

## ABORDAGEM DA TERAPIA OCUPACIONAL A BEBÊS COM MICROCEFALIA: UMA EXPERIÊNCIA NO ESTÁGIO CURRICULAR

An occupational therapy approach to babies with microcephaly: an experiment in curricular internship

Abordaje de la Terapia Ocupacional a bebés con microcefalia: una experiencia en la práctica curricular

### Jamine Cunha dos Reis

Terapeuta Ocupacional, Residente em Reabilitação Física do Programa de Residência Multiprofissional do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE, Brasil. [jamine.c1@gmail.com](mailto:jamine.c1@gmail.com)

### Patrícia da Silva Santos

Terapeuta Ocupacional, Residente em Clínica Médica do Programa de Residência Multiprofissional do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF), RIO DE JANEIRO, RJ, Brasil. [santospatricia513@gmail.com](mailto:santospatricia513@gmail.com)

### Mayara Francelle Oliveira Barata

Terapeuta Ocupacional do Hospital Oswaldo Cruz, Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE, Brasil. [mayara.barata@hotmail.com](mailto:mayara.barata@hotmail.com)

### Ilka Veras Falcão

Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, Recife, PE, Brasil. [ilkafalcao.ufpe@gmail.com](mailto:ilkafalcao.ufpe@gmail.com)

### Resumo

**Introdução:** Devido ao surto de Zika, em 2015/2016, nasceram no Recife/PE bebês com microcefalia, resultando em desenvolvimento atípico. A gravidade do quadro para a saúde pública exigiu resposta rápida, com pesquisas, treinamento e estruturação da rede de saúde. Assim, o terapeuta ocupacional incorporou-se às equipes de estimulação e reabilitação das crianças e à produção de conhecimentos na área. **Objetivo:** Apresentar a experiência de atendimento a bebês com Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV), durante estágio curricular de Terapia Ocupacional. **Método:** Relato de estágio curricular de Terapia Ocupacional utilizando registros clínicos e de supervisão pela orientadora e docente, durante estágio de cinco meses, em um serviço de Doenças Infectocontagiosas de um hospital-escola, referência para atendimento a recém nascidos com a SCVZ. **Resultados:** Foram atendidos 24 bebês com microcefalia, com idade entre 3 e 10 meses. Foi detectado comprometimento de funções neurológicas, com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, alterações de tônus e dos sistemas visual, auditivo, proprioceptivo, vestibular e tátil. A estimulação foi dirigida às habilidades para o desenvolvimento infantil e criação de ambiente apropriado e seguro visando às aquisições motoras, sensoriais, de comunicação, cognitivas e sociais das crianças. Orientações às famílias, confecção de adaptações, facilitação do brincar e de atividades de vida diária também foram realizadas. **Conclusão:** O estágio permitiu experienciar às contribuições da Terapia Ocupacional para a estimulação de crianças com microcefalia, capacitando-nos como futuros profissionais para as demandas da atualidade e para a produção de conhecimentos.

**Palavras-chave:** Microcefalia; Terapia Ocupacional; Estimulação precoce; Estágio clínico; Zika Vírus.

### Abstract

**Introduction:** Due to the outbreak of the Zika virus, in 2015/2016, many babies were born with microcephaly in Recife/PE, resulting in atypical development. The severity of this panorama for public health required a rapid response, through research, training and structuring of the health network. Thus, occupational therapists were incorporated into the teams for infant stimulation and rehabilitation, and into the production of knowledge in the area. **Objective:** To describe the experience of assisting children with microcephaly by the Zika Virus, during a curricular internship of occupational therapy. **Method:** Reports of the curricular internship of occupational therapy. We used the clinical supervision records from the professional and academic training, during 5 months in the infectious diseases infirmary and outpatient clinic at a referral university hospital for congenital Zika virus syndrome in Recife. **Results:** Twenty-four infants with microcephaly, aged between 3 and 10 months, were treated. We observed neurological impairment, with delayed neuropsychomotor development, and alterations in the tonus and visual, auditory, proprioceptive, vestibular and tactile systems. Stimulation was directed towards the skills for infant development and for creating an appropriate, safe environment in which children were able to acquire motor, sensory, communication, cognitive and social skills. Guidelines for the families, making adaptations, facilitation of playing skills and activities of daily living were also carried out. **Conclusion:** The training period allowed us to experience the contributions of occupational therapy for the stimulation of children with microcephaly, preparing us as future professionals for the current demands and for the production of knowledge.

**Keywords:** Microcephaly; Occupational Therapy; Early Intervention; Clinical Clerkship; Zika Virus

### Resumen

**Introducción:** Debido al brote de Zika, en 2015/2016 nacieron bebés con microcefalia en Recife / PE, resultando en un desarrollo atípico. Por la gravedad de esta nueva situación para la salud pública, se requirió una respuesta rápida, que incluyó investigación, capacitación y estructuración de la red de salud. Así, los terapeutas ocupacionales fueron incorporados en los equipos para estimulación y rehabilitación de los niños, y para producir conocimiento en el área. **Objetivo:** Describir la experiencia del cuidado de bebés con microcefalia por el virus Zika, durante la práctica curricular de terapia ocupacional. **Método:** Se trata de un informe descriptivo de la práctica curricular de terapia ocupacional. Se utilizaron los registros clínicos de supervisión de práctica por la orientadora y docente, durante 5 meses en la enfermería y clínica ambulatoria de enfermedades infecciosas, en un hospital universitario de referencia para el síndrome del virus Zika congénito en Recife. **Resultados:** Se atendieron 24 lactantes con microcefalia, con edades comprendidas de 3 a 10 meses. Se observó alteración neurológica, con retraso en el desarrollo neuropsicomotor y alteraciones en el tono y en los sistemas visual, auditivo, propioceptivo, vestibular y táctil. La estimulación se dirigió hacia las habilidades para el desarrollo infantil y para crear un ambiente apropiado y seguro en el cual los bebés pudieran adquirir habilidades motoras, sensoriales, de comunicación, cognitivas y sociales. También se llevaron a cabo orientaciones para las familias, realizando adaptaciones, facilitando el juego y las actividades de la vida diaria. **Conclusión:** El período de

práctica nos permitió experimentar las contribuciones de la terapia ocupacional para la estimulación de los lactantes con microcefalia, preparándonos como futuros profesionales para las demandas de hoy y para la producción de conocimiento.

**Palabras clave:** Microcefalia; Terapia ocupacional; Estimulación temprana; Práctica clínica; ZikaVirus.

## 1 INTRODUÇÃO

A formação de profissionais de saúde é ordenada pelo Sistema Único de Saúde, orientada pelas necessidades e perfil de saúde da população e pela integralidade na atenção. Cabe as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) definirem os parâmetros da graduação em saúde, mostrando sintonia entre a formação e a assistência, entre os reais problemas de saúde da população, os serviços e a produção de conhecimentos<sup>1</sup>.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Terapia Ocupacional determinam que a formação seja generalista, humanística, interdisciplinar, orientada por competências e habilidades para a tomada de decisões e que haja equilíbrio entre carga horária teórica e prática. Além disso, recomenda que as experiências práticas ocorram desde os períodos iniciais, em todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde, contemplando uma aprendizagem técnica, ética e com relevância social. São previstos como obrigatório o estágio supervisionado e a elaboração de trabalho de conclusão de curso<sup>2</sup>.

O estágio obrigatório correlaciona a teoria e prática, sendo um campo de reflexão, aplicação e aprimoramento da aprendizagem em sala de aula e de experiências e manejo com o paciente, a família e a equipe em variados contextos de cuidado<sup>3</sup>. Pelas DCN, o estágio tem a carga horária mínima de 20% do total do curso e recomenda-se que ocorra em áreas diferentes para contemplar habilidades do saber-fazer, preparando o futuro profissional para o mercado de trabalho. É um momento privilegiado na formação, no qual o estudante conta com orientação docente e a supervisão em serviço de um terapeuta ocupacional, para vivenciar a dinâmica dos serviços e do trabalho em equipe<sup>2, 4</sup>.

No Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) o estágio supervisionado ocorre no último ano, em serviços conveniados e escolhidos pelo estudante, a partir de uma listagem atualizada semestralmente pela Coordenação de Estágio do Curso. A formalização documental inclui o termo de compromisso, a apólice de seguro obrigatório e o plano de estágio consolidado pelo estudante e profissional do serviço, antes do início das atividades. A orientação docente é realizada com visitas regulares para discussão das situações de aprendizagem em conjunto com o terapeuta ocupacional que supervisiona o estágio<sup>5</sup>.

Os campos de estágio deste curso são dinâmicos e refletem também a realidade da inserção da categoria profissional nos diferentes serviços de saúde. Assim, entre 2015/2016, frente a epidemia do Zika Vírus, registrada na região e em Pernambuco<sup>6,7</sup> foi incorporado as opções do estágio, vagas em um serviço de referência, em regime hospitalar e ambulatorial, para atendimento aos recém-nascidos com microcefalia, associada à infecção pelo Zika Vírus.

A microcefalia é o traço mais evidente da Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV), que abrange sinais e sintomas que comprometem o desenvolvimento cerebral e a adequada função do sistema nervoso central dos recém nascidos<sup>8</sup>. As consequências da infecção pelo vírus surpreenderam a população, pesquisadores, profissionais e as autoridades de saúde no Brasil e no mundo, desencadeando esforços conjuntos para compreender e intervir nessa grande problemática de saúde pública.

Com isso, buscaram-se estratégias para enfrentar a problemática resultante da Síndrome, implicando na adequação da formação, do modo de produzir conhecimento e de prover serviços de reabilitação, uma vez que o quadro das crianças atingidas pelo Zika Vírus difere de outros e ainda não é completamente compreendido<sup>9</sup>. O que ficou evidente desde o início é que as crianças precisavam de cuidados especializados, tanto para avaliar o comprometimento como para obter a estimulação adequada, o que deve ser responsabilidade de uma equipe de reabilitação.

Reforçar a capacidade das equipes e dos serviços de assistirem as crianças e famílias com SCZV tornou-se prioridade coordenada pelo Ministério da Saúde e algumas instituições de ensino-pesquisa, em apoio aos serviços<sup>8</sup>. A formação atualizada e a educação permanente de profissionais de saúde são metas para alcance imediato, o que justifica a inclusão desse campo de estágio na formação do terapeuta ocupacional e motiva o presente relato, cujo objetivo é apresentar a experiência de atendimento a bebês diagnosticados com a SCZV, durante estágio curricular de Terapia Ocupacional.

## **2 MÉTODO**

Consiste em um estudo de caso para o ensino, oriundo da proposta de estágio curricular do Curso de Terapia Ocupacional/UFPE. O estágio foi realizado por duas acadêmicas, nos serviços de enfermaria e ambulatório de Doenças Infectocontagiosas e Parasitárias de um hospital escola, referência para o atendimento às crianças com a SCZV em

Pernambuco. A carga horária foi de 420 horas, em turnos de 6 horas/dia, entre Fevereiro a Junho de 2016. As intervenções em contexto hospitalar se dirigiram aos bebês com microcefalia pelo Zika Vírus internados para o tratamento de comorbidades ou os que foram encaminhados por pediatras à Terapia Ocupacional para atendimento ambulatorial, sendo o acompanhamento extensivo as famílias.

O relato de experiência se deu a partir da análise de documentos produzidos durante o estágio, relativos aos atendimentos às crianças, às reuniões de estudo e de equipe e registros dos encontros de supervisão, tendo como fontes o plano de atividades, a evolução nos prontuários e as anotações em diário de campo que é atividade prevista para acompanhamento do estágio e foram realizados diariamente pelas autoras. No decorrer do estágio ainda foram adotadas as “Fichas de avaliação e evolução ambulatorial” para as crianças que eram acompanhadas pela Terapia Ocupacional nesse âmbito e que possibilitaram o resgate dos objetivos e estratégias terapêuticas utilizadas.

### **3 A MICROCEFALIA COMO PROBLEMA EMERGENTE DE SAÚDE E PARA A EQUIPE DE REABILITAÇÃO NO CONTEXTO HOSPITALAR.**

215

A microcefalia é uma malformação que atinge o sistema nervoso central, com diminuição do perímetro cefálico e conseqüente atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) do bebê. O diagnóstico pode ser feito intra útero ou após o nascimento<sup>6</sup>.

Segundo parâmetros da Organização Mundial de Saúde adotados no Brasil<sup>8</sup>, a microcefalia corresponde à medida do perímetro cefálico nas primeiras 24 horas após o nascimento e até a primeira semana de vida de recém nascidos com 37 semanas de gestação, em que o valor é igual ou inferior a 31,9 cm para crianças do sexo masculino e igual ou inferior a 31,5 cm para as do sexo feminino. Com a medida do perímetro cefálico, histórico da gestação e das condições de saúde do bebê, o caso é notificado e a associação com o Zika Vírus passa a ser investigada até a sua confirmação ou descarte.

Além da microcefalia, o desenvolvimento anormal do cérebro, resulta em problemas neurológicos e outras malformações, epilepsia, problemas visuais e auditivos. Também podem ocorrer a artrogripose, hidropisia e atrasos do DNPM, entre outras alterações importantes<sup>9, 10, 11</sup>.

De acordo com o Protocolo de Atenção à Saúde em resposta à ocorrência de Microcefalia relacionada à Infecção pelo Zika<sup>8</sup> a criança necessita ser encaminhada para serviços de referência para estimulação precoce e acompanhamento de profissionais como o terapeuta ocupacional, fisioterapeuta e fonoaudiólogo.

Nesse contexto, o termo estimulação precoce é definido como,

Um programa de acompanhamento e intervenção clínico-terapêutica multiprofissional com bebês de alto risco e com crianças pequenas acometidas por patologias orgânicas – entre as quais, a microcefalia, buscando o melhor desenvolvimento possível, por meio da mitigação de sequelas do desenvolvimento neuropsicomotor, bem como de efeitos na aquisição da linguagem, na socialização e na estruturação subjetiva, podendo contribuir, inclusive, na estruturação do vínculo mãe/bebê e na compreensão e no acolhimento familiar dessas crianças<sup>10</sup> (p. 5).

Na estimulação precoce o profissional atende ao paciente e as famílias, com objetivo de orientar situações que favoreçam o desenvolvimento infantil, a inserção da criança nas atividades diárias, a estimulação adequada, o incentivo a relação mãe/pai-bebê, e promova o envolvimento familiar no cuidado à criança<sup>12</sup>. Conforme Rafaini *et al.*<sup>13</sup>, a abordagem precoce irá oferecer os estímulos com auxílio de brinquedos e materiais do cotidiano, visando melhorar a relação do bebê com o ambiente.

No estágio curricular observamos que as crianças com microcefalia pelo Zika Vírus, são acometidas por comorbidades, como infecções respiratórias, que levam a hospitalização. Às vezes, nessa condição clínica ainda mais desfavorável, é que a criança e família tem o seu primeiro contato com uma equipe de reabilitação. Nesse momento, o cuidado vai além da atenção ao acometimento da microcefalia e da doença que motivou o internamento, uma vez que a prioridade é a prevenção às consequências da hospitalização e a privação de estímulos, que podem agravar os prejuízos ao desenvolvimento das crianças.

Essas consequências se relacionam a uma maior fragilidade da criança e família durante a hospitalização, que sofrem com as condições fisiológicas e clínicas do adoecimento e ainda por estarem afastadas das suas atividades cotidianas. As limitações no brincar e as próprias condutas terapêuticas, às vezes invasivas e que exigem imobilização no leito, podem levar a criança a perder habilidades do desenvolvimento antes adquiridas<sup>13, 14</sup>.

O terapeuta ocupacional no ambiente hospitalar tem como principal função a

(...) promoção da qualidade de vida, da re-humanização das relações interpessoais e do ambiente hospitalar, a promoção da capacidade funcional e do desempenho ocupacional durante a internação e a orientação na alta hospitalar e o acompanhamento domiciliar<sup>15</sup>(p. 65).

Nesse contexto o terapeuta ocupacional e a equipe interdisciplinar atuam para favorecer as habilidades funcionais, beneficiando-se da plasticidade neuronal e da reorganização cortical, promovido por estímulos cognitivos, motores e sensoriais, para que ocorra o adequado desenvolvimento infantil<sup>16</sup>.

### **3.1 CARACTERIZAÇÃO DO CAMPO E DAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO ESTÁGIO CURRICULAR**

217

O estágio aconteceu em um dos hospitais públicos de referência para atendimentos às crianças com microcefalia decorrente da SCZV em Pernambuco. A equipe conta com médicos, residentes em pediatria, enfermeiros, técnicos de enfermagem, terapeuta ocupacional, psicólogo, fonoaudiólogo e nutricionista. Um serviço ambulatorial foi implantado como opção para continuidade do cuidado as crianças. Nesse momento de implantação e que correspondeu ao período do estágio, a articulação da rede de saúde estava ainda pouco organizada, havendo crianças com atendimento em mais de um serviço, especialmente os que envolvem pesquisa, e outras ainda não inseridas na reabilitação.

A experiência formativa das graduandas foi supervisionada cotidianamente pela terapeuta ocupacional do hospital, concomitantemente à orientação presencial e à distância de docente do Curso. O estágio se desenvolveu com responsabilização crescente das estudantes, estruturando-se em etapas sequenciais ou sobrepostas, com a observação dos atendimentos realizados pela supervisora; discussão dos casos; atendimento pela terapeuta ocupacional com as estagiárias como apoio; atendimento pelas estagiárias com supervisão direta e indireta da terapeuta ocupacional; registro da evolução em prontuários e no diário de campo; reunião de equipe, de estudo e de supervisão.

No período de estágio receberam atendimento terapêutico ocupacional 24 bebês com microcefalia, com idade entre 3 a 10 meses, procedentes da Região Metropolitana do Recife e do interior do Estado de Pernambuco, sendo comum o baixo nível socioeconômico das famílias. Em sua maioria as crianças eram acompanhadas pela mãe durante a hospitalização e também nos atendimentos ambulatoriais.

Todas as crianças com microcefalia por SCZV hospitalizadas nesse período foram atendidas pela terapeuta ocupacional. Em torno de 40% (9) não estava recebendo atendimento em nenhum outro serviço de reabilitação, até o momento do internamento. Na enfermaria a assistência da Terapia Ocupacional é diária e o plano de tratamento é breve, com metas de curto prazo, pois a hospitalização comumente não ultrapassa duas semanas. Durante o atendimento hospitalar também há orientação para continuidade do cuidado no domicílio e encaminhamento para serviços de estimulação do DNPM.

Outra possibilidade de assistência pela Terapia Ocupacional oferecida neste hospital é o atendimento ambulatorial implantado especialmente para as crianças diagnosticadas com a SCZV. Em ambos os serviços, cada sessão tem em média trinta minutos, destinados as avaliações, estimulação e orientações de rotina para o domicílio.

Inicialmente são colhidos dados sociais e familiares; dificuldades no cuidado a criança; relação mãe-bebê; acompanhamentos e terapias em andamento. Em seguida, são avaliados: padrões e mudanças posturais, aquisições do DNPM, contato visual, reações auditivas, padrão de reflexos, força e tônus muscular, motricidade, interesse por pessoas ou brinquedos, entre outras atividades e aquisições funcionais esperadas para cada faixa etária. Por fim, a mãe é orientada, considerando as prioridades para a criança e a dinâmica familiar. Um plano de acompanhamento é estabelecido para revisão mensal, até a criança ser inserida em atendimento regular de reabilitação nesse hospital ou em outro serviço especializado.

Em relação ao aspecto motor observamos que a maioria das crianças avaliadas tem controle cervical precário, espasticidade de tronco e/ou membros, mesmo as que têm tônus de base baixo (hipotônico), encurtamento muscular, alterações de reflexos (exacerbados ou ausentes), polegar em adução e dedos fletidos, ineficiente manutenção da postura sentada e dificuldade de apoio para o engatinhar. No aspecto social observamos ser comum o choro constante, o desinteresse por brinquedos, pessoas e o ambiente. E, no aspecto sensorial, destacam-se o comprometimento visual, auditivo, proprioceptivo, vestibular e tátil.

Na Tabela 1 apresentamos os principais objetivos das intervenções terapêuticas ocupacionais realizadas durante o estágio e a orientação à família. Os recursos para estimulação são brinquedos e outros materiais ou situações envolvendo a criança e familiares, visando o DNPM, favorecer a participação, despertar o comportamento lúdico, servir de referência para a relação mãe-bebê e a continuidade da estimulação à criança em outros momentos.

<b>Objetivo</b>	<b>Detalhamento dos objetivos</b>	<b>Estratégia</b>
Favorecer a adequação do controle cervical e de tronco.	Alongar e fortalecer a musculatura do pescoço e tronco ativamente e passivamente; estimular o sistema vestibular, proprioceptivo e o tato; favorecer as reações de retificação e alinhamento do pescoço e tronco.	Manuseio em superfícies estáveis e instáveis <sup>1</sup> ; incentivar a postura em decúbito ventral e sentada com apoio ou não e uso de adaptações; manobras para alinhamento do pescoço e tronco.
Favorecer o desenvolvimento da cintura escapular e cintura pélvica	Dissociar, alongar e fortalecer as cinturas escapular e pélvica ativamente e passivamente; estimular o sistema proprioceptivo e tátil	Mobilizar cintura escapular e cintura pélvica em superfícies estáveis e instáveis; estimular o rolar através do seguimento visual de objetos; descarga de peso com variação postural.
Favorecer a função de Membros Superiores (MMSS) e Membros Inferiores (MMII)	Alongar e fortalecer os MMSS e MMII, ativamente e passivamente; estimular o sistema proprioceptivo; favorecer as reações de proteção; incentivar a integração bilateral, cruzamento da linha média, coordenação óculo-manual, alcance, e preensão.	Descarga de peso em membros com variação postural; manuseio em superfícies estáveis e instáveis <sup>1</sup> . Confecção de órtese abduutora para mão usando faixas de gaze; alcance e exploração de brinquedos.
Favorecer a integração do Sistema sensorial	Estimular o sistema visual (coordenação mão-boca, olho-mão e olho-objeto, sensibilidade ao contraste, reação a luz, fixação, seguimento, acuidade e motilidade visual); estimular o sistema auditivo (detectar, reconhecer e responder aos sons); estimular o sistema tátil (perceber objetos, toques e texturas)	Visual: Uso de brinquedos com cores contrastantes, luminosidade e tamanhos diversos; expressões faciais do facilitador ou familiar. Auditivo: Uso de brinquedos com sons, emissão de sons e música cantada pelo facilitador ou familiar. Tátil: Massagem; uso de brinquedos com formas e texturas variadas.
Favorecer o desenvolvimento das Relações sócio afetivas	Estimular a linguagem verbal e não verbal com familiar e outras pessoas, estimular o sistema tátil e visual	Uso de conversa, cantigas, brincadeiras e brinquedos interativos; segurar a criança em postura que possibilite a percepção do meio; orientação familiar para estimulação no domicílio.

**Tabela 1:** Atividades realizadas durante o estágio curricular e atendimentos de Terapia Ocupacional as crianças com microcefalia em um hospital de referência, Recife/PE, no período de Fevereiro a Junho/2016.

**Fonte:** elaborada pelas autoras

Outra atividade incluída posteriormente no plano de estágio surgiu de uma supervisão conjunta, onde foi discutida a necessidade contínua de estimulação às crianças e a

<sup>1</sup>As superfícies instáveis usadas são o colo do facilitador ou mãe, o rolo, a bola suíça.

precariedade de recursos disponíveis pelas famílias. A partir disso, foi desenvolvido um projeto de extensão, para realização de uma gincana com os demais estudantes do Curso de Terapia Ocupacional, para arrecadação de kits de estimulação para doação às famílias. As equipes inscritas na gincana conceberam e confeccionaram os kits de estimulação (Figura 1). Em contrapartida, os vencedores com maior arrecadação (100 unidades) e adequação dos kits, receberam um “Minicurso de Estimulação precoce com enfoque em Microcefalia: Atuação da Terapia Ocupacional”, com 8 horas teóricas e demonstração prática, ministrado pela equipe do campo de estágio e outras terapeutas ocupacionais de serviços especializados no atendimento a esse público.

A gincana também possibilitou apresentar a todos os participantes o serviço e a atuação da Terapia Ocupacional com crianças diagnosticadas com SCZV, expandindo para outros estudantes os conhecimentos em uma temática emergente e ainda não contemplada no conteúdo curricular.



**Figura 1:** Itens do Kit de estimulação, produto da gincana.

Fonte: Arquivo pessoal das autoras.

#### **4 DISCUSSÃO**

Observamos que as alterações descritas na literatura<sup>9, 12</sup> com crises convulsivas, alterações de tônus, hiperreflexia, irritabilidade e choro constante, além de alterações auditivas e visuais, atrasos do DNPM, são compatíveis com o quadro apresentado pelos bebês com microcefalia atendidos durante o estágio.

Empiricamente observamos diferenças positivas entre os bebês que são acompanhados regular e precocemente para os que ainda não iniciaram as terapias. As crianças em terapia

regular usufruem e participam melhor das sessões terapêuticas, talvez por estarem adaptadas ao manuseio, pela habituação ao toque (estímulos) além de apresentarem menos contraturas e dor no alongamento e mobilização. As crianças em atendimento pela primeira vez ou que compareciam apenas as consultas mensais, tinham menor participação, choro, irritação e expressões de desconforto durante o atendimento da Terapia Ocupacional.

Acredita-se que a reabilitação para crianças com microcefalia deva iniciar logo após seu nascimento, com atenção especial para o primeiro ano de vida, apoiando os marcos de desenvolvimento típico. Estudos afirmam que esta é a fase em que o cérebro se desenvolve mais rápido, na qual o tratamento precoce minimiza riscos e oferta oportunidades para o estabelecimento de funções que possibilitarão um melhor desenvolvimento e qualidade de vida<sup>8, 13</sup>.

A recomendação da estimulação precoce é pela plasticidade cerebral maior no primeiro ano de vida, devida às conexões adequadas dos neurônios em formação. Nessa fase a estimulação poderá prevenir sequelas antes que a deficiência seja instalada<sup>17</sup>.

De acordo com Franceschi e Peruzzolo<sup>18</sup> o desenvolvimento infantil é influenciado por fatores neuronais; fatores motores, psicológicos, emocionais, culturais, condições socioeconômicas; expectativas dos pais, características que podem repercutir no desenvolvimento do bebê. Então, a criança com atraso no desenvolvimento, necessita muito além dos estímulos oferecidos pelas terapias, mas também que o contexto em que vive seja potencializado e os familiares participem do processo de cuidado.

No atendimento, foi possível identificar que os sistemas visual, auditivo, proprioceptivo, vestibular e motor foram os mais comprometidos nas crianças. Assim, o acompanhamento, desde o nascimento é fundamental, possibilitando prognósticos mais favoráveis ao desenvolvimento infantil<sup>8, 19</sup>.

O Manual de Diretrizes de Estimulação Precoce do Ministério da Saúde, referência para os atendimentos as crianças com microcefalia, reconhece o terapeuta ocupacional como um dos profissionais capacitados para a reabilitação dessas crianças<sup>8</sup>. O terapeuta ocupacional poderá favorecer o melhor desempenho da criança nas atividades de vida diária e do brincar, consideradas áreas significativas para o DNPM<sup>20</sup>.

A estimulação precoce de bebês com microcefalia promove o desenvolvimento dos sistemas motores, sensoriais, linguístico, cognitivo, emocional e social<sup>8</sup>. Para realizar essa estimulação foi observado durante o estágio, a aplicação de alguns métodos, entre esses a

estimulação sensorial e o Conceito Neuroevolutivo Bobath. Esse último é uma abordagem cujo objetivo é a qualidade e resposta dos movimentos através da normalização de tônus muscular, diminuição de reflexo anormal e favorecimento das reações posturais normais<sup>21</sup>, exigindo formação certificada para a sua aplicação. Assim, verificamos que a atualização, a qualificação profissional mediante cursos e a educação permanente é uma necessidade que se impõe após a graduação.

O uso de recursos lúdicos e a orientação familiar estiveram presentes em todos os atendimentos terapêuticos ocupacionais, uma vez que a inclusão desses facilita o trabalho do profissional e favorece o desenvolvimento infantil. Para Domingues e Martinez<sup>22</sup> a atuação da Terapia Ocupacional caracteriza-se por promover o desenvolvimento infantil e orientar a família, sendo o brincar uma atividade própria e significativa para a criança da mesma forma, que a participação familiar no cuidado a criança é algo natural, salvo em condições excepcionais.

A ludicidade vai além de estratégia de intervenção, pois é típica da infância e essencial para o bem estar. Por meio da brincadeira com o próprio corpo, com o corpo do outro e com objetos a criança desenvolve seu repertório motor, sensorial, cognitivo, social e emocional, além de ajudá-la a lidar com toda essa experiência e domínio da realidade<sup>8, 14, 23</sup>.

222

O brincar foi um recurso usado como mediador nas orientações a família para o desenvolvimento infantil. Reconhecendo a importância do brincar e a dificuldade de interação dos bebês com microcefalia, os brinquedos/brincadeiras foram inseridos para favorecer as funções e estruturas corporais e também as relações. Mesmo que a criança apresente dificuldades, ela deve ser auxiliada a descobrir e aprender, de buscar a propriedade e função dos objetos, manipulando-os e transformando-os, interagindo consigo e com o meio<sup>23</sup>.

O brincar propicia a percepção do próprio corpo, conhecer e experienciar sensações, explorar o ambiente para alcançar o desenvolvimento, independente das limitações<sup>18</sup>. Segundo Franceschi e Peruzzolo<sup>18</sup> o profissional precisa favorecer o vínculo mãe-filho e acolher a mãe em suas dificuldades, dando orientações e esclarecendo sobre a condição do bebê.

Pelo período curto e determinado de atendimento, são os familiares que ficam em contato diário com o bebê sendo responsáveis pela continuidade da estimulação. Por isso, em nossa vivência, as mães foram incentivadas a participar em todos os momentos da terapia,

para explicações dos benefícios, dos procedimentos, esclarecimentos sobre dificuldades, as potencialidades do bebê e a possível manutenção pelas famílias da estimulação no domicílio.

A orientação considera os aspectos socioeconômicos, as necessidades da criança, as condições da mãe de apreender e se envolver com a estimulação, sem perder a sua condição materna. Holanda<sup>24</sup> considera importante a inserção das famílias como agentes ativos para o desenvolvimento das crianças em estimulação precoce. A autora revela ainda que a rotina cotidiana é uma oportunidade de cuidados dos pais com seus filhos.

Entretanto, em alguns momentos identificamos resistência e dificuldade de aceitação das mães no processo de terapia. Também ouvimos queixas da sobrecarga por exigência dos cuidados as crianças com microcefalia e o abandono de papéis pessoais como o afastamento do trabalho remunerado. Estudos referem que esse comportamento materno pode ser compreendido porque o nascimento de uma criança com deficiência interfere na relação mãe-bebê, por sentimentos conturbados, expectativa de um “filho perfeito” e dos cuidados excessivos que uma criança adoecida requer<sup>19</sup>. Nesses casos, cabe ao profissional acolher sem julgar, auxiliar essa relação e a comunicação mãe-bebê. A posição do terapeuta na estimulação precoce é a de facilitador na construção de possibilidades da relação da criança com seus pais e o mundo que a circunda<sup>18</sup>.

223

Conforme o estudo de Giardinetto *et al.*<sup>15</sup>, nessa lógica de ser um facilitador, a atuação do terapeuta ocupacional em enfermaria pediátrica também auxilia na dinâmica hospitalar e no enfrentamento das condições adversas provocadas pelo adoecimento, além de favorecer a estruturação da nova rotina para a criança e a família. Essa condição foi experimentada no estágio curricular, com o apoio da supervisora e da equipe, que solicitavam atendimento para casos da enfermaria e reconheciam em reuniões e discussão de casos, os benefícios da atuação para a criança, a mãe e a rotina do tratamento.

Segundo Miranda-Filho *et al.*<sup>9</sup> a criança com SCZV poderá apresentar retardo mental e deficiências motoras, sendo necessário preocupar-se também com a inclusão escolar e comunitária, além de estratégias de estruturação familiar. Ou seja, a preparação da rede de serviços e de profissionais para responder as necessidades futuras dessas crianças vai continuar além da fase epidêmica e da estimulação precoce. Com isso, fica evidente que as crianças precisarão desde a primeira infância de atendimento multiprofissional, incluindo o terapeuta ocupacional para a estruturação de suas rotinas.

Embora haja esforços para uma melhor formação e integração ensino-serviço-assistência, lacunas nesse processo faz com que futuros profissionais acumulem dificuldades para enfrentar problemas emergentes de saúde pública, como verificado com essa recente epidemia. Tais dificuldades ocorrem, porque as instituições de ensino não têm velocidade de resposta, mostrando descompasso entre seus currículos, metodologias e programas, e as necessidades de saúde que se apresentam de forma emergencial. Já as políticas e redes de saúde enfrentam descompassos entre a alocação de recursos materiais e humanos, as expectativas e as prioridades do que é planejado e do que é executado<sup>4, 25</sup>.

Avaliamos que essa experiência e o aporte de conhecimentos nesse cenário permitiram as graduandas compreender os desafios diante dessa epidemia. As alternativas efetivadas cotidianamente no cuidado a essas crianças durante o estágio, também nos fez vislumbrar outros horizontes como a pesquisa e a intersectorialidade como partes da solução à problemática.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

224

Apesar da curta duração do estágio e do pobre desenvolvimento neuropsicomotor da maioria das crianças foi possível observar que a intervenção da Terapia Ocupacional possibilitou discretas mudanças e o ganho de habilidades. Dentre as quais, identificamos melhor controle cervical, responsividade com o olhar, acomodação da hiperreatividade sensorial ao toque e aos estímulos vestibulares, e conseqüentemente melhora nos padrões de retificação e endireitamento para o brincar das crianças.

Destacamos que as estratégias utilizadas e que mais contribuíram foram o manuseio em superfícies estáveis e instáveis para estímulo ao neurodesenvolvimento, a utilização de músicas e as brincadeiras proprioceptivas, além do engajamento familiar na terapia para a continuidade da estimulação no domicílio. Durante o processo de orientação constatamos também as famílias mais participativas, bem como corresponsáveis no percurso terapêutico para minimizar as dificuldades de seus filhos.

A forma como a proposta de ensino-aprendizagem do estágio foi estruturada ofereceu experiências positivas e o reconhecimento das contribuições da Terapia Ocupacional na

estimulação as crianças com microcefalia, capacitando-nos para o atendimento e a produção de conhecimentos. Por fim, compreendemos que as políticas, os profissionais, as instituições de saúde e de formação precisam se estruturar para a continuidade do cuidado as crianças e suas famílias.

## Referências

1. Ceccim RB; Feuerwerker LCM. **Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade.** Cad Saude Publica. 2004;20(5):1400–10.
2. Brasil, Ministério da saúde. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional. **Resolução CNE/CES 6, 19 fevereiro 2002.** 2002; 53(9):1689–99.
3. Bouso RS; Merighi MA; Rolim MA; Riesco ML; Angelo M. **Clinical experience of nursing students: transition of identities.** Rev da Esc Enferm da USP [Internet]. 2000;34(2):218. Available from:  
<http://chester.summon.serialssolutions.com/link/0/eLvHCXMwY2BQME5KBdYcCpokmyUYGwNaFYVKscaKpWbKZUVKyoUEK-GT9KA-LcG-LsECLcKTS3E2IgSk1T5RBzs01xNIDF1IhxBdATI0ANIWNjc2BjWNDMQbeRNDq77wS8C6xFHEG1jRgVKWKg4pPcaBR4gwcEZZGQX4RlgEQrhCMq1cM3sqkV1giDiytwTGta6hnCgD7cyv-%5C>
4. Silva V da O; Santana PMMA de. **Conteúdos curriculares e o sistema único de saúde (SUS): Categorias analíticas, lacunas e desafios.** Interface Commun Heal Educ. 2015;19(52):46–56.
5. Universidade Federal de Pernambuco. **Estrutura do curso Terapia Ocupacional** [Internet]. [cited 2016 Aug 9]. Available from:  
[https://www.ufpe.br/ccs/index.php?option=com\\_content&view=article&id=305&Itemid=379](https://www.ufpe.br/ccs/index.php?option=com_content&view=article&id=305&Itemid=379)
6. Brasil, Ministério da Saúde. **Monitoramento dos Casos de Microcefalia no Brasil.** Inf Epidemiológico N° 57 – Sem Epidemiológica 52/2016 (25 a 31/12/2016). 2016;57:Ministério da Saúde.
7. Henriques CMP; Duarte E; Garcia LP. **Desafios para o enfrentamento da epidemia de microcefalia.** Epidemiol Serviço e Saúde. 2016;25(1):7–10.
8. Brasil, Ministério da Saúde. **Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de**

- microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC).** Ministério da Saúde. 2015;18, 24.
9. Miranda-Filho DB; Martelli CMT; Ximenes RAA; Araújo TVB; Rocha MAW; Ramos RCF; et al. **Initial description of the presumed congenital Zika syndrome.** Am J Public Health. 2016;106(4):598–600.
10. Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes de Estimulação Precoce Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia.** Secr Atenção à Saúde. 2016;123.
11. Schuler-Faccini L; Ribeiro EM; Feitosa IML; Horovitz DDG; Cavalcanti DP; Pessoa A, et al. **Possível associação entre a infecção pelo vírus zika e a microcefalia.** Brasil, 2015. Weekly. 2016;65(3):59–62.
12. Pinto e Sá LMS. **Intervenção Precoce e Microcefalia Estratégias de Intervenção Eficazes.** [Dissetação]. Lisboa: Esc Super Educ João Deus; 2013;
13. Rafaini PG da C; Pacciulio AM; Panúncio-Pinto MP; Pfeifer LI. **Estimulación Temprana en Enfermería Pediátrica: El Papel Ocupacional.** TOG (A Coruña) [Internet]. 2012;9:1–11. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5091796>
14. Fontes CMB; Mondini CC da SD; Moraes MCAF; Bacheга MI; Maximino NP. **Utilização de brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada.** Rev Bras Educ Espec. 2010;16(1):95–106.
15. Giardinetto ARS; Martini EC; Cruz JÁ; Moni LO; Ruiz LM; Rodrigues P; Pererira T. **A importância da atuação da Terapia Ocupacional com a população infantil hospitalizada: A visão de profissionais da área da saúde.** Cad Ter Ocup da UFSCar [Internet]. 2009;17(1):63–9. Available from: <http://www.cadernosdeto.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/119>
16. Giacchini V; Tonial A; Mota HB. **Aspectos de linguagem e motricidade oral observados em crianças atendidas em um setor de estimulação precoce.** Distúrb comum. 2013;25(2):253–65.
17. Martinez C; Joaquim R; Oliveira E; Santos I. **Suporte informacional como elemento para orientação de pais de pré-termo: um guia para o serviço de acompanhamento do desenvolvimento no primeiro ano de vida.** Rev Bras Fisioter. 2007;11(1):73–81.
18. Franceschi DZ; Peruzzolo DL. **A intervenção em estimulação precoce com ênfase na**

- relação mãe/bebê- Estudo de caso.** PERSPECTIVA. 2010;35(129):113–20.
19. Nobre MIRS; Gardon Gagliardo HGR. **Intervenção Precoce na Criança com Baixa Visão.** Rev Neurociências. 2001;9(1):16–9.
20. Araújo AE; Galvão C. **Desordens Neuromotora.** In: Cavalcanti A, Galvão C, editors. Terapia Ocupacional: Fundamentação e prática. Guanabara. Rio de Janeiro; 2007.
21. Levit K. **Otimizando o comportamento motor com o uso do conceito Bobath.** In: Radomsky MV; Latham CT; (orgs.). Terapia Ocupacional para disfunções físicas. São Paulo. Santos; 2013.
22. Domingues ACG; Martinez CMS. **Hospitalização infantil: buscando identificar e caracterizar experiências de terapia ocupacional com crianças internadas.** Cadernos de Terapia Ocupacional. Cad Ter Ocup UFSCar. 2001;
23. Zerbinato L; Makita LM; Zerloti P. **Paralisia Cerebral.** In: Teixeira E, Sauron FN, Santos LSB, Oliveira MC, editors. Terapia Ocupacional na reabilitação física. Roca. São Paulo; 2003. p. 503–34.
24. Holanda ICLC. **Ações educativas na estimulação precoce análise do desempenho das mães no cuidado diário com os filhos.** Diss – Univ Fortaleza. 2004;
25. González AD; Almeida MJ. **Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais.** Cien Saude Colet. 2010;15(3):757–62.

---

**Contribuição das autoras:** Jamine Cunha dos Reis e Patrícia da Silva Santos foram responsáveis pela concepção e redação do texto. E Mayara Francelle Oliveira Barata e Ilka Veras Falcão participaram da concepção e realizaram a discussão e revisão do texto final. Não há conflito de interesses.

Submetido em: 21/09/2017

Aceito em: 11/12/2017

Publicado em: 31/01/2018