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

**Resumo**

**Introdução:** Devido o surto da arbovirose Zika, em 2015/2016, nasceram no Recife/PE muitos 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 microcefalia pelo Zika Vírus, durante estágio curricular de Terapia Ocupacional. **Método:** Relato de estágio curricular de Terapia Ocupacional utilizando os registros clínicos, de supervisão de estágio pela orientadora e docente, durante cinco meses, na enfermaria e ambulatório de Doenças infectocontagiosas de um hospital escola do Recife, referência para a Síndrome Congênita do Zika Vírus. **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 as 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 as 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*.*

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

**Abstract**

**Introduction:** Due to the outbreak of Zikaarbovirose, in 2015/2016, many babies were born with microcephaly in Recife/PE, resulting in atypical development. Because of the gravity of this new situation for public health, a rapid response was required, which included research, training and structuring the health network. Thus, occupational therapists were incorporated into the teams for infant stimulation and rehabilitation, and for producing knowledge in the area. **Objective:** To describe the experience of caring for infants with microcephaly by Zika Virus, during the curricular internship of occupational therapy. **Method:** This was a report 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 infants were able to acquire motor, sensory, communication, cognitive and social skills. Guidelines for the families, making adaptations, facilitating play 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 infants with microcephaly, preparing us as future professionals for the demands of today and for the production of knowledge.

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

**Abordaje de la Terapia Ocupacional a Bebes con Microcefalia: Una Experiencia en la Practica Curricular**

**Resumen**

**Introducción:** Debido al brote de Zika arbovirose, en 2015/2016 nacieron muchos 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 niños, y para producir conocimiento en el área. **Objetivo**: Describir la experiencia del cuidado de bebes 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 trataron 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 practica 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.

**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 definir os parâmetros da graduação em saúde, mostrando sintonia entre a formação e a assistência, entre os reais problemas, os serviços e a produção de conhecimentos1.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do Curso de Graduação para a formação de terapeutas ocupacionaisdeterminamque a formação seja generalista, humanística, interdisciplinar, orientada por competências e habilidades, com tomada de decisões e que haja equilíbrio entre carga horária teórica e prática. Recomenda ainda que as experiências práticas sejam inseridas desde os períodos iniciais, em todos os níveis de complexidade dos serviços de saúde, contemplando uma aprendizagem técnica, ética e com relevância social. É previsto e obrigatório o estágio supervisionado e a elaboração de trabalho de conclusão de curso2.

O estágio obrigatório correlaciona a teoria e prática, sendo um campo de reflexão, aplicação e aprimoramento da aprendizagem em sala de aula e de experiênciasdas performances e manejos com o paciente, a família e a equipe em variados contextos de cuidado3. 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 orientaçãodocente, supervisão em serviço de um terapeuta ocupacional e vivenciadinâmica dos serviços e do trabalho da equipe2, 4.

No Curso de Terapia Ocupacional de uma universidade pública) o estágio supervisionado ocorre no último ano, em serviços conveniados e escolhidos pelo estudante, a partir de listagem atualizada semestralmente pela Coordenação de Estágio. A formalização documental implica no termo de compromisso, seguro obrigatório e plano de estágio consolidado pelo estudante e profissional do serviço, antes do iníciodas atividades. A orientação docente é realizada com visitas regulares para discussão das situações de aprendizagem com a participação do terapeuta ocupacional que supervisiona o estágio5.

O presente relato refere-se a um estágio em contexto hospitalar, em enfermaria e ambulatório de Doenças Infectocontagiosas e parasitárias, em serviço de referência para crianças com microcefalia, associada à infecção pelo Zika vírus, sendo um campo recentemente incorporado às opções de estágio do Curso. Esse campo de estágio surgiua partir da epidemia registrada no Nordeste e em Pernambuco em 2015 e 20166, 7. A microcefalia é o sinal evidente da Síndrome Congênita do Zika Vírus, que abrange sinais e sintomas que comprometem o desenvolvimento cerebral e a adequada função do sistema nervoso central dos recém nascidos8. As consequências da infecção pelo Zika 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 o surto de microcefalia, implicando na readequação da formação, do modo de produzir conhecimento e cuidados 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 compreendido9.O que ficou evidente desde o inicioé que essas crianças precisam de cuidados especializados, para avaliar o comprometimento e 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 Síndrome Congênita pelo ZikaVírus é prioridade coordenada pelo Ministério da Saúde e instituições de ensino-pesquisa em apoio aos serviços8. A formação e atualização profissional e a educação permanente sãometas 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 com microcefalia pelo Zika Vírus, durante estágio curricular de Terapia Ocupacional.

# MÉTODO

Consiste em um relato de caso para o ensino, oriundo da proposta de estágio curricular de um curso de Terapia Ocupacional. O estágio foi realizado por duas acadêmicas, nos serviços de Doenças Infectocontagiosas e parasitárias de um hospital escola, referência para a Síndrome Congênita do Zika Vírus no Recife/Pernambuco. A carga horária é de 420 horas,em turnos de 6 horas/dia,no período entre Fevereiro a Junho de 2016. As intervenções em contexto hospitalar se dirigem aos bebês com microcefalia pelo Zika Vírus internados para o tratamento dedoenças infectocontagiosas ou encaminhados por pediatras à Terapia Ocupacional para atendimento ambulatorial, sendo o acompanhamento extensivo as famílias.

A coleta de dados se deu em fontes secundárias de dados, no plano de estágio, nos registros e observação participante das estagiárias na assistência direta da Terapia Ocupacional, nas reuniões de equipe e na discussão de casos com a terapeuta ocupacional supervisora e/ou docente orientadora do estágio. As atividades foram descritas em diário de campo das estagiárias, além dos registros nosprontuários das crianças hospitalizadas ou em **“**Fichas de evolução ambulatorial” para as que eram acompanhadas pela Terapia Ocupacional nesse âmbito.

**A MICROCEFALIA COMO PROBLEMA EMERGENTE DE SAÚDE E PARA A EQUIPE DE REABILITAÇÃO**

A microcefalia é uma malformação que atinge o sistema nervoso central, com diminuição do perímetro cefálico e consequente atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) do bebê. O diagnóstico pode ser feito intra útero ou após o nascimento6.

Segundo parâmetros da Organização Mundial de Saúde adotados no Brasil8, 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 alteraçõesimportantes9, 10, 11.

De acordo com o Protocolo de Atenção à Saúde em resposta à ocorrência de Microcefalia relacionada à Infecção pelo Zika8 a criança necessita ser encaminhada para serviços de referência paraestimulação precoce e acompanhamentode 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 crianças10 (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 cuidadoà criança12. Conforme Rafaini*et al.*13, 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, aatenção vai além do acometimento da microcefalia e da doença que motivou o internamento, focando nas consequências da hospitalização e da privação de estímulos, para prevenir que se agravem os prejuízos ao desenvolvimento dessas crianças.

Também é sabido que durante a hospitalização a criança está mais fragilizada devido às condições fisiológicas e clínicas, por está afastada das suas atividades cotidianas, tal como o brincar,podendo sofrerperdas em suas aquisições13, 14.

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 domiciliar15(p. 65).

Nesse contexto o terapeuta ocupacional e equipe interdisciplinar atuampara favorecer as habilidades funcionais, beneficiando-se daplasticidade neuronal e da reorganização cortical, promovido por estímulos cognitivos, motores e sensoriais, para que ocorra o adequado desenvolvimento infantil16.

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

O estágio aconteceu em um dos hospitais públicos dereferência para atendimentos às crianças com microcefalia em Pernambuco. A equipe conta com médicos, residentesem pediatria, enfermeiros, técnicos de enfermagem, terapeuta ocupacional, psicólogo, fonoaudiólogo e nutricionista. Um serviçoambulatorial foi implantado como resposta e continuidade do cuidado as crianças com microcefalia. Na implantação, a articulação da rede 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.

O estágio curricular acontece com orientação permanente da supervisora terapeuta ocupacional do hospital, e com a orientação presencial e a distância de docente do Curso de graduação. O estágio se desenvolve 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 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, com nível socioeconômico baixo. Em sua maioria as crianças estão acompanhadas pela mãe durante a hospitalização e nos atendimentos ambulatoriais.

Todas as crianças com microcefalia hospitalizadas nesse período foram atendidas pela terapeuta ocupacional. Em torno de 40% (9) não estavam acompanhadas em outros serviços de reabilitação. Na enfermaria a assistência de 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 domicilio e encaminhamento para serviços deestimulação do DNPM.

Outra possibilidade de assistência pela Terapia Ocupacionalé o atendimento ambulatorial criado para as crianças com microcefalia. Em ambos os serviços, cada sessão tem em média30 minutos, destinados as avaliações, estimulação e orientações de rotina para o domicílio.

Inicialmente são colhidosdados sociais e familiares;dificuldades no cuidado a criança; relação mãe-bebê; acompanhamentos e terapiasem andamento. Em seguida,na avaliação são observadas: postura e padrões, aquisições do DNPM, simetria, mudanças posturais, contato visual, reações auditivas, padrão de reflexos, força, tônus, motricidade, paresia de membros, interesse por pessoas ou brinquedos, entre outras atividades 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 ou em outro serviço.

Observamos que a maioria das crianças avaliadas, em relação ao aspecto motortem controle cervical precário, espasticidade de tronco e/ou membros, mesmoas que têmtônus 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 socialobservamos sercomum 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.

No Quadro1apresentamos os principais objetivos das intervenções terapêuticas ocupacionais realizadas e a orientação a 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 acontinuidade da estimulação à criança em outros momentos.

**Quadro1**: 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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Objetivo** | **Detalhamento dos objetivos** | **Estratégia** |
| Favorecera adequação do controle cervical e detronco. | Alongar e fortalecer a musculatura do pescoço e tronco ativamente e passivamente; Estimular o sistema vestibular, proprioceptivo e o tato profundo; Favorecer reações de retificação e alinhamento do pescoçoe tronco. | Manuseio em superfícies estáveis einstáveis[[1]](#footnote-2); incentivar a posturaem decúbito ventral e sentada com apoio, ou não, de adaptações; manobras para alinhamento do pescoço e tronco |
| Favorecer o desenvolvimento da cintura escapular e cintura pélvica | Dissociar, alongar e fortalecer a cintura escapular e cintura pélvica ativamente e passivamente; Estimular 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 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 membroscom variação postural; Manuseio em superfícies estáveis e instáveis¹; Confecção de órtese abdutora para mão usando faixas de gaze; alcance e exploração de brinquedos |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Objetivo** | **Detalhamento dos objetivos** | **Estratégia** |
| Favorecer a integração do Sistema sensorial | Estimular sistema visual (coordenação mão-boca, olho-mão e olho-objeto, sensibilidade ao contraste, reação a luz, fixação, seguimento, acuidade e motilidade visual); Estimular sistema auditivo (detectar, reconhecer e responder aos sons); Estimular 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 cantigas 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 terceiros, estimular sistema tátil e visual | Uso de conversa, cantigas, brincadeirase brinquedos interativos; segurar a criança em postura que possibilite a percepção do meio; Orientação familiar para estimulação no domicilio de objetivos trabalhados na sessão. |

Outra atividade incluída posteriormente no plano de estágio surgiu de uma supervisão conjunta, onde foi discutida anecessidade contínuade estimulação aos bebês e a precariedade de recursos das famílias. A partir disso, foi desenvolvidoum projeto de extensão, para realização de uma gincana com os demais estudantes do Curso de Terapia Ocupacional, para arrecadação de kits de estimulaçãoe doação às famílias. As equipes inscritas 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 na microcefalia pelo Zika Vírus, expandindo para outros estudantes os conhecimentos emtemática emergente.

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

# DISCUSSÃO

Observamos que as alterações descritas na literatura9, 12com 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 diferença positivas entre os bebês que são acompanhados regulare precocemente para os que ainda nãoiniciaram as terapias. As crianças em terapia regular usufruem e participam melhor das sessões terapêuticas, talvez por estarem adaptadasao manuseio,pela habituação ao toque (estímulos) além de apresentaremmenos contraturas e dor no alongamento e mobilização. As crianças em atendimento pela primeira vez ou que compareciam apenas as consultas mensais, tinhammenor participação, choro, irritação e expressões de desconforto durante o atendimento da Terapia Ocupacional.

Acredita-se que a reabilitação para crianças com Síndrome do Zika Vírus 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 vida8, 13.

A recomendação daestimulação precoce é pela plasticidade cerebral maior no primeiro ano de vida, devidaàsconexões adequadas dos neurônios em formação. Nessa fase a estimulação poderá prevenir sequelas antes que a deficiência seja instalada17.

De acordo com Franceschi e Peruzzolo18o desenvolvimento infantil é influenciado por fatores neuronais; emocionais; culturais, pois cada região tem suas características de incentivo ao bebê; formas de educação; condições socioeconômicas; fatores motores, psicológicos e expectativas dos pais. Então, a criança com atraso no desenvolvimento, necessita muito além dos estímulos oferecidos pelas terapias, mas também que o contexto 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 com a Síndrome do Zika Vírus. Assim, o acompanhamento, desde o nascimento é fundamental, possibilitando prognósticos mais favoráveis ao desenvolvimento infantil8, 19.

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 crianças8. O terapeuta ocupacional poderá favorecer o melhor desempenho da criança nas atividades de vida diária e do brincar, consideradas áreas significativas para o DNPM20.

A estimulação precoce de bebês com microcefalia promove o desenvolvimento dos sistemas motores, sensoriais, linguístico, cognitivo, emocional e social8. 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 normais21. Assim, verificamos que a educação permanente e qualificação profissional é uma necessidade para além da oferta da graduação.

O uso de recursos lúdicos e orientação familiar estiveram presentes em todos os atendimentos terapêuticos ocupacionais. Acreditamos que a inclusão desses, facilita o trabalho do profissional e da família efavorece o desenvolvimento infantil. Para Domingues e Martinez22a atuação da Terapia Ocupacional no contexto hospitalar 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 é a participação familiar no cuidado a criança, salvo em condições excepcionais.

Assim, a ludicidade vai além de estratégia de intervenção, pois é típica da infância e essencial para o bem estar. Pormeio 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 deajudá-la a lidar com toda essa experiência e domínio da realidade8, 14, 23.

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 meio23.

O brincar propicia a percepção do próprio corpo, conhecer e experienciar sensações, explorar o ambiente para alcançardesenvolvimento, independente das limitações18. Segundo esses autores 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 e potencialidades do bebê e vivenciadas pelas famíliasparaa estimulação no domicilio.

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. Holanda24considera importante a inserção das famílias como agentes ativos para o desenvolvimento das crianças sem estimulação precoce. A autora revela ainda a que 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 papeis como o afastamento do trabalho remunerado. Estudos referem que esse comportamento maternopode 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 requer19. 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 criançacom seus pais e o mundo que a circunda18.

Conforme o estudo de Giardinetto *et al*.15, 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 solicitavamatendimento para casos da enfermariaereconheciam 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*9a criança com Síndrome do Zika Vírus poderá apresentar retardo mental e deficiências motoras, sendo necessário preocupar-se também com a inclusão escolar e comunitária, além de estratégias de estruturação familiar. Estas crianças precisarão desde a primeira infância de atendimento multiprofissional e do terapeuta ocupacional para a estruturação de suas rotinas.

Embora haja esforços para uma melhor formação e integração ensino-serviço-assistência, lacunas nesse processofaz com que futuros profissionais acumulem dificuldades para enfrentar problemas emergentes de saúde pública, como é o caso da recente epidemia de microcefalia. Tais dificuldades ocorrem, porque as instituições de ensino não têm a mesma velocidade de resposta às demandas, mostrando descompasso entre seus currículos, metodologias e programas e as necessidades de saúde atuais. Já as políticas e redes de saúdeenfrentam descompassos entre a alocação de recursos materiais e humanos, as expectativase prioridades do que é planejado e executado4, 25.

Avaliamos que as dificuldades nesse estágio não são muito diferentes das vivenciadas em outros campos. A bagagem da formaçãoe o aporte de conhecimentos nesse cenário permitiram compreender os desafios diante dessa epidemia. As alternativas efetivadas cotidianamente no cuidado a essas crianças também nos fez vislumbrar outros horizontes como a pesquisa e a intersetorialidade como partes da solução à problemática.

**CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O estágio ofereceu experiências positivas e o reconhecimento das contribuições da Terapia Ocupacional na estimulaçãoas crianças com microcefalia,capacitando-nos para o atendimento e a produção de conhecimentos. O surto de nascimentos de crianças com microcefalia declinou fortemente, mas não é uma situação vencida. As políticas, profissionais e instituições de saúde e de educação precisam se estruturar para a continuidade do cuidado as crianças e suas mães.

A experiência atingiu as nossas expectativas e o que é previsto para esse momento na formação como futuras terapeutas ocupacionais. O manejo, as orientações, facilitação deestudos orientados pela supervisora de estágio e a docente, confirmaram o potencial do serviço como cenário de ensino-aprendizagem e aquisição de habilidades e atitudesque repercutirão na atuação profissional.

**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. Bousso 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/eLvHCXMwY2BQME5KBdYCpokmyUYGwNaFYVKScaKpWbKZUVKyoUEK-GT9KA-LcG-LsECLcKTS3E2IgSk1T5RBzs01xNlDF1IhxBdATl0ANlWNjc2BjWNDMQbeRNDq77wS8C6xFHEG1jRgVKWKg4pPcaBR4gwcEZZGQX4RlgEQrhCMq1cM3sqkV1giDiytwTGta6hnCgD7cyv-%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

6. Brasil, Saúde M da. **Monitoramento dos Casos de Microcefalia no Brasil**. Inf Epidemiológico No 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 D de B, Martelli CMT, Ximenes RA de A, 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 M da S. **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, Bachega 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 JA, 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 M V, Latham CT, editor. 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. Gonzaléz AD, Almeida MJ. **Integralidade da saúde – norteando mudanças na graduação dos novos profissionais**. Cien Saude Colet. 2010;15(3):757–62.

1. As superfícies instáveis usadas são o colo do facilitador ou mãe, o rolo, a bola suíça. [↑](#footnote-ref-2)