidade e individualidade do cuidado e do desenvolvimento infantil, possibilita a construção diária do conhecimento e de vínculos com as famílias.

Logo, essa atuação ativa e contínua da equipe do ambulatório junto as famílias, incentiva que estas, reconheçam seu lugar de protagonismo no processo de acompanhamento do desenvolvimento de seus filhos, e compreendam a importância de incorporar as orientações especializadas em suas rotinas diárias.

Cabe destacar ainda, o espaço que o referido ambulatório ocupa, lotado em um hospital terciário de referência no Rio de Janeiro para o cuidado de crianças de risco. Este, possibilita o fornecimento de subsídios para atender as demandas individualizadas das crianças e suas famílias, bem como possibilitar a continuidade dos atendimentos e a diminuição das demandas para as famílias.

Entende-se a necessidade de expansão deste modelo de assistência para outros espaços do SUS, especialmente os voltados a crianças com risco para o desenvolvimento; devido à grande variabilidade de questões envolvidas, da importância de um olhar individualizado, e do trabalho interprofissional.

Apesar das limitações do estudo serem o tamanho da amostra, um tempo limitado de coleta e as informações provenientes de prontuário, esta pesquisa possibilitou uma compreensão inicial sobre o perfil das orientações especializadas e dos encaminhamentos do referido ambulatório.

Um dos dados relevantes deste estudo, é de que aproximadamente 80% das crianças deste estudo, receberam orientações especializadas, e, portanto, apresentavam sinais suspeitos de atraso no desenvolvimento. Porém, cerca de 55% necessitaram de encaminhamentos para especialidades como fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia e neurologia. Este dado, demonstra que esta consulta interprofissional com crianças de risco, influencia o oferecimento de orientações e encaminhamentos mais assertivos, diminuindo assim, a sobrecarga nos serviços de saúde no Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ.

Vale ressaltar ainda, que se fazem necessários novos estudos de longo prazo, relacionados a sistematização do cuidado do recém-nascido com fatores de risco para o desenvolvimento (qual instrumento, quando utilizar, por quem e para qual objetivo).

8. REFERÊNCIAS

1. Hage SRV, Pinheiro LAC. Desenvolvimento típico de linguagem e a importância para a identificação de suas alterações na infância. In: Lamônica DAC; Britto DBO. Tratado de linguagem: perspectivas contemporâneas. Ribeirão Preto: Book Toy; 2017.1 ed. p. 207-13.
2. Pineda RG, Neil J, Dierker D, Smyser CD, Wallendorf M, Kidokoro H. et al. Alterations in brain structure and neurodevelopmental outcome in preterm infants hospitalized in different neonatal intensive care unit environments. *The Journal of Pediatrics* [internet]. 2014. [acesso em 2023 mai 14]: 164 (1):52-60. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.08.047>.
3. Bhutta ZA, Guerrant RL, Nelson III CA. Neurodevelopment, nutrition, and inflammation: the evolving global child health landscape. *Pediatrics* [internet]. 2017. [acesso em 2023 mai 20]; 139 (Supplement_1): S12-S22. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2828D>.
4. McGowan EC, Vohr BR. Neurodevelopmental follow-up of preterm infants: what is new? *Pediatric Clinics* [internet]. 2019. [acesso em 2023 ago 12]: 66 (2):509-23. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.12.015>.
5. Figueiras AC, Souza ICN, Rios VG & Benguigui Y. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington:OPAS, 2005.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil [internet]. 2002. [acesso em 2023 abr 16]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/crescimento_desenvolvimento.pdf.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde [internet]. 2014. [acesso em 2023 abr 16]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf.
8. Micai M, Fulceri F, Caruso A, Guzzetta A, Gila L, & Scattoni M L. Early behavioral markers for neurodevelopmental disorders in the first 3 years of life: An overview of systematic reviews. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* [internet]. 2020. [acesso em 2023 ago 05]. 116: 183-201. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.06.027>.
9. Panchaud A, Stojanov M, Ammerdorffer A, Vouga M, & Baud D. Emerging role of Zika virus in adverse fetal and neonatal outcomes. *Clinical microbiology reviews* [internet]. 2016. [acesso em 2023 ago 10]. 29(3): 659-94. Disponível em: <https://doi.org/10.1128/cmr.00014-16>
10. McCoy DC, Peet ED, Ezzati M, Danaei G, Black MM., Sudfeld, CR, et al. Early childhood developmental status in low-and middle-income countries: national, regional, and global prevalence estimates using predictive modeling.

PLoS medicine [internet]. 2016. [acesso em 2023 set 20]. 13(6): e1002034. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002034>.

11. Zablotsky B, Black LI, Maenner MJ, Schieve LA, Danielson M L, Bitsko RH, et al. Prevalence and trends of developmental disabilities among children in the United States: 2009–2017. *Pediatrics* [internet]. 2019. [acesso em 2023 set 14]. 144(4). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31558576>.

12. Eryigit-Madzwamuse S, & Wolke D. Attention problems in relation to gestational age at birth and smallness for gestational age. *Early human development* [internet]. 2015. [acesso em 2023 set 15]. 91(2): 131-38. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2015.01.004>.

13. Zubler JM, Wiggins LD, Macias MM., Whitaker TM, Shaw JS, Squires JK, et al. Evidence-informed milestones for developmental surveillance tools. *Pediatrics* [internet]. 2022. [acesso em 2023 mai 12]. 149(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052138>.

14. Chen Z, Xiong C, Liu H, Duan J, Kang C, Yao C, et al. Impact of early term and late preterm birth on infants' neurodevelopment: evidence from a cohort study in Wuhan, China. *BMC pediatrics* [internet]. 2022. [acesso em 2023 out 02]. 22(1): 251. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03312-3>.

15. Shin SM. Should we regularly evaluate the neurodevelopmental status of moderate and late preterm infants? *Clinical and Experimental Pediatrics* [internet]. 2020. [acesso em 2023 mai 15]. 63(6): 217. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7303426>.

16. Msall ME. Neurodevelopmental surveillance in the first 2 years after extremely preterm birth: evidence, challenges, and guidelines. *Early human development* [internet]. 2006. [acesso em 2023 jun 02]. 82(3): 157-66. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2005.12.016>

17. Morre TG, McDonald M, Carlon L, O'Rourke K. Early childhood development and the social determinants of health inequities. *Health Promotion International* [internet]. 2015. [acesso em 2023 jun 02]. 30(sp2): ii102-15. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/heapro/dav031>.

18. Carvalho AI. Determinantes sociais, econômicos e ambientais da saúde. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: população e perfil sanitário. Fundação Oswaldo Cruz [internet]. 2013. [acesso em 2023 jul 10]. 2030: 19-38.

19. Diniz IA., Guimarães BR, Silva JBD, Tavares TS, Duarte ED. Descontinuidade do seguimento ambulatorial de crianças de risco: perspectiva das mães. *Escola Anna Nery* [internet]. 2019. [acesso em 2023 out 22]. 23. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0248>.

20. Darling JC, Bamidis PD, Burberry J, Rudolf, MC. The first thousand days: early, integrated and evidence-based approaches to improving child health:

coming to a population near you?. Archives of Disease in Childhood [internet]. 2020. [acesso em 2023 jun 10]. 105(9): 837-41. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-316929> .

21. Linhares KA, Pontes NHL, Cunha NMB. Os primeiros mil dias de vida: Revisão da literatura sobre a estratégia e as políticas públicas no Brasil. In: XXIX Congresso Médico Acadêmico da UNICAMP - CoMAU [internet]. 2020 out 14-17; Campinas, SP [acesso em 2023 out 20]. Disponível em: <https://www.doity.com.br/anais/comau2020/trabalho/159932>

22. Maia JMD, Williams LCA. Fatores de risco e fatores de proteção ao desenvolvimento infantil: uma revisão da área. Temas em psicologia [internet]. 2005. [acesso em 2023 out 23]. 13(2): 91-103. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751425002.pdf>

23. Giacheti CM, Lindau TA. Diagnóstico diferencial dos transtornos da linguagem infantil. In: Lamônica DAC; Britto DBO. Tratado de linguagem: perspectivas contemporâneas. Ribeirão Preto: Book Toy; 2017.1 ed. p. 155-63.

24. Developmental Surveillance Resources for Healthcare Providers USA: Centers for Disease Control and Prevention (CDC), c2023. [acesso em 2023 set 12]. Disponível em: [https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/hcp/index.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fncbddd%2Fchilddevelopment%2Fscreening-hcp.html#developmental monitoring](https://www.cdc.gov/ncbddd/actearly/hcp/index.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fncbddd%2Fchilddevelopment%2Fscreening-hcp.html#developmental%2Fmonitoring)

25. Marques MB. Prevalência dos fatores de proteção e segurança para o desenvolvimento infantil em crianças menores de três anos. [internet]. 2022. [acesso em 2023 set 14]. Disponível em: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/65675>.

26. Brasil, Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao recém-nascido : Método Canguru : manual técnico.[internet]. 2017. [acesso em 2023 nov 11]. 3:540. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_metodo_canguru_manual_3ed.pdf.

27. Noer C, Halpern R. O pediatra e a promoção do desenvolvimento infantil: otimizando a consulta. Resid Pediatr [internet]. 2018. [acesso em 2023 ago 26]. 8(3): 156-62. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/v8n3a12.pdf>

28. Lipkin PH; Macias MM, Norwood KW, Brei TJ, Davidson LF et al. Promoting optimal development: identifying infants and young children with developmental disorders through developmental surveillance and screening. Pediatrics [internet]. 2020. [acesso em 2023 mai 12]. 145(1): e20193449. 10.1542. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3449>.

29. Doyle LW, Anderson PJ, Battin M, Brown N, Callanan C et al. Acompanhamento de longo prazo de crianças de alto risco: quem, por que e

- como? BMC Pediatr. [internet]. 2014. [acesso em 2024 jan 15]. 14:279. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/1471-2431-14-279>.
30. Santos JAT, Ayupe KMA, Lima ALO, Albuquerque KAD., Morgado FFD et al. Propriedades psicométricas da versão brasileira do Denver II: teste de triagem do desenvolvimento. *Ciência & Saúde Coletiva* [internet]. 2022. [acesso em 2023 ago 22]. 27: 1097-106. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.40092020>.
31. Silva IBD, Lindau TA, Giacheti CM. Instrumentos de avaliação da linguagem falada de pré-escolares nascidos prematuros: uma revisão de literatura. *Revista CEFAC*. [internet]. 2017. [acesso em 2023 out 03]. 31(19): 90-8. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201719112416>.
32. Larson AL. Language screening for infants and toddlers: A literature review of four commercially available tools. *Communication Disorders Quarterly*. [internet]. 2016. [acesso em mai 12]. 38(1):3-12. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1525740115627420>.
33. Ko J; Lim HK. Reliability study of the items of the Alberta Infant Motor Scale (AIMS) using kappa analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [internet]. 2022. [acesso em 2023 mai 15]. 19(3): 1767. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/ijerph19031767>.
34. Silva LP, Maia PC, Lopes MMCO, Cardoso MVLML. Intraclass reliability of the Alberta Infant Motor Scale in the Brazilian version. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. [internet]. 2013. [acesso em 2023 mai 15]. 47: 1046-51. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-623420130000500006>.
35. Coelho-Medeiros ME, Bronstein J, Aedo K, Pereira JA, Arraño V. M-CHAT-R/F Validation as a screening tool for early detection in children with autism spectrum disorder. *Revista chilena de pediatria*. [internet]. 2019. [acesso em 2023 mai 20]. 90(5):492-99. Disponível em: <https://doi.org/10.32641/rchped.v90i5.703>.
36. Losapio MF, Siquara GM, Lampreia C, Lázaro CP, Pondé MP. Translation into Brazilian Portuguese and validation of the M-CHAT-R/F scale for early screening of autism spectrum disorder. *Revista Paulista de Pediatria*. [internet]. 2022. [acesso em 2023 jun 02]. 41. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2023/41/2021262>.
37. Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta da saúde: passaporte da cidadania - menina [internet]. 2021. [acesso em 2023 jul 21]. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_passaporte_cidadania_3ed.pdf.

Apêndice A

**OBJETO COLETA - Vigilância do desenvolvimento de crianças de risco:
perfil de orientações e encaminhamentos para terapias**



FICHA DE COLETA

Dados do nascimento

Prontuário		N paciente		Data de nascimento	
------------	--	------------	--	--------------------	--

Peso nascimento		Comprimento de nascimento		PC de nascimento	
-----------------	--	---------------------------	--	------------------	--

Idade gestacional (semanas)		Classificação		Raça/cor	
-----------------------------	--	---------------	--	----------	--

Sexo		Dias de internação	
------	--	--------------------	--

Dados sociais e familiares ao nascimento

Renda familiar (salários mínimos)	
-----------------------------------	--

Escolaridade da mãe		Ocupação mãe	
---------------------	--	--------------	--

Escolaridade do pai		Ocupação pai	
---------------------	--	--------------	--

Pai convive com criança		Presença pai/padrasto	
-------------------------	--	-----------------------	--

Recebe recursos sociais?	
--------------------------	--

Fatores de risco

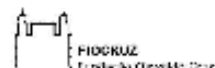
PN < 1500		<32 SEMANAS	
-----------	--	-------------	--

Asfixia perinatal ou Encefalopatia hipóxia isquêmica		Hipertensão pulmonar	
--	--	----------------------	--

Hernia diafragmática congênita		Broncodisplasia pulmonar	
--------------------------------	--	--------------------------	--

leucomalacia periventricular		sepsse neonatal	
------------------------------	--	-----------------	--

Hemorragia intracraniana (HIC)		Outros	
--------------------------------	--	--------	--



Encaminhamentos e terapias

Fisioterapia motora

Recebeu orientações especializadas?		Idade corrigida da 1ª orientação (meses)	
-------------------------------------	--	--	--

Recebeu encaminhamento?		Idade corrigida do 1º encaminhamento (meses)	
-------------------------	--	--	--

Fonoaudiologia linguagem

Recebeu orientações especializadas?		Idade corrigida da 1ª orientação (meses)	
-------------------------------------	--	--	--

Recebeu encaminhamento?		Idade corrigida do 1º encaminhamento (meses)	
-------------------------	--	--	--

Terapia ocupacional

Recebeu orientações especializadas?		Idade corrigida da 1ª orientação (meses)	
-------------------------------------	--	--	--

Recebeu encaminhamento?		Idade corrigida do 1º encaminhamento (meses)	
-------------------------	--	--	--

Neurologia

Recebeu encaminhamento?		Idade corrigida encaminhamento (meses)	
-------------------------	--	--	--

Triagens específicas - que conduziram ao encaminhamento

FISIOTERAPIA

Protocolo		Se foi um protocolo, qual?
Julgamento clínico		
Ambos		



FONOAUDIOLOGIA

Protocolo		Se foi um protocolo, qual?	
Julgamento clínico			
Ambos			

TERAPIA OCUPACIONAL

Protocolo		Se foi um protocolo, qual?	
Julgamento clínico			
Ambos			

NEUROLOGIA

Protocolo		Se foi um protocolo, qual?	
Julgamento clínico			
Ambos			

QUANTIDADE DE CONSULTAS REALIZADAS:	
-------------------------------------	--

PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELA COLETA: _____

DATA COLETA: _____

Apêndice B



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

“VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS DE RISCO: PERFIL DE ORIENTAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS PARA TERAPIAS”

Pesquisadora responsável e contato: Leticia Villela Botelho / Telefone: (21) 2554-1767
Marluce Cristine Teixeira/ Telefone: (21) 2554-1767

Instituição responsável pela pesquisa: Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz)

Endereço: Avenida Rui Barbosa, 716 - Flamengo, Rio de Janeiro - RJ, 22250-020

Nome do voluntário da pesquisa: _____

Número do prontuário: _____

Seu filho (a) está sendo convidado a participar do projeto de pesquisa intitulado “VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS DE RISCO: PERFIL DE ORIENTAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS PARA TERAPIAS”, pois realiza acompanhamento no Ambulatório de Seguimento de Crianças de Risco (Follow-up), no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/FIOCRUZ).

Estão sendo convidadas a participar da pesquisa, todas as crianças de até 0 a 3 anos de idade, que tem algum fator de risco para o desenvolvimento e estão sendo acompanhadas no Ambulatório de Follow-up, neste instituto. A pesquisa tem como objetivo “Analisar o perfil de orientações especializadas e encaminhamentos para terapias de crianças com risco para o desenvolvimento atendidas no ambulatório de seguimento (Follow-up)”. Busca, desta forma, conhecer melhor o que leva a equipe a dar orientações mais detalhadas as famílias ou encaminhar essas crianças para terapias; podendo essas informações, auxiliar a melhorar os serviços oferecidos aos pacientes e suas famílias.

Os riscos de confidencialidade são inerentes à pesquisa mesmo que involuntário e não intencional, por isso não falaremos para outras pessoas que você está nesta pesquisa e não daremos nenhuma informação sobre você e seu filho (a) para qualquer um que não trabalhe na pesquisa.

Como medida adotada frente aos riscos, a participação do estudo será limitada apenas para os pesquisadores que estarão envolvidos, sendo os únicos responsáveis pela avaliação dos resultados e não será permitido o acesso a terceiros. Em relação ainda ao acesso ao prontuário, estes somente serão manuseados pelas pesquisadoras em local adequado, para garantir o sigilo das informações e a segurança dos documentos. Não serão publicados dados ou informações que permitam sua identificação ou de seu filho (a).

Página 1 de 4

TCLE VERSÃO 2 Rubrica da pesquisadora: _____ Rubrica do participante: _____

Aprovado Validade
Início 18/05/2023 Fim 31/08/2023
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Instituto Fernandes Figueira IFF/FIOCRUZ
Telefones: 2554-1730 / 2552-8491
E-mail: cepiff@iff.fiocrz.br *Letícia Villela Botelho*



Qualquer informação sobre você e seu filho(a) terá um número ao invés de seu nome. Só os pesquisadores saberão qual é o seu número e manteremos em sigilo.

Como benefícios da pesquisa, acreditamos que as informações obtidas nesta pesquisa, podem auxiliar a equipe do Ambulatório de Follow-up a ampliar os conhecimentos sobre os processos de triagem e vigilância de crianças com risco para o desenvolvimento, e aprimorar a assistência oferecida às crianças e famílias atendidas. Os dados também serão utilizados para publicações acadêmicas e científicas, como trabalho de conclusão de residência multiprofissional e artigo científico, sempre preservando o sigilo em relação a sua identificação e de seu filho (a)

A participação do seu filho (a) nesta pesquisa é voluntária e ele (a) poderá abandonar a participação a qualquer momento, sem necessidades de apresentar as razões e não haverá nenhum tipo de prejuízo, nem isto irá interferir de forma alguma nos atendimentos realizados no Ambulatório de Seguimento de Recém-nascidos de Risco (Follow-up) ou em qualquer outro serviço que a criança realize na instituição.

Em caso de aceite online, será enviado um link e acesso na plataforma **Google Forms** para preenchimento. Em caso de desistência, a qualquer momento, você poderá clicar no link: <https://forms.gle/QQG4R3wYMtRSz7fF8>, e preencher os dados.

As pesquisadoras deste estudo também poderão retirá-lo do estudo a qualquer momento, se elas julgarem necessário para o seu bem-estar. Não serão publicados dados ou informações que possibilitem sua identificação.

Você receberá uma via idêntica deste documento assinada pelo pesquisador do estudo.

A participação do seu filho (a) no estudo não implicará em custos adicionais, não terá qualquer despesa com a realização dos procedimentos previstos neste estudo. Também não haverá nenhuma forma de pagamento pela sua participação. É garantido o direito a indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

Não será necessária nenhuma coleta de exames ou procedimento com você e/ou seu (a) filho (a) para participar dessa pesquisa. Todas as informações necessárias serão retiradas do prontuário.

As pesquisadoras garantem também sigilo de todas as suas informações, o arquivamento dos dados do trabalho, em arquivo físico, sob guarda e responsabilidade da pesquisadora responsável, por um período de 05 (cinco) anos após o término da pesquisa.

Página 2 de 4

TCLE VERSÃO 2 Rubrica da pesquisadora: _____ Rubrica do participante: _____

Aprovado Validade
 Início 18/05/2023 Fim 31/08/2023
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 Instituto Fernandes Figueira IFF/FIOCRUZ
 Telefones: 2554-1730 / 2552-8491
 E-mail: cepiff@iff.fiocrz.br *Tatiana Ramos*



Após a conclusão da pesquisa, os resultados serão enviados a você que participou, em formato de documento, através de e-mail ou de mensagem via aplicativo WhatsApp, de acordo com sua escolha.

Caso tenha alguma dúvida, você poderá contatar, a qualquer momento, a pesquisadora Leticia Villela Botelho, pelo telefone (21) 2554-1767 ou a pesquisadora Marluce Cristine Teixeira, pelo telefone (21) 99360-4953.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz). Caso ainda tenha dúvidas, sugestões e/ou denúncias após os esclarecimentos da pesquisadora, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) encontra-se à disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias (E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br; Telefone: 2554-1730; Fax: 2552-8491). Este termo é redigido em duas vias, sendo uma para você e outra para a pesquisadora. Por favor, rubricar todas as páginas deste termo. A pesquisadora também deverá rubricar todas as páginas.

Eu, _____
 _____, na qualidade de responsável legal
 por _____
 _____ como _____ (grau de parentesco)
 autorizo voluntariamente a minha participação e do meu filho(a) nesta pesquisa.

Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura: _____

Data: _____

Telefone: _____

Testemunha (quando necessário)

Nome: _____

Documento: _____

Endereço/telefone: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Página 3 de 4

TCLE VERSÃO 2 Rubrica da pesquisadora: _____ Rubrica do participante: _____

Aprovado Validade
 Início 18/05/2023 Fim 31/08/2023
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 Instituto Fernandes Figueira IFF/FIOCRUZ
 Telefones: 2554-1730 / 2552-8491
 E-mail: cepiff@iff.fiocruz.br *Leticia Villela Botelho*



Pesquisadora que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Nome: _____

Página 4 de 4

TCLE VERSÃO 2 Rubrica da pesquisadora: _____ Rubrica do participante: _____

Aprovado Validade
Início 18/05/2023 Fim 31/08/2023
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
Instituto Fernandes Figueira IFF/FIOCRUZ
Telefones: 2554-1730 / 2552-8491
E-mail: cepiff@iff.fiocrz.br *Tania Ramos*