

# Terapia Ocupacional na Infância:

procedimentos na  
prática clínica



Organização:  
**Luzia Iara Pfeifer**  
**Maria Madalena Moraes Sant'Anna**



  
MEMNON

# Terapia Ocupacional na Infância: procedimentos na prática clínica

Organização:

Luzia Iara Pfeifer

Maria Madalena Moraes Sant'Anna

  
**MEMNON**  
São Paulo, 2020

© Memnon Edições Científicas Ltda., 2020.

ISBN 978-85-7954-161-2

Supervisão editorial: Silvana Santos

Projeto gráfico: Catarina Ricci

Ilustrações de capa: Sophia Pfeifer Moreira

Revisão gráfica: Silvia Cristina Rosas

Todos os direitos de publicação reservados por



(11) 5575-8444  
www.memnon.com.br

Proibida a reprodução deste material, total ou parcialmente, por quaisquer meios reprográficos e/ou eletrônicos, e para quaisquer fins, sem a prévia autorização expressa dos editores e detentores dos direitos autorais e editoriais.

Esta editora é membro associado da



**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**  
**(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Terapia ocupacional na infância : procedimentos na prática clínica / organização Luzia Iara Pfeifer, Maria Madalena Moraes Sant'Anna. -- São Paulo : Memnon, 2020.

Vários autores

Bibliografia

ISBN 978-85-7954-161-2

1. Crianças - Cuidado e tratamento 2. Crianças - Desenvolvimento 3. Terapia cognitiva para crianças 4. Terapia ocupacional 5. Terapia ocupacional - Estudos de casos I. Pfeifer, Luzia Iara. II. Sant'Anna, Maria Madalena Moraes

19-28270

CDD-615.8515

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Crianças : Terapia ocupacional : Ciências médicas 615.8515

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

# Sumário

---

Prefácio .....	7
<i>Maria Luiza Guillaumon Emmel</i>	
Apresentação .....	8
<i>Luzia Iara Pfeifer e Maria Madalena Moraes Sant'Anna</i>	
<b>SEÇÃO I. INSTRUMENTALIZANDO O TERAPEUTA OCUPACIONAL PARA ATUAR COM CRIANÇAS</b>	
<b>Capítulo 1</b>	
Raciocínio clínico da terapia ocupacional nos processos de intervenção junto à criança .....	10
<i>Luzia Iara Pfeifer</i>	
<b>Capítulo 2</b>	
Processos de avaliação de terapia ocupacional na infância .....	25
<i>Marisa Cotta Mancini; Luzia Iara Pfeifer, Marina De Brito Brandão</i>	
<b>Capítulo 2.1</b>	
Definindo os objetivos de terapia ocupacional a partir da Medida Canadense de desempenho ocupacional .....	41
<i>Ana Amélia Cardoso</i>	
<b>Capítulo 2.2</b>	
Definindo os objetivos de terapia ocupacional a partir do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade - Testagem Computadorizada Adaptativa (PEDI-CAT) .....	51
<i>Solange Nogueira, Maíra Ferreira do Amaral</i>	
<b>Capítulo 2.3</b>	
Definindo os objetivos de Terapia Ocupacional a partir da avaliação cognitiva dinâmica de terapia ocupacional para crianças - bateria DOTCA-Ch .....	71
<i>Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo, Gabriela Souza dos Santos Demarchi, Noomi Katz, Marcia Maria Pires Camargo Novelli</i>	

<b>Capítulo 2.4</b> Definindo os objetivos de terapia ocupacional a partir da escala lúdica pré-escolar de Knox - revisada .....	82
<i>Amanda Motta Pacciulio Sposito, Luzia Iara Pfeifer</i>	
<b>Capítulo 2.5</b> Definindo os objetivos de terapia ocupacional a partir do Teste de Triagem do Desenvolvimento - Denver II .....	100
<i>Nádia Lombardi Maximino Siqueira, Luzia Iara Pfeifer</i>	
<b>Capítulo 3</b> Referenciais teóricos práticos da terapia ocupacional na atenção à infância .....	111
<i>Daniel Marinho Cezar da Cruz, Luzia Iara Pfeifer, Maria Madalena Moraes Sant'Anna</i>	
<b>Capítulo 4</b> Construindo e compartilhando um lugar - espaço para estar, ser e fazer: <i>setting</i> nas ações de terapia ocupacional .....	122
<i>Marisa Takatori, Solange Tedesco</i>	
<b>SEÇÃO II. INTERVENÇÕES DE TERAPIA OCUPACIONAL NA INFÂNCIA: RELATOS DE CASOS</b>	
<b>Capítulo 5</b> Intervenção de terapia ocupacional em unidades de internação neonatais: abordagem inte- grativa .....	134
<i>Catia Mari Matsuo, Sandra Maria Galheigo</i>	
<b>Capítulo 6</b> Intervenção de terapia ocupacional no primeiro ano de vida .....	156
<i>Miriam Queiroz de Faria Guerra, Renata Valdívila Lucisano, Patrícia Carla de Souza Della Barba, Maria Madalena Moraes Sant'Anna, Luzia Iara Pfeifer</i>	
<b>Capítulo 7</b> Intervenção de terapia ocupacional centrada na família .....	172
<i>Patricia Carla de Souza Della Barba</i>	
<b>Capítulo 8</b> Intervenção de terapia ocupacional em oncologia pediátrica .....	190
<i>Amanda Mota Pacciulio Sposito, Luara Sandrin Engracia Garcia</i>	
<b>Capítulo 9</b> Intervenção de terapia ocupacional em saúde mental com crianças em sofrimento psíquico: reflexões a partir do referencial teórico psicodinâmico .....	202
<i>Valquiria Ferreira Josué</i>	

<b>Capítulo 10</b>		
Intervenção de terapia ocupacional junto a crianças com transtorno do processamento sensorial .....		220
<i>Lucieny Almohalha</i>		
<b>Capítulo 11</b>		
Intervenção de terapia ocupacional e crianças com Transtorno do Espectro do Autismo: a abordagem da integração sensorial e os desafios da participação .....		232
<i>Daniela Baleroni Rodrigues Silva, Francielly Caroline Silva e Costa</i>		
<b>Capítulo 12</b>		
Intervenção de terapia ocupacional junto a crianças com deficiência visual .....		247
<i>Giovana Martini, Letícia Akemi de Araújo Sabino, Marcela Aparecida dos Santos, Maria Emília Pires Briant, Maria Madalena Moraes Sant'Anna, Luzia Iara Pfeifer</i>		
<b>Capítulo 13</b>		
Intervenção de terapia ocupacional no contexto escolar .....		265
<i>Débora Ribeiro da Silva Campos Folha, Carolina Cangemi Gregorutti, Paola Matiko Martins Okuda, Maria Madalena Moraes Sant'Anna</i>		
<b>Capítulo 14</b>		
Intervenção de terapia ocupacional na infância utilizando a comunicação suplementar e/ou alternativa .....		283
<i>Miryam Bonadiu Pelosi, Aila Narene Dahwache Criado Rocha, Renata Cristina Bertolozzi Varela</i>		
<b>Capítulo 15</b>		
Intervenção de terapia ocupacional utilizando o Conceito Neuroevolutivo – Bobath .....		298
<i>Lina Silva Borges Santos, Maria Madalena Moraes Sant'Anna, Mariana Ribeiro Marques Ferreira, Letícia de Oliveira Alves Cardoso, Luzia Iara Pfeifer</i>		
<b>Capítulo 16</b>		
Intervenção de terapia ocupacional utilizando terapias de alta intensidade para promoção da função manual de crianças com paralisia cerebral .....		314
<i>Marina de Brito Brandão, Rachel Helena Silva Oliveira, Marisa Cotta Mancini</i>		
<b>Capítulo 17</b>		
Intervenção de terapia ocupacional na abordagem de orientação cognitiva para o desempenho ocupacional diário – Co-OP .....		324
<i>Lívia C. Magalhães, Clarice Ribeiro S. Araújo</i>		
<b>Capítulo 18</b>		
Intervenção de terapia ocupacional com uso da reabilitação virtual .....		342
<i>Ana Carolina Rodrigues da Silva</i>		
<b>Capítulo 19</b>		
Policloreto de vinilo – PVC: alternativa para construção de mobiliários de baixo custo para crianças com disfunção motora .....		357
<i>Grace Claudia Gasparini, Sandra Regina Barnabé Ramalho Zoratti</i>		

**Capítulo 20**  
Intervenção de terapia ocupacional na atenção a criança com deficiência intelectual: ações e resultados ..... 369  
*Maria Madalena Moraes Sant'Anna*

**Capítulo 21**  
Modelo lúdico: intervenção de terapia ocupacional para o brincar de crianças com deficiência ..... 378  
*Maria Madalena Moraes Sant'Anna, Francine Ferland*

**Capítulo 22**  
Terapia *Learn to Play*: desenvolvendo habilidades para o brincar de faz de conta ..... 400  
*Luzia Iara Pfeifer, Karen Stagnitti*

Sobre os Autores ..... 421

Chega às nossas mãos um livro robusto que promete enriquecer as reflexões para a prática dos terapeutas ocupacionais que atuam com crianças e adolescentes.

Organizado por duas terapeutas ocupacionais com experiências importantes na área, a publicação traz textos cuidadosamente elaborados por uma equipe de profissionais altamente capacitados, com um conjunto de capítulos esclarecedores técnica e cientificamente sobre a atuação do terapeuta ocupacional com a população infantojuvenil que apresenta lacunas no seu desempenho ocupacional.

As contribuições desse seleto time de profissionais abordam a terapia ocupacional em diferentes especialidades, enfocando aspectos clínicos, educacionais, sociais e familiares.

Calcado nos conceitos de atividade e ocupação humana, o texto está organizado em duas seções, que chamam a atenção do leitor para diferentes tópicos que envolvem a atuação do terapeuta ocupacional.

Já na primeira parte da Seção 1, a autora aborda o raciocínio clínico e faz uma breve apresentação dos métodos de intervenção abordados neste livro. Na sequência, os conteúdos dos capítulos dessa seção instrumentalizam o terapeuta ocupacional para atuar com crianças e adolescentes dentro dos mais atuais modelos, enfocando todos os aspectos implícitos na coleta de informações até o detalhamento de vários métodos de avaliação, a partir da análise do desempenho ocupacional.

Os objetivos do tratamento são tratados a partir da exposição detalhada de instrumentos, como a COPM, PEDI-CAT, DOTCA-Ch, ELPKr e Denver II.

A Seção 1 é finalizada com uma potente abordagem sobre o *setting*.

A Seção II explora as abordagens de intervenção e relata estudos sobre as práticas a partir da

abordagem centrada na família (PCF), intervenção no primeiro ano de vida, intervenção oncológica, saúde mental, integração sensorial e transtorno do espectro do autismo, comunicação alternativa, terapias de alta intensidade, abordagem de orientação cognitiva para o desempenho ocupacional diário, modelo lúdico nas intervenções em terapia ocupacional e deficiência intelectual. Não menos instigante é o texto sobre a terapia de reabilitação virtual, que vem ganhando espaço e significado nos dias atuais.

Um tópico que une todos esses conteúdos faz uma imersão no desenvolvimento do Brincar e na terapia *Learn to Play*.

Todo o livro é ilustrado com casos clínicos que ajudam a apreensão de seu conteúdo e geram reflexões adicionais sobre a atuação do terapeuta ocupacional com crianças e adolescentes.

Esta publicação reflete o desenvolvimento e o progresso da profissão, que vem ampliando suas competências e sua abrangência no cenário das profissões que atuam com o cuidado de crianças e de adolescentes, constituindo-se em excelente oportunidade para todos os terapeutas ocupacionais e alunos de terapia ocupacional que desejam se atualizar e ganhar profundidade em conhecimentos específicos desse campo.

Para finalizar, vale ressaltar que este livro preenche uma lacuna importante no cenário brasileiro: de livros de referência em Língua portuguesa para terapeutas ocupacionais.

Maria Luísa Guillaumon Emmel

Terapeuta Ocupacional  
Professora Sênior do Programa de  
Pós-Graduação em  
Terapia Ocupacional da UFSCar

# Apresentação

---

Após longos anos na formação de graduandos em Terapia Ocupacional na Universidade do Estado do Pará – UEPA e na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – FMRP-USP<sup>1</sup> e de pós-graduandos no curso de Especialização em Terapia Ocupacional – Uma visão dinâmica em neurologia<sup>2</sup>, temos percebido a dificuldade dos estudantes e de alguns profissionais recém-graduados em compreender o processo de intervenção de terapia ocupacional junto a crianças que apresentam lacunas no desempenho de suas ocupações.

Assim, nos nossos encontros durante os módulos ministrados nos cursos de especialização, fomos tecendo nossos desejos, ideias e sonhos de elaborar um livro que trouxesse informações necessárias para o desenvolvimento do raciocínio clínico na prática de terapia ocupacional na clínica infantil, com referencial teórico atualizado e práticas baseadas em evidências.

Desse modo, resolvemos organizar um livro apresentando casos clínicos que descrevem o processo de intervenção de terapia ocupacional (avaliação de desempenho, objetivo de terapia ocupacional, procedimentos terapêuticos e desfecho) baseado em evidências clínicas.

Para tal, escolhemos profissionais de terapia ocupacional que apresentam expertise na área de infância e que, além de conhecimento teórico, tenham também grande experiência na prática clínica.

É evidente que, com a simples reprodução desses procedimentos e condutas, não se alcançará êxito, visto que cada sujeito é único, com suas especificidades; além disso, um profissional necessita de capacitação contínua aprofundada e orientação adequada para êxito em suas intervenções. Entretanto, os fundamentos teóricos e os casos clínicos descritos se apresentam como norteadores de boas práticas clínicas.

Esperamos ter alcançado nossos objetivos e, assim, auxiliar os futuros leitores na compreensão do processo de intervenção de terapia ocupacional contribuindo com o desenvolvimento de habilidades de desempenho e engajamento ocupacional.

Gratidão,

Luziara e Madalena

<sup>1</sup> Luzia Iara Pfeifer atuou como docente na UEPA de 1989 a 2003 e na FMRP-USP de 2004 a 2019.

<sup>2</sup> Maria Madalena Moraes Sant'Anna (que coordena o curso desde 2000) ministra as disciplinas Modelo Lúdico; Inclusão Escolar; Instrumentos de Avaliação e Metodologia de Pesquisa, e Luzia Iara Pfeifer, a disciplina Procedimentos, Intervenções e Estratégias de Terapia Ocupacional para Populações com Problemáticas Neurológicas I: Avaliação do comportamento lúdico de crianças pré-escolares.

## capítulo 5

# Intervenção de terapia ocupacional em unidades de internação neonatais: abordagem integrativa

Catia Mari Matsuo, Sandra Maria Galheigo

*Quando se sonha sozinho, é apenas um sonho.  
Quando se sonha juntos, é o começo da realidade.*

(Cervantes)

O neonato com idade entre zero e 28 dias de vida, hospitalizado grave ou potencialmente grave, requer atendimento de alta complexidade em unidades neonatais de hospitais gerais ou maternidades. O oferecimento da atenção neonatal foi regulamentado pelo Ministério da Saúde que, com a finalidade de ampliar o acesso e qualificar a atenção integral e humanizada, definiu diretrizes, objetivos de intervenção e critérios de classificação e habilitação de leitos de unidades neonatais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (32, 30). Essas unidades podem ser organizadas como: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UTIN), dirigida a recém-nascidos graves ou com risco de morte, e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal (UCIN), também conhecida como Unidade Semi-Intensiva, destinada a neonatos de médio risco com demanda de assistência contínua de menor complexidade. A Unidade Semi-Intensiva tem duas tipologias: Unidade de Cuidados Intermediários Comum (UCINCo) e Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa).

Embora a alta densidade tecnológica assuma um papel importante na recuperação do neonato, “essa lógica de cuidado não se mostra suficiente para assegurar o atendimento às necessidades de saúde do recém-nascido, nas quais se incluem os aspectos emocionais e sociais” (47). A produção de cuidado em uma unidade de neonatologia, sob a perspectiva da atenção humanizada e integral, implica, portanto, no oferecimento de ações dirigidas a satisfazer as necessidades do bebê e de seus pais, em uma construção que depende da articulação entre o tipo, a intensidade e a complexidade dessas necessidades (52).

A internação neonatal pode ser de curto, médio ou longo prazo e envolver cuidados para além da garantia de sobrevivência do recém-nascido, como a diminuição do estresse neonatal, do estresse familiar e o favorecimento do vínculo entre mãe e bebê, interrompido pelo processo de hospitalização (80). Assim, a presença materna junto ao filho hospitalizado deve, antes de tudo, ser vista como um exercício de direitos (47). É importante destacar que a atenção

ao neonato acontece em meio a um conjunto de questões de ordem cultural e social, as quais podem complicar ainda mais as necessidades de cuidado. As intervenções também dependem da singularidade das respostas do recém-nascido ou de seus familiares ao processo de internação.

A equipe essencial das unidades neonatais, tal como definida pela Portaria 3.394/2013, é composta por médicos neonatologistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, fisioterapeutas e fonoaudiólogos. Os serviços de assistência social, psicológica, nutricional e farmacêutica, bem como das demais especialidades médicas, devem ser garantidos enquanto serviços à beira do leito prestados por recursos humanos do hospital ou por serviços terceirizados (32). A não inclusão do terapeuta ocupacional na referida portaria traz perdas significativas para sua inserção nas unidades de neonatologia e para a consolidação dos saberes e práticas da terapia ocupacional na área. Entretanto, mesmo não fazendo parte da equipe mínima ou da de apoio das unidades neonatais, o terapeuta ocupacional se encontra inserido em várias unidades neonatais no país, que reconhecem suas contribuições.

A revisão de literatura nacional evidencia que o terapeuta ocupacional pode atuar em UTIN (47, 70, 71), em UCINCo (63, 67, 74) e em UCINCa (41,

68). Sua atuação pode ocorrer junto ao neonato, à mãe, à família e cuidadores e na construção da rede de atenção à saúde (RAS), para a qualificação da intervenção durante a internação e no preparo para a alta. Terapeutas ocupacionais também realizam acompanhamento pós-alta em ambulatórios dos hospitais, em unidades básicas de saúde e em ambulatórios especializados.

A atuação do terapeuta ocupacional com o neonato hospitalizado em unidades neonatais, conforme a literatura, deve, de modo geral, objetivar a autorregulação e o desenvolvimento do bebê e a promoção da ambiência no espaço hospitalar. O desenvolvimento apropriado dos neonatos deve ser favorecido ainda durante a internação, com ações colaborativas do terapeuta ocupacional junto à equipe (86).

A literatura sobre a atuação com neonatos se apoia prioritariamente na Teoria Síncrono-Ativa do Desenvolvimento (TSAD) (1), que foi elaborada para a compreensão dos comportamentos dos bebês prematuros, a partir do funcionamento dos cinco subsistemas: autônomo (ou estabilidade fisiológica), motor, organização dos estados comportamentais, atenção e interação, e autorregulação, apresentados de modo sintético no Quadro 1 com base em Meyerhof (70, 71).

Quadro 1. Características dos subsistemas da TSAD.

Subsistema	Características observáveis no neonato
Autônomo	Respiração, mudanças de cor da pele e sinais viscerais (como movimentos peristálticos, regurgitações e soluços)
Motor	Postura, tônus muscular e movimentos
Organização de estados comportamentais	Variação dos estados de consciência ou comportamentais: sono profundo, sono leve, alerta, olhos abertos (ou choramingos) e choro
Atenção e interação	Capacidade de permanecer em estado de alerta para apreender e responder às informações cognitivas, sociais e emocionais do meio ambiente
Autorregulação	Estratégias que o bebê utiliza para manter integração equilibrada, relativamente estável e relaxada dos subsistemas

Fonte: Quadro elaborado a partir de Meyerhof (70, 71).

Em cada estágio do desenvolvimento humano, esses subsistemas se desenvolvem independentemente e, ao mesmo tempo, interagem continuamente uns com os outros e com o meio ambiente, em um processo de integração e regulação que ocorre ao longo da vida (1). No neonato, ocorre uma estreita relação entre o controle de seus estados de consciência e a sua capacidade de autorregulação. Os neonatos empregam sua energia para manter a homeostase e modificar seus comportamentos em resposta aos estímulos ambientais (71). A prontidão para a interação social acontece apenas quando o neonato atinge integração e controle razoável dos subsistemas. Meyerhof (70) descreve que, em resposta ao contato com o adulto, o bebê pode apresentar sinais de aproximação (contato visual, aproximação da mão ao rosto, emissão de sons, aconchego, estado alerta sem choro etc.) ou retração (caretas, bocejar, suspirar, regurgitar, esticar os dedos etc.). Entretanto, quando se exige muito esforço desse bebê para atingir o estado de alerta, sem respeitar o seu tempo, os demais subsistemas podem ficar sobrecarregados levando à instabilidade fisiológica (palidez, respiração irregular, bradicardia, soluços, por exemplo), ao aumento ou diminuição do tônus muscular ou à desorganização no próprio subsistema de estado (entrar em sono profundo ou iniciar choro) (1, 70, 71).

Terapeutas ocupacionais que utilizam a abordagem da TDAS recomendam que a intervenção envolva tanto a inibição quanto a estimulação do neonato, de modo que informações sensoriais graduadas possam ser oferecidas de acordo com o desenvolvimento adaptativo do neonato.

A organização síncrono-ativa do desenvolvimento estabelece uma aproximação da mãe e do terapeuta, de modo a identificar individualmente as oportunidades disponíveis do bebê, em busca de uma ótima diferenciação e ajustamento de cada subsistema, facilitando a reintegração dos mesmos de forma harmônica, sem sobrecarregar e sem exigir em demasia do neonato (70).

Desse modo, é essencial que a observação dos neonatos internados faça parte da rotina de trabalho do terapeuta ocupacional nas unidades neonatais, já que os procedimentos de cuidados cotidianos realizados são potencialmente desencadeadores de estresse e dor no neonato. Essa observação dos

bebês durante os diversos procedimentos (medicação, alimentação, troca de fraldas e banho, por exemplo) e em diferentes horários favorece que o profissional conheça e compreenda os sinais neurocomportamentais indicadores de dor ou estresse desses pacientes (71, 73). Esses sinais podem ser identificados pelas alterações comportamentais e hemodinâmicas, que têm repercussão no desenvolvimento neuropsicológico a curto, médio e longo prazo (42). Desse modo, adotar medidas não farmacológicas de alívio da dor e uma melhor organização da rotina de procedimentos favorece a minimização das situações estressantes e protegem o neonato das consequências danosas da permanência hospitalar (49, 70, 71).

Em posse dessas informações é possível oferecer estimulação sensorial adequada ao momento de cada neonato (6, 70, 71, 76). O oferecimento desses estímulos é essencial para o bom desenvolvimento do ser humano em áreas como o controle motor, a interação social e o desempenho cognitivo (61). Ao se diminuírem os fatores estressantes, possibilita-se aos neonatos desenvolver melhor sua autorregulação e, desse modo, adquirir as habilidades necessárias para que tenham bom desempenho ocupacional em médio e longo prazos (8).

Uma vez que o contexto hospitalar é permeado de estímulos ambientais excessivos (ruídos, movimentação e luminosidade) não adequados para um recém-nascido, é essencial se criar um ambiente favorável para seu desenvolvimento (12). Desse modo, o terapeuta ocupacional atua na ambiente hospitalar nas unidades neonatais, visando a criar uma atmosfera mais favorável à permanência desses bebês durante a internação (6, 70, 71, 76). Esse ambiente deve ser compreendido como o espaço vital do bebê em que ocorre sua adaptação ao mundo, que inclui a vivência de procedimentos inerentes ao processo de hospitalização, a construção de vínculos afetivos e familiares e suas trocas com os estímulos provenientes desse meio (67).

Outras intervenções junto ao neonato se referem ao seu posicionamento adequado no leito durante a internação hospitalar como fator de extrema importância para que possa desenvolver padrões de movimentos mais maduros, além de realizar a manutenção do tônus muscular adequado. É importante respeitar o desenvolvimento dos neonatos, prematuros e a termo, o que inclui observar as características particulares do padrão flexor de cada

neonato e proporcionar aproximação dos membros do bebê à linha média. Fazem parte dessa intervenção o uso de rolos, feitos com cueiros e cobertores, que sirvam de anteparo, o que favorece ao bebê a percepção do seu corpo durante o repouso e na movimentação no leito, seja na incubadora ou no berço (70).

Também faz parte da intervenção do terapeuta ocupacional a prescrição e a confecção de órteses para os bebês internados com a finalidade de se evitarem deformidades progressivas em crianças prematuras e recém-nascidas a termo. No entanto, fatores que limitariam a indicação do uso das órteses seriam: instabilidade clínica, limitações de tempo, falta de participação da família no programa terapêutico, complexidade do programa de tratamento e sua relação custo-benefício (7).

Terapeutas ocupacionais têm trabalhado com a equipe multiprofissional para o oferecimento do Método Canguru (13, 19, 29, 39, 50, 68). Esse método preconiza a mudança de atitude na abordagem ao recém-nascido de baixo peso com necessidade de hospitalização, ao promover o desenvolvimento neuropsicomotor extrauterino desse bebê fora da incubadora. Busca-se manter a temperatura corporal do bebê no contato pele a pele com a mãe ou outro familiar, além de favorecer o fortalecimento do vínculo afetivo e o incentivo ao aleitamento materno. O neonato é mantido na posição canguru (de frente com a mãe, o bebê fica com os membros superiores e inferiores semifletidos, cabeça lateralizada, com o tronco apoiado no tórax materno), sustentado por uma faixa amarrada ao redor do tórax da mãe por um período de, ao menos, duas horas (19, 29). A dupla mãe-bebê conta com o suporte da equipe, e o método pode ser realizado tanto em tempo parcial como com a mãe internada em período integral (19, 29).

O cuidado produzido pelo terapeuta ocupacional no contexto do Método Canguru ocorre junto ao bebê e à sua mãe em ações individualizadas, como orientações para os cuidados do bebê, nos manuseios para melhorar o estado de alerta do neonato para a mamada, posicionamento em seio materno e orientação de postura materna durante a amamentação, ou em ações grupais, como o grupo de atividades com as mães e seus bebês na posição canguru (13, 41, 50, 68).

A intervenção do terapeuta ocupacional na rotina hospitalar do neonato implica na inclusão dos pais como cuidadores imediatos dos bebês, quando

possível. A capacitação desses pais para realizar as atividades de vida diária de seus filhos durante a internação possibilita maior aptidão e segurança para a futura realização dos cuidados em domicílio (47, 52, 63, 64) e o fortalecimento do vínculo mãe-bebê (47, 48, 49, 59, 63, 64, 66). A atuação do terapeuta ocupacional se beneficia quando se conhecem melhor as expectativas maternas, o que vem a contribuir para um suporte profissional adequado às necessidades da mãe no que se refere ao cuidado de seu bebê. Como consequência, pode-se conseguir um maior engajamento materno nas co-ocupações, aqui entendidas como um tipo de cuidado que demanda a interação mãe-bebê com aprendizagem mútua e que resulta em autorreconhecimento positivo da mãe que o realiza (59).

O oferecimento de alojamento a mães, residentes em municípios distantes do hospital-maternidade, pode ser um facilitador para que possam acompanhar seus filhos internados na UTIN (48). Vivendo em alojamentos coletivos oferecidos pelo hospital, essas mulheres vivenciam uma ruptura em seu cotidiano, precisando se adaptar a uma nova rotina de vida e às normas institucionais vigentes (51). A equipe de saúde deve promover nesses espaços ações para o favorecimento das relações interpessoais e de construção de outros modos de participação materna nos cuidados dos bebês internados (52).

Outra estratégia bastante difundida para o cuidado com os familiares são os grupos de acolhimento às mães de recém-nascidos internados nas unidades neonatais, nos quais são abordadas questões trazidas pelas mães que acompanham o cotidiano de internação hospitalar dos seus filhos, oferecendo-lhes um espaço de cuidado, identificação, expressão e compartilhamento (2, 53, 54, 64, 65).

Um dos referenciais para a intervenção do terapeuta ocupacional junto à família do neonato internado em unidades de neonatologia é o do cuidado centrado na família, que se fundamenta em "uma parceria mutuamente benéfica entre os envolvidos no cuidado do bebê - mães e demais membros da família, assim como profissionais de saúde - visando o bem-estar da criança" (60). De acordo com esse referencial teórico-metodológico, Holloway (62) propôs diretrizes para a colaboração entre terapeuta e familiares que servissem para criar oportunidades para o diálogo como via de compartilhamento de experiências.

Dentre os estudos brasileiros, poucos são os que abordam o cuidado ao recém-nascido em unidades de internação neonatal a partir do referencial da integralidade (48, 50, 54, 67). Sendo um dos princípios do Sistema Único de Saúde no Brasil, a integralidade no hospital remete a dois pressupostos: (i) a coordenação do cuidado, produzido de modo solidário e articulado em equipe, que aborda o sujeito como o foco de múltiplos cuidados (integralidade no hospital) e (ii) a articulação do cuidado em rede, em que se considera o hospital como uma das "estações de cuidado" (integralidade a partir do hospital) (45). Para Dittz (47), "oferecer uma assistência na UTIN que contemple os sentidos e significados da integralidade implica no encontro entre profissionais de saúde, o recém-nascido e a mãe, reconhecendo-os em sua alteridade".

A literatura em terapia ocupacional no Brasil sobre a atenção ao recém-nascido em unidades de internação neonatal ainda enfatiza prioritariamente o cuidado ao neonato e à sua família de modo isolado. Há necessidade, portanto, de se refletir sobre e construir, de modo ampliado, bases teóricas e práticas que articulem a atenção profissional de modo integrado e em rede (79). Este capítulo tem o objetivo de apresentar uma proposta de Modelo Integrativo da Terapia Ocupacional (67) junto a neonatos hospitalizados, a partir da perspectiva da integralidade e da humanização do cuidado, ilustrando sua aplicação prática em três estudos de caso em uma UCINCo.

### **UMA PROPOSTA INTEGRATIVA PARA A ATENÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL EM UCINCo, A PARTIR DA PERSPECTIVA DA INTEGRALIDADE E DA HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO**

A atenção da terapia ocupacional em unidades de internação neonatal a partir da perspectiva da integralidade e da humanização do cuidado, seja em UTIN ou UCINCo, requer trabalhar de modo integrado com a atenção ao neonato, a atenção aos cuidadores familiares (em particular a mãe, quando cuidadora principal), em articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS) durante a internação e na preparação para a alta. É a partir desses pressupostos que os projetos terapêuticos

singulares (PTS) (22, 24, 31) dos três casos serão apresentados e discutidos neste capítulo. Sua articulação se baseia na proposta de Modelo Integrativo de Atenção da Terapia Ocupacional junto a neonatos hospitalizados, a partir da perspectiva da integralidade e da humanização do cuidado, proposto por Matsuo (67) e que, mesmo tendo sido concebido para um estudo de caso de uma UCINCo, tem flexibilidade para outros cenários de atenção neonatal (Figura 1).

Este modelo integrativo propõe que o projeto terapêutico singular, realizado pelo terapeuta ocupacional, seja resultado da articulação de intervenções em três eixos: (i) a intervenção junto ao neonato; (ii) a intervenção junto à mãe / família / cuidadores; e (iii) a construção da rede de atenção à saúde (RAS), que acontecem na interface de dois contextos: o hospitalar e o social.

O Eixo 1 se refere ao cuidado ao neonato internado, conforme apresentado na introdução. Em síntese, a atenção do terapeuta ocupacional ocorre, principalmente, para o favorecimento da auto-organização (1, 70, 71), promoção do desenvolvimento (37, 39, 40, 70, 71) e promoção da ambiência (18, 19, 26, 29, 70, 71).

No Eixo 2 se encontram as intervenções realizadas junto à família, que implicam em ações variadas: (i) oferecimento de escuta, acolhimento e intervenção direta com as mães ou cuidadores, tendo-os como foco do cuidado (47); (ii) capacitação para o cuidado do bebê (47, 48, 50, 63-65); (iii) participação no oferecimento do Método Canguru (13, 19, 29, 41, 50, 68); e (iv) oferecimento de grupo de mães e cuidadores e apoio para casas da gestante, puérpera e bebê (48, 51, 52).

Em relação às mães e familiares, o terapeuta ocupacional pode abordá-los enquanto sujeitos-foco do cuidado em uma atenção voltada às suas necessidades pessoais, ou enquanto provedores do cuidado ao neonato. Assim, é importante destacar que o grupo de mães pode oferecer ambas as abordagens, isto é, de acolhimento e escuta de mães / família / cuidadores e de capacitação para o cuidado do neonato (47, 48, 52, 63-66).

Na interação entre os Eixos 1 e 2, encontram-se as ações de terapia ocupacional com vistas ao favorecimento do vínculo afetivo mãe-bebê e bebê-mão dupla, isto é, retroalimenta tanto os bebês como

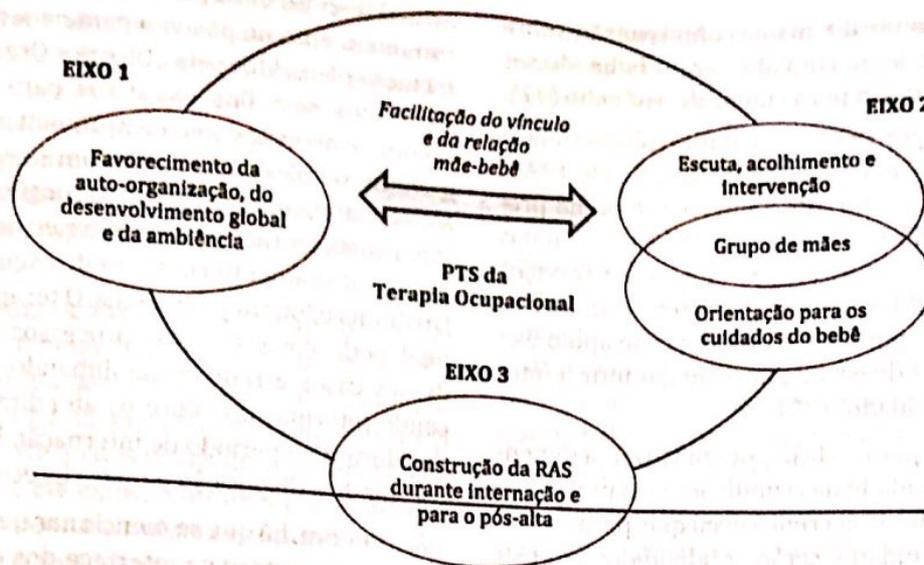


Figura 1. Modelo Integrativo da terapia ocupacional junto a neonatos hospitalizados, a partir da perspectiva da integralidade e da humanização do cuidado. Fonte: Matsuo (67).

as mães e familiares (37-40). Brazelton (39) argumenta, a partir da teoria do apego de Bowlby (14), que, embora possa ocorrer um “apaixonamento” instantâneo dos pais pelo seu bebê, “para que permaneça o amor é necessário haver um processo de aprendizagem, sobre o bebê e sobre si mesmos”.

O apego e os cuidados parentais não são simplesmente temas relacionados aos cuidados, mas também sobre os processos de aprendizado sobre como lidar com a cólera, frustração, o desejo de fugir do papel e, mesmo, de abandonar a criança. Aprender a viver com esses sentimentos e a olhar além deles à procura das simples, mas profundas recompensas da criação de seu filho – os sorrisos, os estágios desenvolvimentais – ensina os pais a terem um equilíbrio necessário (...). Se não existirem os sentimentos negativos de desapontamento, frustração e fracasso, os sentimentos de sucesso não seriam tão compensadores (39).

Assim, cabe ao terapeuta ocupacional, junto com os demais membros da equipe, ser mediador da realização da maternagem dos pais junto a seus filhos nas unidades neonatais. A maternagem pode ser entendida como o cuidado usual, mas não exclusivamente materno, que oferece sustentação para que o bebê desenvolva vínculo afetivo com um cuidador, o qual provê aconchego e atenção, fator essencial para a segurança emocional nos futuros

relacionamentos (87, 88). Os pais / cuidadores possuem importante papel nas aquisições fundamentais dos bebês, uma vez que fazem a intermediação entre a cultura e o bebê: o adulto acolhe a criança, nomeia sensações, oferece conforto, continência e sustentação emocional ao bebê (37). Na ausência ou na impossibilidade de longa permanência das mães com seus bebês, o terapeuta ocupacional seria um dos profissionais que poderia realizar a maternagem substitutiva ou capacitar algum membro da família realizar a maternagem ampliada (15, 16).

A maternagem ampliada pode ser definida como o cuidado realizado por pessoas de confiança da gestante / puérpera que ofereceriam apoio aos pais do bebê durante a internação na unidade neonatal ou no retorno ao lar com o filho. Costumam participar desse cuidado familiares ou pessoas próximas que tenham disponibilidade, como os avós do bebê, sem que haja essa obrigatoriedade, assim como é possível haver rearranjos entre vizinhas e amigas. A importância dessa função é que, recebendo cuidados de outras pessoas, esses pais possam vivenciar a solidariedade no cuidado do novo membro da família (16).

A maternagem ampliada oferecida no período entre a gestação e o puerpério seria recebida como o conforto de se ter alguém cuidando da própria mãe e se preocupando com ela numa experimentação de dependência, de modo que seria pos-

sível proporcionar-lhe maior compreensão sobre a importância desse cuidado para o bebê, de ser cuidada por outrem para cuidar de seu bebê (37).

O Eixo 3, por sua vez, é compreendido como a construção das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que pode ocorrer durante a internação ou no preparo para a alta hospitalar. As RAS são definidas como "arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado" (25).

Os fluxos para as RAS podem variar, a depender da complexidade das condições sociais e de saúde dos neonatos e sua rede social que, para efeitos de gestão do cuidado, serão subdivididos em três fluxos mais comuns. O primeiro fluxo é aquele que se refere aos neonatos sem maiores intercorrências e necessidades de cuidados especializados, no momento da alta, que são encaminhados diretamente à atenção básica, de maneira rotineira pelos respectivos programas municipais.

O segundo fluxo pode resultar da necessidade de construção da rede para o favorecimento da atenção ainda no contexto hospitalar. Acontece principalmente quando as mães e famílias apresentam situações complexas de saúde e/ou de vulnerabilidade, individual, social ou programática (9-11, 83), que possam ser adversas ao cuidado de seus filhos. Dentre essas situações, apontam-se as mães com adoecimento crônico, deficiência física ou intelectual, em sofrimento mental (com transtorno mental persistente ou usuárias de álcool e outras drogas), em situação de rua e/ou imigrantes (por vezes, não documentadas). Pode ser necessário articular o cuidado mãe-bebê junto à referência do serviço do qual a mãe é usuária. No caso de mães usuárias de serviços de saúde mental, por exemplo, o planejamento do cuidado deve acontecer junto à rede de atenção psicossocial (RAPS). Assim, a construção da RAS começa no contexto hospitalar, para garantir o direito de convívio familiar entre o bebê e a mãe, e continua no pós-alta. A construção da rede busca evitar a ruptura do cuidado mãe-bebê e, em casos extremos, seu possível encaminhamento para acolhimento familiar ou institucional. Nos casos de tramitação judicial, a construção da RAS deve envolver a articulação multiprofissional e intersetorial e outros equipamentos da comunidade, como as organizações não governamentais que atuam na região.

O terceiro fluxo para a rede diz respeito ao encaminhamento no pós-alta para os serviços de reabilitação oferecidos pelo SUS e por Organizações Sociais Civis sem fins lucrativos para acompanhamento de neonatos com comprometimentos de alto grau de complexidade, isto é, com sequelas por anóxia neonatal, com malformação congênita ou síndromes genéticas, casos que necessitam de oxigenoterapia, monitoramento contínuo dos sinais vitais, gastrostomia e/ou traqueostomia. O terapeuta ocupacional pode colaborar nos processos de referência desses casos à rede, encaminhando o caso, oferecendo informações sobre os atendimentos realizados durante o período de internação hospitalar e se colocando à disposição para esclarecimentos.

Por fim, há que se mencionar que o Modelo Integrativo acontece na interface dos contextos hospitalar e social que interagem e determinam a relação equipe-usuários. O contexto hospitalar é entendido a partir de suas racionalidades e modos de funcionamento, com seus ambientes relacional e físico onde ocorrem as intervenções ao neonato e à sua família durante a internação. O contexto social, por sua vez, é compreendido como os processos macro e microssociais que interferem no território onde os sujeitos habitam. Esse contexto diz respeito às políticas e aos serviços sociais e de saúde oferecidos pela rede e conquistados individual e/ou coletivamente. Nesse cenário também se expressam os diferentes níveis de vulnerabilidade pessoal, social e de saúde, e programática (9-11), que podem ser mais bem compreendidos pela matriz analítica da vulnerabilidade da criança diante de situações adversas em seu desenvolvimento, elaborada por Silva et al. (83).

### **A ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL JUNTO AO NEONATO E À FAMÍLIA: DESCRIÇÃO DE UM ATENDIMENTO**

A atuação do terapeuta ocupacional com o neonato hospitalizado e a mãe (ou outro cuidador familiar) requer um saber-fazer que transcende as recomendações dos artigos científicos. Embora esses estudos sejam fundamentais, há outros saberes também essenciais que se referem à capacidade receptiva do terapeuta em sentir e ler a linguagem não verbal do neonato, bem como à capacidade de uso de seus próprios recursos corporais para mobi-

lizar respostas no bebê; em ambos os casos, esses recursos servem também para capacitar mães para o cuidado de seus filhos. Seguem alguns exemplos de modos de cuidar do neonato em atendimentos em unidade neonatal realizados pela primeira autora deste capítulo; entretanto, adverte-se contra a reprodução indiscriminada desses procedimentos e condutas sem capacitação profissional e orientação adequadas.

O terapeuta ocupacional, ao se aproximar do leito, deve usualmente iniciar a abordagem do bebê em alerta, com ou sem choro, com uma saudação verbal, em tom baixo, para chamar sua atenção. A partir da observação dos sinais de aproximação ou de retração que ele exhibe, o terapeuta ocupacional interage com o neonato e organiza sua intervenção. Continuando a conversar com o bebê, pode realizar um toque simultâneo com as mãos em concha na cabeça e nos pés ou nas articulações-chave, como ombros e quadris, para introduzir o contato físico sem causar sobressalto ao neonato.

O bebê pode apresentar sinais de retração, como bocejos ou, inclusive, choro, que podem ser compreendidos como necessidade de ajuda para voltar a dormir ou responder o chamado ao acordar, especialmente nos horários próximos às mamas. Assim, deve-se oferecer o suporte de que o bebê necessita: a adequação de posicionamento no leito, auxílio para regulação da temperatura corporal ou a manutenção do estado de alerta.

Há bebês que dormem muito durante o dia, acordando apenas para os procedimentos de cuidados fundamentais; esse é um indicativo de que o neonato necessita de ajuda externa para organizar seus estados de vigília e sono.

Caso o bebê se mantenha em choro intenso, é importante buscar o motivo do desconforto – fralda molhada, fome, sono, dor ou calor, por exemplo – e, se não for possível solucioná-lo naquele momento, o terapeuta ocupacional deve procurar minimizá-lo. A rotina da internação permite aos profissionais que atuam diretamente com os bebês antever o horário em que as atividades de cuidado ocorrem e, com a habituação à linguagem corporal e ao choro dos neonatos, também é possível se obterem pistas sobre os motivos que causam o seu desconforto. Por outro lado, nem sempre essa rotina se adequa ao ritmo dos recém-nascidos que, na ausência das mães, podem necessitar de ajuda externa para sua auto-organização.

A estimulação sensorial pode ser iniciada pelo terapeuta ocupacional quando o bebê está em alerta, confortável e apresenta sinais de aproximação. Inicia-se com o posicionamento do bebê no próprio leito em decúbito um pouco mais elevado com o apoio dos cobertores deixando-o quase sentado. A estimulação sonora pode ser realizada por uma conversa com o neonato, com uma fala tranquila, voz suave, com entonações diferentes que se conjuguem com as expressões faciais do terapeuta ocupacional. A estimulação sonora também pode ser realizada associando músicas infantis com o toque no bebê que produz um efeito interessante pela associação da melodia, ritmo e harmonia.

Para a estimulação visual, deve-se observar se o recém-nascido faz o contato olho no olho com o terapeuta, fixa o olhar, rastreia ou segue algum movimento. A pista sonora da voz humana ajuda a prender a atenção dos bebês e facilita a interação, haja vista que a acuidade visual nessa fase inicial ainda é rudimentar.

É importante atentar-se à distância entre os olhos do bebê e o rosto do terapeuta ou o objeto apresentado para estimulação visual, pois, se esse objeto estiver muito próximo ao rosto, o neonato pode fazer uma convergência com os olhos, inadequada para o desenvolvimento de sua acuidade visual. Ao se estimular a visão do neonato para seguir objetos em movimento que lateraliza sua cabeça, agrega-se mais um estímulo, o vestibular. O deslocamento da cabeça favorece o desenvolvimento do controle cervical.

Outro modo de realizar estimulação vestibular é com o recém-nascido no colo. Existem maneiras de graduar a intensidade dessa estimulação. A menos intensa é colocar o bebê com a cabeça apoiada no tórax do terapeuta, que pode estar sentado ou em pé, e inspirar e expirar profundamente. Esse estímulo costuma ser bem tolerado inclusive pelos recém-nascidos pré-termo e oferece uma referência corporal tranquila para que o neonato possa se acalmar e manter a auto-organização. Falar com o bebê nessa posição também costuma oferecer conforto, uma vez que a vibração da voz na caixa torácica do adulto funciona igualmente como estímulo tátil e proprioceptivo familiar. Essa condição é bastante explorada quando se faz a posição canguru, com o bebê enfiado pele a pele com a mãe ou o pai. O Método Canguru favorece que o neonato regule seu ritmo de respiração a partir do movimento respiratório dos pais enquanto está nessa posição (19, 29).

Indo além, acredita-se que o calor irradiado e os sons viscerais, percebidos pelo bebê prematuro nessa interação, favorecem a vivência da situação intrauterina por mais um tempo e são facilitadores do amadurecimento orgânico pela experiência sensorial integrada. Também é possível realizar a estimulação vestibular caminhando, pela enfermaria, com o bebê deitado no colo. O leve balanço do corpo do adulto dando passos no mesmo lugar ou com as pernas afastadas para os lados ou, ainda, em torno do seu próprio eixo também são maneiras potentes de oferecer esse estímulo aos bebês.

Os pais são orientados para acalmar seus bebês sem o chacoalhar com movimentos repetitivos e bruscos de cabeça, que podem causar traumatismos e danos cerebrais permanentes, evoluindo para atrasos no desenvolvimento global e/ou deficiência visual e intelectual, tal como descrito na Síndrome do Bebê Sacudido (SBS) ou *Shaken Baby Syndrome* (43, 56, 58).

No caso de internação hospitalar superior a 28 dias, alguns lactentes (com idade entre 29 dias até 24 meses) podem ter iniciado o controle cervical, sendo possível realizar outra modalidade de estimulação integrada na posição chamada "cadeirinha". Essa posição consiste em carregar o bebê com a cabeça e as costas apoiadas no tronco do adulto favorecendo o controle cervical; o quadril do bebê deve estar em flexão de 90 graus, apoiado no antebraço do terapeuta.

É possível caminhar com o bebê nessa posição pelo espaço da UCINCo, oferecendo-lhe estímulos proprioceptivos e vestibulares de maneira mais ativa. Assim, o bebê pode virar sua cabeça para os lados e perceber o movimento do ambiente, além de interagir com os demais adultos a partir da mediação do terapeuta ocupacional.

Importante ressaltar que essa interação serve para ampliar o repertório de experiências sociais do neonato, proporcionando encontros e vivências com outras pessoas que ultrapassem o simples contato com o adulto no momento de receber os cuidados fundamentais, como a alimentação, a troca de fraldas e o banho.

Depois de realizada a estimulação global, o bebê deve retornar ao leito e os estímulos devem ser gradualmente retirados. Geralmente, após essa interação com o terapeuta, é possível perce-

ber sinais de retração do bebê, o que também poderia ser o indicativo de que o atendimento chegou ao seu fim.

A maternagem é realizada paralelamente à estimulação multimodal (71) e, como ela, deve ter uma sequência com início, meio e fim para que favoreça a percepção temporal do bebê em relação ao acolhimento recebido. Realizar a maternagem tem a finalidade de propiciar a organização interna do bebê, de modo que vivencie uma experiência de autointegração a partir da relação com o outro. Desse modo, prepara-se o bebê também para que consiga permanecer sozinho e ter seus próprios recursos de autorregulação e autoconsolo na ausência dos pais e de outros cuidadores imediatos.

No caso de um bebê que seja alimentado em seio materno por livre demanda, e sua mãe tenha dificuldade para o manejo, o terapeuta ocupacional, sendo membro da equipe, pode ajudar, se solicitado, a posicionar o bebê e a mãe para facilitar a amamentação. Ao mesmo tempo, o profissional pode oferecer orientações para que essa dupla prossiga em sua interação. Quando os pais se mostram aflitos por não conseguir acalmar seus filhos, o terapeuta ocupacional deve ajudá-los a criar estratégias para acolher, como maneiras de aconchego, ninar, cantarolar ou conversar com seus bebês. Parte das orientações oferecidas aos pais dos bebês ocorrem no sentido de ressaltar que o estado emocional dos adultos interfere na interação com o filho, percebido na comunicação não verbal com a sua criança. O bebê percebe que seus pais estão tensos, preocupados, e isso pode lhe remeter a uma situação de perigo e alerta. Se está inquieto, é importante que o adulto se tranquilize primeiro para poder acalmar e oferecer segurança ao bebê.

O atendimento aos pais pode ocorrer concomitante ao do bebê ou em atendimentos exclusivos aos familiares, a depender das condições e necessidades de ambos. O acolhimento aos familiares também traz à tona a necessidade de organização do cotidiano familiar para acompanhar a internação do bebê, da preparação do domicílio para receber o bebê após a alta hospitalar, além de encaminhamentos para os dispositivos sociais e de saúde da comunidade para continuidade do acompanhamento dessa família na rede.

## A ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL JUNTO AO NEONATO EM UMA UCINCo: TRÊS ESTUDOS DE CASO DE COMPLEXIDADES DISTINTAS

No âmbito de uma UCINCo, há neonatos provenientes ou não da UTIN, com os seguintes níveis de complexidade: (i) neonatos com comprometimento leve e/ou transitório devido a transtornos no pré e no pós-parto; (ii) neonatos ou lactentes com exposição ao uso de substância psicoativa materna; (iii) neonatos prematuros ou de baixo peso egressos da UTIN; e (iv) neonatos ou lactentes com sequelas por anóxia neonatal, com malformação congênita ou síndromes genéticas, que necessitam ou não de oxigenoterapia, monitoramento cardíaco, gastrostomia e/ou traqueostomia (67).

Os três estudos de caso apresentados abordam as condições i, ii e iv. Consistem na apresentação da história do neonato, tal como de fato aconteceu. As necessidades de cuidado e o projeto terapêutico singular são apresentados a partir de uma composição. Apresentam, em linhas gerais, as intervenções conduzidas pela terapeuta ocupacional, evitando-se o excessivo detalhamento para não se repetirem ações profissionais já descritas no capítulo. Apresenta-se, também, um exercício de aplicação do Modelo Integrativo, descrevendo-se recomendações para a formulação do PTS e para a condução do caso que, embora desejáveis, não puderam acontecer pela limitação de oferta de serviços do hospital ou pela insuficiência de articulação da RAS.

### Daniel: história, necessidades de cuidado e projeto terapêutico

#### A história de Daniel

Daniel (nome fictício), primeiro filho dos jovens Denise e Rafael, nasceu com 36 semanas e peso adequado para a idade gestacional. Ao nascimento houve dificuldades no parto e foram necessárias algumas medidas de reanimação neonatal devido ao desconforto respiratório precoce, mas Daniel se recuperou bem. Conforme preconizado pela OMS (75) e no Brasil (17, 18, 21, 26, 29, 34),

ele pôde realizar o contato pele a pele com a mãe nos 30 primeiros minutos de vida, tendo ficado em alojamento conjunto com sua mãe (17, 21, 26, 34-36.).

A gravidez de Denise não foi planejada e ocorreu na troca de método contraceptivo. Embora tenha ido a duas consultas com ginecologistas diferentes, não realizou o acompanhamento pré-natal. Ela teve duas internações hospitalares para inibição do trabalho de parto prematuro e, no dia em que teve a segunda alta, como permanecia com dores, foi à Unidade Básica de Saúde (UBS) do seu bairro, que indicou o pronto atendimento de um hospital-maternidade. Ao dar entrada no serviço, Denise estava com oito dedos de dilatação. A bolsa foi rompida no ato e o parto normal com episiotomia ocorreu no centro obstétrico. Seu esposo, Rafael, teve assegurado o direito de poder acompanhar Denise durante todos os procedimentos (21, 23, 34).

Após um dia no alojamento conjunto, Daniel desenvolveu icterícia e precisou subir para a UCINCo para fazer fototerapia. Ele costumava estar sonolento durante a maior parte do tempo e sua mãe precisava acordá-lo para amamentá-lo no seio. Denise teve alta do puerpério, mas Daniel necessitou permanecer internado. Seus pais vinham visitá-lo diariamente, chegavam pela manhã, às 9h00, e iam embora depois das 18h00. Nesse período, Denise e Rafael ficavam ao lado do berço, e a mãe realizava a troca de fraldas e amamentava o bebê. Nos intervalos entre as mamadas, Denise ia ao banco de leite humano do hospital para estocar o leite necessário para as mamadas da noite e da madrugada.

A avaliação de Daniel pela terapia ocupacional ocorreu com quatro dias de vida, quando ele saiu da fototerapia e foi para o berço comum, ainda na UCINCo. Naquele dia, Daniel estava alerta, sem choro e disponível para o contato. Rastreava visualmente a face humana, interessava-se pela voz amistosa. Conseguia adormecer depois da alimentação e despertava com choro, que cessava com mudança de decúbito e, assim, conseguia se autorregular antes de ser pego no colo e ser posicionado para a amamentação.

Nessa transição para o berço comum, Daniel pôde finalmente ser alimentado em seio materno por livre demanda, como preconizado na literatura (17, 23, 34, 35), e ter contato mais próximo

com os seus pais, que puderam vivenciar outros cuidados de que Daniel necessitava, como o banho, além de esclarecer suas dúvidas com a equipe multiprofissional. A UCINCo daquele hospital enfrentava um surto de infecção hospitalar, e a visita dos avós estava suspensa temporariamente. Denise e Rafael antecipavam questões sobre como seria a rotina de cuidados com Daniel em casa, mesmo manifestando que teriam retaguarda familiar. A internação hospitalar do bebê foi o momento em que puderam esclarecer essas dúvidas e compartilhar as expectativas em relação ao pós-alta.

A alta hospitalar de Daniel ocorreu aos seus seis dias de vida, quando foi encaminhado para a mesma UBS que referenciou a ida de Denise e Rafael para a maternidade, e teve um retorno ao ambulatório de terapia ocupacional no hospital-maternidade após uma semana. Foi sugerido à Denise que também se matriculasse nessa UBS para realizar o acompanhamento do puerpério e o planejamento familiar (20).

#### **Necessidades de cuidado e projeto terapêutico singular para Daniel e sua família**

Daniel e sua família representam um caso com necessidade de cuidados sociais e de saúde pouco complexos e com demanda para um projeto terapêutico singular típico da maioria dos casos com curta internação na UCINCo. Nesses casos de menor complexidade, a depender das intercorrências, o bebê permanece internado por cerca de três dias, dando-se prioridade à orientação familiar com vistas à sua alta. Assim, um PTS para Daniel, de acordo como o Modelo Integrativo, implica no oferecimento de algum cuidado individual, orientação familiar e referência para a atenção básica. No âmbito institucional, tal projeto não necessita de maiores pactuações em equipe, ou seja, Daniel não necessita de um atendimento focalizado que demande intervenções mais frequentes, complexas e de longo prazo. Seus pais estavam sempre presentes para oferecer a maternagem necessária. Assim, o cuidado de Daniel, no plano institucional, apenas requer o estabelecimento de metas de curto prazo e da promoção de uma ambiência adequada, que devem ser oferecidos pela UCINCo ao desenvolver uma atenção baseada na humanização e na integralidade.

À medida que Daniel apresentava boa autorregulação e desenvolvimento compatível com sua idade, a atuação do terapeuta ocupacional junto ao bebê podia ser mais ocasional no sentido de avaliar, promover e orientar os pais no sentido do desenvolvimento global.

A orientação familiar para os pais de Daniel implicou em explicar a rotina diária do bebê (dúvidas em relação à amamentação, orientações para as AVDs do bebê, regulação do ciclo circadiano, contato pele a pele, estimulação para o desenvolvimento, orientação quanto ao uso de brinquedos nessa faixa etária, posicionamento no berço e no carrinho pós-mamadas) e ajudar os pais na ampliação do seu repertório de cuidados, principalmente por Daniel ser o primeiro filho de pais jovens. Ademais, há que se considerar que o casal, na alta do bebê, contava com a retaguarda dos avós para os cuidados em domicílio. Denise mostrava um bom vínculo com o seu bebê e, embora não houvesse necessidade de trabalho mais intensivo nesse âmbito, indicar-se-ia o alojamento tardio (quando a mãe se interna para ser acompanhante do seu filho) na enfermaria do Método Canguru, que, no entanto, encontrava-se desativada no hospital (19, 29).

Esse método, como é sabido, teria favorecido que Denise e Rafael se apropriassem dos cuidados de Daniel durante o alojamento tardio, uma vez que conviveram apenas um dia no alojamento conjunto no período de pós-parto imediato. A partir de uma experiência afetiva do cotidiano de cuidados do bebê (78), enquanto esses pais pudessem contar com o apoio da equipe da UCINCa, a família receberia acolhimento dos sentimentos despertados nessa vivência, esclarecendo-lhes suas dúvidas e instrumentalizando-os para o cuidado de seu filho no pós-alta.

Em relação ao trabalho em equipe e ao que é esperado da rede de cuidados, observou-se que ambas se aproximavam das rotinas do trabalho-padrão para os casos de curta internação, os quais podem ser dimensionados dentro do próprio serviço por não demandarem um projeto terapêutico mais articulado de assistência pós-alta. Daniel, portanto, foi encaminhado para acompanhamento na UBS.

O cuidado em neonatologia, baseado em uma perspectiva do cuidado humanizado e integral, suporta um trabalho multiprofissional integrado ou com ações interprofissionais que ofereçam a inte-

gralidade focalizada, defendido por Cecílio (44), ou a integralidade no hospital, enquanto síntese de cuidados, como proposto por Cecílio e Merhy (45). Esse é um desafio que necessita ainda ser mais bem enfrentado pelas equipes hospitalares que ainda atuam com mais frequência de modo procedimento-centrado.

No plano da ambiência, o serviço de terapia ocupacional realizava orientações para diminuição dos ruídos negativos, como conversas altas, música, batida da tampa da lata do lixo, toque de telefone e impacto de pranchetas na incubadora. Em relação ao controle de luminosidade, recomendava a diferenciação entre noite e dia e modulação da clareza quando não houvesse procedimentos, cobrindo a parte superior da incubadora com um paninho escuro, por exemplo. Buscou também influir na localização dos berços ou das incubadoras, um fator de ambiência importante, para que fosse mantida certa distância de janelas, locais de passagem ou de intensa atividade, como pias e corredores, com distância entre os leitos para permitir a circulação no ambiente. Em relação à humanização do espaço da UCINCo, o serviço recomendava a permanência de brinquedos no leito, trazidos pelos pais ou fornecidos pelo hospital, desde que fosse possível higienizá-los para se evitar o risco de contaminação (46, 70, 71).

### **Lúcio: história, necessidades de cuidado e projeto terapêutico**

#### **A história de Lúcio**

Lúcio (nome fictício) nasceu com 36 semanas, pequeno para a idade gestacional, por parto normal, sem malformações congênitas aparentes ou suspeita de síndromes genéticas. Ele era o sexto filho de Júlia (nome fictício), 24 anos, nascida no Nordeste, que migrou para o Sudeste junto com a mãe e os irmãos menores, aos 13 anos de idade, quando iniciou o uso de drogas e abandonou os estudos. Júlia era usuária de cocaína, maconha e álcool desde a adolescência, e tinha 16 anos de idade na sua primeira gestação, cujo parto ocorreu na mesma maternidade em que Lúcio nasceu. Ela não tinha a guarda de nenhum de seus outros cinco filhos. Os três primeiros moravam com as famílias dos respectivos pais e os outros dois moravam com sua mãe, dona Maria (nome fictício), que vivia em um

barraco construído em terreno de ocupação junto com mais dois filhos seus, de 16 e 8 anos. Quando Lúcio nasceu, Júlia estava em situação de rua fazendo uso de crack e foi levada à maternidade pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em trabalho de parto e sem documento de identidade. O hospital-maternidade em questão se tornou referência para esses casos, por se situar na região central de uma grande cidade, próximo a locais de grande consumo de álcool e outras drogas; daí o frequente encaminhamento de casos como o de Júlia para esse hospital (31).

Lúcio não permaneceu com a mãe na sala de parto nem no alojamento conjunto porque foi encaminhado para a UCINCo por apresentar risco infeccioso, dada a não realização de pré-natal por sua mãe. Esse bebê se encontrava intoxicado pelo uso recente de drogas pela mãe, o que o tornou hipotivo nos primeiros dois dias de vida. Mãe e bebê pouco conviveram na maternidade, uma vez que Júlia, no pós-parto, também se encontrava apática e confusa, não podendo ficar em alojamento conjunto com seu filho em segurança. Lúcio permaneceu internado na UCINCo em antibioticoterapia, sem contato com Júlia, que evadiu do hospital antes de receber a alta e nunca mais voltou para visitar o seu bebê.

Lúcio foi avaliado pela terapeuta ocupacional com três dias de vida, quando começava a apresentar sinais de síndrome de abstinência (3-5), por meio de roteiro adaptado da Escala de Abstinência de Finnegan (57). A importância de avaliar bebês que sofreram exposição pré-natal a estimulantes como a cocaína se deve ao fato de poderem desenvolver comportamentos atípicos (4, 5). Na ocasião, Lúcio apresentava um choro intenso de difícil consolo, que não cessava ao ser acolhido no colo. Quando um adulto aproximava a mão de Lúcio à boca para que pudesse se acalmar, ele não conseguia manter a sucção não nutritiva, como costuma ocorrer com bebês da mesma idade gestacional, devido à sua significativa agitação psicomotora. Cochilava por pouco tempo, mas seu sono não se aprofundava. Assim, Lúcio se mostrava muito irritado, com o tônus muscular global levemente aumentado, tendo ficado disfônico de tanto chorar. Foi necessário que o neonatologista prescrevesse uma leve sedação medicamentosa para que Lúcio pudesse adormecer. Passou também a ser alimentado com mamadeira, uma vez que não era amamentado em seio materno nem tinha bom aproveitamento da dieta oferecida

no copinho, tal como era norma do hospital, que seguia a orientação de não se usarem bicos artificiais sem justificativa e prescrição médica (35).

No período final da abstinência, o comportamento de Lúcio teve algumas alterações, especialmente em relação ao ciclo de sono e vigília. Conseguia dormir sem a medicação para sedação e despertava espontaneamente nos horários próximos às mamadas. Porém, ele passou a apresentar um padrão compulsivo de sucção não nutritiva, observado tipicamente nos bebês com exposição ao uso de substâncias psicoativas (4, 5). Isto é, sugava excessivamente sua mão para conseguir se acalmar. Essa necessidade compulsiva de sugar também interferia na sua alimentação. Devido a essa avidez, esse bebê ora mamava rápido demais, sem realizar as pausas respiratórias adequadamente e se engasgava muitas vezes, ora tinha pouco aproveitamento da dieta, deixando escapar o leite pelos cantos da boca. Por vezes, mesmo após receber o volume de leite prescrito, começava a chorar intensamente e não cessava enquanto não recebesse o complemento. Em consequência, regurgitava o leite repetidamente, tinha choros explosivos e súbitos com hiperextensão cervical; apresentava dificuldade em ganho ponderal e em manutenção equilibrada da autorregulação. Ao ser diagnosticado com refluxo gastroesofágico, passou a tomar uma medicação que agia como protetor gástrico, o que permitiu que ele conseguisse ser alimentado e que a dor que o levava a ter choros irritadiços diminuísse.

Embora a maior parte dos bebês, filhos de mães usuárias de álcool e outras drogas, permanecesse internada nessa instituição, em média, por dez dias, casos como o de Lúcio podem ter uma internação mais prolongada, devido a múltiplas intercorrências clínicas ou a tramitações judiciais. Com a imunidade diminuída, Lúcio acabou contraindo diversas infecções oportunistas que também prorrogaram o seu tempo de internação. Lúcio não recebia visita de familiares nem nos fins de semana e era cuidado exclusivamente pela equipe da UCINCo, que realizava a maternagem substitutiva.

Após 57 dias de internação, Lúcio recebeu a alta hospitalar. Dona Maria, sua avó materna, afirmando seu desejo de ficar com o neto, e obtendo a guarda temporária da criança, foi buscá-lo na maternidade, acompanhada por um estrangeiro que, embora pouco se assemelhasse ao menino, registrou-o como filho, tendo dona Maria afirmado que

ele lhe garantiria uma pensão. Quando da alta, a orientação-padrão de cuidados ao lactente foi oferecida pela enfermagem e pelo serviço de nutrição. Embora Lúcio tivesse nascido prematuro limítrofe, não apresentava maiores demandas de cuidados clínicos de saúde, a não ser a de um neonato típico.

Júlia, que havia verbalizado, após o parto, ter interesse em realizar a laqueadura como método contraceptivo definitivo, ao não retornar à consulta ambulatorial agendada, perdeu a vaga no programa de planejamento familiar do hospital. Ela continuou em situação de rua, fazendo uso de substâncias psicoativas e teve duas outras gestações nos dois anos seguintes. Um dos bebês, nascido na mesma maternidade, filho de outro relacionamento, após a alta hospitalar foi encaminhado a uma instituição de acolhimento e, mais tarde, à adoção. Na outra gestação, Júlia chegou a dar entrada no pronto atendimento dessa maternidade, mas se evadiu e o parto do bebê ocorreu em outro hospital.

### **Necessidades de cuidado e projeto terapêutico singular para Lúcio e sua família**

Lúcio e sua família representam um caso com necessidade de cuidados sociais e de saúde mais complexos e com demanda para um projeto terapêutico singular articulado em rede, um desafio que não se concretizou.

A atuação do terapeuta ocupacional com Lúcio visou a promover melhor autorregulação para adequar o estado de alerta para a interação e, durante o repouso, organizar o ciclo circadiano e favorecer o seu desenvolvimento global, principalmente durante a fase de abstinência vivida pelo bebê. Foram oferecidos estímulos que favorecessem o desenvolvimento da comunicação, das habilidades cognitivas, do brincar, do processamento e modulação sensoriais (72). Os atendimentos buscaram respeitar a disponibilidade de Lúcio para a interação, a partir da leitura dos seus sinais de aproximação e de retração, descritos na introdução deste capítulo. Ao proporcionar melhor regulação dos estados de alerta, Lúcio adquiriu mais condições de explorar as atividades propostas pelo terapeuta ocupacional no ambiente hospitalar. Devido à ausência de Júlia, o terapeuta ocupacional foi um dos profissionais que regularmente realizava a maternagem substitutiva de Lúcio, essencial também

pelo desconforto vivido durante a fase de abstinência. Não foi possível capacitar a avó materna de Lúcio para realizar a maternagem ampliada, dada a irregularidade de suas visitas e a indefinição da guarda do bebê.

Este caso remete à importância de se pensar e concretizar novos modos de cuidar de neonatos intoxicados pelo uso materno recente de drogas e de sua rede social, uma atenção que requer a construção de trabalho em rede no âmbito da saúde e da assistência social, demandando articulação intersectorial. Assim, a partir do Modelo Integrativo, entende-se como necessária a construção conjunta e paralela de um projeto terapêutico singular (PTS) para Lúcio e outro para Júlia, que demandam cuidados específicos da equipe multiprofissional, com pontos de intersecção que favoreçam a aproximação mãe e bebê. Mesmo que o grau de resolatividade dessas ações não possa ser antecipado nem garantido, já que depende de múltiplos fatores, há que se pensar em alternativas de cuidado que transcendam a intervenção exclusiva junto ao bebê, como foi o caso. Uma rede de apoio materno poderia evitar ou minimizar a ruptura ocorrida entre Lúcio e Júlia.

Um PTS para Lúcio, baseado na integralidade e humanização do cuidado, implica na proposição de cuidado multiprofissional, individual e constante, favorecimento do vínculo mãe-bebê / família-bebê, articulação da rede de atenção em saúde ainda durante a hospitalização e encaminhamento pós-alta para a Unidade Básica de Saúde ou para a assistência secundária. No âmbito hospitalar, um PTS com essas características necessita de pactuações em equipe, já que Lúcio demanda atendimento focalizado com intervenções frequentes, complexas e de longo prazo, e, como dito no caso anterior, da promoção de uma ambiência adequada que devem ser oferecidas pela UCINCo ao desenvolver uma atenção baseada na humanização e na integralidade.

Um PTS para Júlia, a mãe, necessita também ser pactuado pela rede de serviços em saúde e incluir a sua recuperação no puerpério (20, 31), seu acompanhamento por uma equipe de saúde mental e o favorecimento da relação mãe-bebê, se possível e/ou se por ela desejada. Algumas estratégias devem ser elaboradas para ampliar a disponibilidade materna para criar um vínculo afetivo com seu bebê e um vínculo de confiança com a equipe.

Os processos de construção do vínculo afetivo entre mãe e bebê dependem também da resolatividade das ações da equipe neonatal e da articulação da RAS. Dentro das possibilidades, o Método Canguru seria um método facilitador para promover esse vínculo. Se houvesse a possibilidade no hospital, a internação na UCINCa para alojamento tardio seria um processo intermediário que poderia favorecer o estreitamento dessa relação pelo convívio com o suporte da equipe para realizar os cuidados do bebê (19, 29). Nessa permanência, a depender da orientação do hospital e da inexistência de doenças transmissíveis, Júlia poderia ser incentivada a amamentar Lúcio ao seio, oferecendo-lhe nutrição, imunidade e aconchego (17, 18, 20, 23, 26, 29). Nesse sentido, a Academia Americana de Pediatria (AAP) recomenda a amamentação ao seio por mães usuárias de substâncias psicoativas, com base na concentração plasmática da substância, já que apenas uma fração é passada para o leite materno. Nas diretrizes da Associação Brasileira de Psiquiatria não há recomendações sobre o tema. No guia sobre o manejo do uso de cocaína na gestação, elaborado para a RAPS do Estado de Santa Catarina, recomenda-se que o aleitamento materno seja liberado conforme a abstinência materna e o grau de cuidados que a dupla mãe-bebê esteja recebendo (82). Assim, a depender da recomendação médica, a amamentação é incentivada à mãe que assim o deseja, se o bebê não apresentar efeitos adversos, tais como distúrbios do sono, sucção fraca ou crescimento diminuído (3). A possibilidade de aleitamento poderia contribuir para co-responsabilizar a mãe pelo cuidado do seu bebê, oferecendo aproximação e intimidade que talvez não tenha acontecido durante a gravidez. Na medida em que se conseguisse a aproximação de Lúcio com Júlia, ou com dona Maria, a orientação seria oferecida no sentido de que os cuidadores imediatos se apropriassem do cuidado do bebê no sentido de acalantar a inquietude de Lúcio, que ainda vai se mostrar presente em outras fases de sua vida.

Além da necessidade de construção da vinculação da mãe com seu bebê, essa rede protegeria essa mãe promovendo o seu cuidado no puerpério, de maneira que ela pudesse permanecer no hospital por escolha própria. A interconsulta psiquiátrica solicitada a outro serviço permitiria que Júlia também pudesse, pelo menos durante a sua internação, realizar a transição da fase de intoxicação para a de

abstinência de maneira cuidadosa e segura, de modo que não se colocaria sua saúde em risco, talvez evitando que ela se evadisse antes de se recuperar do parto. Desse modo, seriam providos recursos e apoio para que essa mãe pudesse se aproximar do filho e se apropriasse do cuidado de si mesma e do que seu bebê recém-nascido necessitava.

Conforme a adesão de Júlia à atenção proposta, poder-se-ia convidá-la a participar no grupo de terapia ocupacional que oferece apoio às mães em um espaço de experiência criativa e que favorece a escuta, acolhimento, vínculo e o protagonismo materno (68). Nesse grupo, a possibilidade de confeccionar objetos criativos para seu filho traria consigo uma gradativa construção do afeto, dedicação ao filho. Ao mesmo tempo, permitiria à Júlia sair do seu papel de usuária de drogas para ocupar o de mãe de Lúcio, compartilhando vivências com outras mulheres e tendo trocas interpessoais positivas (85). Os grupos espontâneos surgidos durante a internação também se caracterizariam como uma rede de apoio social entre as mães, como a de pessoas que vivenciaram a mesma situação estressante de filhos internados na UTIN, por exemplo (15).

Gradativamente, com o aumento de sua adesão ao PTS, bem como a adesão de sua família, seria possível realizar orientações maternas sobre o cuidado de seu filho, sobre a estimulação do seu desenvolvimento global e, também, sobre a realização do autocuidado e das AVDs de Lúcio.

A permanência na UCINCa seria também uma oportunidade de reaproximação de outros membros da família, de convidar dona Maria ou outra pessoa próxima em quem Júlia confiasse para exercer a maternagem ampliada (19, 29). De acordo com Sarti (81), o nascimento do bebê é um momento de resgate de vínculos familiares ou a formação de novos vínculos, de construção de redes de apoio por afinidade, não apenas por consanguinidade, especialmente nos casos de migrantes de outros estados e ou pessoas vivendo situações de vulnerabilidade. Essa seria uma estratégia para ajudar a avó a (re)construir a rede social de Lúcio e de Júlia.

Dona Maria, ao estar mais presente, poderia ser incentivada a trazer os outros irmãos para conhecer Lúcio, com o apoio e o acompanhamento da

equipe multiprofissional, de maneira que pudessem se aproximar do novo membro da família. O pai da criança também poderia se aproximar mais do bebê, uma vez que seria mais uma pessoa para apoiar o seu cuidado. A presença da família ampliada é essencial para o cuidado da díade mãe-bebê, sendo incentivada pelo Método Canguru (19, 29).

No momento da alta hospitalar, Lúcio receberia encaminhamento para ser acompanhado pela terapia ocupacional na UBS ou no ambulatório de acompanhamento de terapia ocupacional do hospital-maternidade. Júlia teria a possibilidade de realizar o planejamento familiar, cuidar da dependência química no Centro de Atenção Psicossocial - álcool e outras drogas (CAPSad) mais próximo ao bairro onde reside, além de ser inserida nos programas de apoio sociais. Novos modos de cuidar de Lúcio, Júlia e sua rede social poderiam ter minimizado, ou até evitado, o desfecho que tiveram suas histórias.

### **João: história, necessidades de cuidado e projeto terapêutico**

#### **A história de João**

João (nome fictício) nasceu a termo, pequeno para a idade gestacional, por parto cesáreo, com quatro circulares de cordão no pescoço, e estava imerso em líquido amniótico meconial espesso. Na sala de parto foi aspirado, intubado, necessitou de manobras de reanimação e medicação, apresentando desconforto respiratório pós-asfíxico. Encaminhado para a UTIN evoluiu de modo extremamente grave e instável. Com quatro horas de vida, apresentou convulsões que o levaram ao uso contínuo de anticonvulsivantes. Foi extubado pela primeira vez com sucesso com 56 dias de vida, transferido ao UCINCo, quando foram iniciados os atendimentos de fonoaudiologia e terapia ocupacional.

João apresentava diversas sequelas sistêmicas. No ultrassom de transfontanelas (USTF) realizado ao terceiro mês de vida, observou-se alargamento de terceiro ventrículo. Ele recebia a dieta por sonda nasoenteral (SNE) devido à disfagia severa não responsiva ao tratamento fonoaudiológico; tinha risco constante de microbroncoaspiração e se apresentava subnutrido por conta do desgaste metabólico e do aporte calórico inadequado. Com padrão espástico severo, evoluiu com contrações musculares que, aos poucos, tornaram-se

deformidades. Frequentemente se desorganizava com os espasmos musculares, com o desconforto respiratório e, por vezes, ao chorar, entrava em padrão opistótono.

João teve diversos episódios de broncoespasmo e quatro pneumonias, que o levaram a idas vindas à UTIN, com necessidade de intubação orotraqueal. Devido ao tempo de internação prolongado, sua pele muito pálida estava colonizada por micro-organismos resistentes próprios do ambiente hospitalar.

João fazia parte de uma família com mais sete irmãos que não o conheceram enquanto permaneceu na maternidade. Sua mãe, Antônia, 35 anos, não realizou o pré-natal dessa gestação. A família morava em uma casa própria em um bairro da periferia de São Paulo. O pai de João era comerciante e sua mãe cuidava da casa, dos outros filhos e ainda fazia contato com os clientes da loja. Embora o casal viesse diariamente à noite para ver João no hospital, apenas a mãe subia à UCINCo para visitá-lo. O pai disse, certa vez, a uma funcionária do hospital que só entraria no berçário quando João tivesse a alta hospitalar e fosse levá-lo para casa.

Uma vez por semana, Antônia vinha ao hospital mais cedo, no período da tarde, para receber notícias médicas e ia logo embora porque precisava buscar os outros filhos na escola. Apesar de ter um carro à sua disposição e verbalizar sua vontade de dirigir, o que lhe ajudaria a se deslocar com os filhos pelo bairro, referia muito medo de aprender a dirigir perto de casa devido à violência do bairro de sua residência. Assim, para visitar João ou levar os outros irmãos para o médico, dependia da ajuda de algum cunhado, quando o esposo não estava disponível.

Antes de João completar um ano de vida, observava-se, nas visitas, que Antônia demonstrava afeto por seu filho, embora fosse perceptível a dificuldade em desenvolver uma relação de apego ao bebê. Apesar de se sentar na cadeira ao lado do leito do filho, segurar João no colo e conversar com ele, Antônia o fazia por um curto período de tempo. Ela não oferecia outros cuidados como alimentar seu bebê pela sonda ou trocar as fraldas, por exemplo. Era um cuidar genuíno, porém frágil, que sustentava por muito pouco tempo a experiência de aconchego do bebê. João parecia reconhecer sua mãe e se agitava quando chegava a hora de ela ir embora. Às vezes, esse momento de aconchego no colo

materno terminava ainda antes, caso ele regurgitasse um pouco de leite, começasse a tossir ou iniciasse um choro "sem sentido", a que se chama de choro neurológico. Antônia limpava a secreção com o paninho que estivesse próximo, com paciência e cuidado, mas, em seguida, colocava João na cama e ficava olhando o filho de longe, imersa em seus pensamentos. João tinha seus sinais vitais constantemente monitorados e permanecia com um oxímetro conectado ao pé.

O diagnóstico de disfagia severa estava estabelecido, com a impossibilidade de ser alimentado pela boca, já iniciavam contraturas em membros superiores e os pés iniciavam posição de hiperextensão. Assim, por sua delicada situação de saúde, João necessitou de duas cirurgias: uma gastrostomia e uma traqueostomia, que foram realizadas no mesmo dia no centro cirúrgico do próprio hospital-maternidade quando ele tinha 14 meses de vida. As cirurgias haviam sido canceladas anteriormente por três vezes, seja por piora da condição clínica de João ou pela falta de recursos humanos ou materiais do hospital.

No período pós-operatório, João apresentou piora do quadro respiratório, ficando secretivo e taquipneico a cada vez que a sua medicação deixava de ser oferecida devido à dificuldade ou à demora de sua obtenção pela maternidade, já que não fazia parte dos medicamentos lá padronizados.

Porém, mesmo com o passar do tempo, a dinâmica da visita familiar não se modificou. Apenas Antônia continuava a subir para a UCINCo para receber notícias médicas sobre João, buscar as roupas do filho para lavar em casa, uma vez que as roupas fornecidas pela maternidade eram reduzidas para seu tamanho e passaram a não lhe servir mais. Portanto, o vínculo familiar com a criança permanecia frágil. As relações afetivas mais sustentadoras de João continuaram a ocorrer com os profissionais da equipe que realizava atendimentos diários ao menino.

Depois de se recuperar da cirurgia, João permaneceu internado na maternidade até completar 2 anos e meio de idade, quando conseguiu vaga para transferência para um hospital de retaguarda para pacientes crônicos localizado na Grande São Paulo. Após a traqueostomia, João deixou de ficar dependente de oxigênio, necessitando de nebulização esporadicamente. Em consequência, já podia

descer ao piso térreo em um carrinho de bebê adaptado, dentro das possibilidades tecnológicas do hospital, para dar uma volta no estacionamento do hospital e tomar sol. Antônia chegou a cogitar a construção de um quarto para João em casa, mas o pai rejeitou a ideia.

No momento da alta, João estava com a medicação adequada, síndrome convulsiva sob controle e apresentava paralisia cerebral grave, bilateral espástica, com acometimento de tronco, membros superiores e inferiores, aumento dos reflexos miotáticos, clônus e reflexo cutâneo plantar em extensão, com algumas deformidades permanentes, sem controle cervical, de tronco e sem coordenação motora (33), classificação GMFCS V (77) e MACS V (55).

João se comunicava pelo olhar e reagia corporalmente, mostrando-se incomodado com o choro de outros neonatos enquanto estavam no mesmo box que ele. As situações em que mais se apresentava relaxado eram após o banho, quando estava passeando de carrinho pelo corredor da UCINCo e ao fim das sessões de estimulação global. João gostava bastante de contato físico, ficar no colo, conversar, ouvir histórias, músicas infantis. Os brinquedos favoritos eram de acionamento, que tinham luzes e faziam sons. Ele olhava fixamente para um móvel pendurado no seu berço que tocava música enquanto as peças se movimentavam e se queixava quando paravam. Sua história de longa permanência na maternidade causou mobilização afetiva da equipe, especialmente a de enfermagem, que costumava trazer roupas e brinquedos de presente para ele.

### **Necessidades de cuidado e projeto terapêutico singular para João e sua família**

João e sua família representam um caso com necessidade de cuidados complexos de saúde, durante a internação e no pós-alta, e com demanda para projetos terapêuticos singulares ao longo de sua vida, experiência comum aos bebês nascidos com alguma malformação ou com deficiências adquiridas no momento do parto.

Os atendimentos de terapia ocupacional na unidade hospitalar se iniciaram quando João tinha quase 2 meses de vida e seguiram até os 2 anos de idade. Na avaliação inicial, verificou-se que seu desenvolvimento global era compatível com o de um

bebê que sofrera asfixia neonatal grave. João apresentou autorregulação bastante precária nos primeiros meses de vida e viveu diversas intercorrências respiratórias durante a internação. Por tanto, nessa fase existiram momentos em que os atendimentos multiprofissionais às necessidades vitais de João tiveram prioridade. Na vigência de uma infecção, os procedimentos de estimulação eram suspensos, e as prioridades da equipe eram dirigidas à promoção do conforto do bebê, de modo a reservar a energia do neonato para sua recuperação clínica.

A atenção prestada a João apresentava características de atendimento a neonato com deficiência, hospitalizado por longo período (além de sete dias). Foram necessárias ações para o posicionamento adequado no leito, para que o lactente ficasse confortável e seguro e para que o cuidador imediato pudesse realizar o cuidado confortavelmente. Para a prevenção de escaras e de deformidades, foi utilizado um colchão caixa de ovo e rolinhos de posicionamento e foram confeccionadas órteses de termoplástico, que eram refeitas conforme seu crescimento. Considerando a longa permanência de João no hospital, houve a necessidade de transferência do berço da maternidade para o berço pediátrico, que é mais amplo e possui regulação de altura e grades mais altas para evitar o risco de quedas durante a agitação psicomotora. Houve também necessidade da produção de uma ambiente adequada, como, por exemplo, o uso de móveis coloridos suspensos na cabeceira do leito, além do oferecimento de brinquedos coloridos, macios, sonoros e que fossem laváveis, que foram deixados no leito e utilizados nos atendimentos para estimulação sensorial e motora, para o desenvolvimento lúdico e da socialização (84). Esses objetos eram higienizados segundo o protocolo de prevenção e controle de infecção hospitalar da terapia ocupacional (46). Esse protocolo foi criado para normatizar medidas de biossegurança do terapeuta ocupacional que atua nas unidades de internação neonatais, descreve características de materiais usualmente utilizados nos atendimentos aos bebês e suas famílias, quais brinquedos podem ou não ser compartilhados, como devem ser limpos / higienizados antes e após os atendimentos, e recomenda quais não devem ser utilizados em atividades realizadas em espaços fechados ou em contexto hospitalar, especialmente por sua potencial toxicidade.

A frequência de atendimentos também era aumentada nos períodos de isolamento. Devido à internação prolongada, João era isolado periodicamente em resposta à contaminação que sofria por micro-organismos resistentes a antibióticos hospitalares que, embora não lhe causassem prejuízo, poderiam afetar os outros neonatos sem imunidade. Embora João pudesse conviver na UCINCo com outros bebês, a convivência com aqueles que choravam muito era um fator estressante para João, o que era levado em consideração na promoção do cuidado a ele oferecido.

O tratamento de João na UCINCo se restringiu ao cuidado de suas condições clínicas e ao favorecimento de seu desenvolvimento. As tentativas de envolvimento da família foram pouco resolutivas, uma vez que os pais declaravam não possuir condições de levá-lo para casa, e o hospital não conseguia organizar uma rede de atenção junto aos serviços de saúde e reabilitação de modo a oferecer o suporte necessário à criança e sua família.

Um PTS para João, a partir do Modelo Integrativo, implicaria no oferecimento de intensivo cuidado individual, orientação familiar e referência para a rede de atenção a pessoas com deficiência. No âmbito hospitalar, esse projeto necessita de pactuações em equipe, como um protocolo de acompanhamento compartilhado, ou seja, João necessitava de atendimentos multiprofissionais focalizados, frequentes, complexos e de longo prazo de seguimento. Entretanto, alguns desses atendimentos deveriam ser oferecidos também de modo compartilhado, em uma ação de caráter interprofissional. Devido à longa permanência na UCINCo, a adequação do ambiente hospitalar também se torna uma questão a ser constantemente considerada.

Em casos de maior complexidade, como o de João, o bebê permanece internado por vários meses, necessitando de atendimentos constantes que compõem uma intensa agenda de cuidados que são priorizados de acordo com suas possibilidades: a alimentação com segurança, com o volume suficiente ao aporte calórico necessário ao seu desenvolvimento; o desmame de oxigênio; e a estimulação para o desenvolvimento global. Na impossibilidade de ser alimentado por via oral e na recorrência de quadros respiratórios importantes, o bebê pode ser encaminhado, mediante autorização dos pais, para procedimentos cirúrgicos, como foi o caso de João. Decorrido o período de convalescência da cirurgia,

os pais e demais adultos responsáveis pelos cuidados domiciliares devem ser orientados para os cuidados cotidianos da criança: a administração correta de medicações, a higienização e cuidados com a gastrostomia e a traqueostomia, a aspiração de vias aéreas superiores e a nebulização de oxigênio, o manejo de equipos, preparação e oferecimento da dieta.

A intervenção junto aos pais necessitaria de um trabalho integrado e colaborativo da equipe multiprofissional, como o oferecimento de um espaço de acolhimento e escuta qualificada que permitisse um processo de elaboração de suas dificuldades na interação com o bebê; um trabalho que possibilitasse à família entrar em contato com os limites e as potências de suas condições de vida, isto é, com as dificuldades concretas do cuidado da criança, mas com uma melhor percepção de seus recursos próprios, materiais e pessoais, e daqueles oferecidos pela rede de atenção à pessoa com deficiência. Uma estratégia para possibilitar a construção da participação e da interação familiar seria também a de favorecer a visita periódica de irmãos maiores e de outros membros de sua rede social que pudessem colaborar no cuidado da criança. Outra estratégia para a corresponsabilização do cuidado ao João poderia ser a oferta de um atendimento grupal de seus pais junto a outros pais de crianças com deficiência, de modo que pudessem compartilhar experiências e construção de estratégias de enfrentamento de sua condição.

Com relação à formação e à sustentação da rede de cuidados pós-alta, há que se considerar as dificuldades ainda presentes no oferecimento de serviços domiciliares para casos graves pela rede de atenção à criança com deficiência (28). Embora tenha sido publicada uma portaria de atendimento domiciliar pelo SUS (27), sua implementação praticamente ainda não aconteceu no país. A insuficiente oferta de atendimento domiciliar público para casos graves como o de João acaba deixando para as famílias buscar soluções por si próprias.

Para aquelas famílias que assumem para si o ônus do cuidado domiciliar, seria necessário redimensionar a divisão nas tarefas da casa para que pudessem dar a atenção necessária aos outros filhos, bem como incorporar o cuidado cotidiano de uma criança com deficiência grave. Embora os hospitais ofereçam regularmente capacitação para mães e demais cuidadores - manejo dos equipos,

aspiração, troca da fita de sustentação da traqueostomia, preparação da dieta a ser administrada pela gastrostomia, oferecimento de medicações, banho, troca de fraldas -, a prática cotidiana revela uma elevada sobrecarga física e emocional, em geral da mãe, que necessita ser acompanhada por serviços sociais e de saúde.

Para aquelas famílias, como a de João, que se percebem sem recursos materiais e pessoais para lidar com uma condição tão extrema, resta a tentativa de obtenção de algum recurso público via Ministério Público ou, ainda, a alternativa difícil, sofrida e excludente de solicitar a internação hospitalar de seu filho em um hospital de retaguarda como o único modo de cuidado possível.

### CONSIDERAÇÕES FINAIS

O exercício de aplicação de um Modelo Integrativo apresentado neste capítulo revela os desafios a serem enfrentados para que a atenção a neonatos hospitalizados por terapeutas ocupacionais se coadune aos princípios e políticas do Sistema Único de Saúde. Há ainda muito a ser feito para que seja oferecida ao neonato e sua família uma atenção integrada e humanizada, com uma rede de atenção à saúde articulada que ofereça condições sociais de suporte, qualidade de vida, dignidade, convivência familiar e social e acesso a direitos. Mesmo considerando as dificuldades concretas dos serviços de saúde em atender as expectativas das famílias por um cuidado resolutivo a seus filhos, as autoras deste capítulo acreditam que o exercício de se pensar um modelo de atenção integral e humanizado para neonatos hospitalizados vale o esforço. E não se trata de um exercício de utopia, mas de se buscar uma "imagem-objetivo" que possa ser utilizada por terapeutas ocupacionais quando de sua inserção em unidades hospitalares neonatais. Compreender a integralidade enquanto "imagem-objetivo", como proposto por Mattos (69), sinaliza a indicação de características e práticas desejáveis ao sistema de saúde, que revelam um conjunto de valores pelos quais vale a pena lutar, na busca de uma sociedade mais justa, solidária, inclusiva e com maior proteção social aos que necessitam.

Sabemos, sem dúvida, que há limites para a implementação do Modelo Integrativo proposto, mas, diferentemente da utopia que serve como

horizonte ao caminhante, a imagem-objetivo afirma a possibilidade de que modos de cuidar mais humanizados e integrais se tornem realidade num horizonte temporal definido. É nisso que acreditamos!

### REFERÊNCIAS

1. Als H. A Synactive Model of Neonatal Behavior Organization: framework for assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for the support for infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Phys Occup Ter Pediatrics*. 1986; 6(3-4):3-53.
2. Alves CO, Rodrigues RP, Dittz ES. Oficina de culinária: resgate da cotidianidade das mães acompanhantes de recém-nascidos de uma unidade de terapia intensiva neonatal. *REME*. 2008; 12(1):127-30.
3. American Academy of Pediatrics - APP. Neonatal drug withdrawal. *Pediatrics*. 2012; 129(2):e540-60.
4. American Academy of Pediatrics - APP. Errata. *Pediatrics*. 2014; 133(5):937.
5. Associação Brasileira de Psiquiatria - ABP. Diretrizes em foco. Abuso e dependência: crack. *Rev Assoc Med Bras*. 2012; 58(2):141-1532012.
6. Anderson J. Sensory intervention with the preterm infant in the neonatal intensive care unit. *Am J Occup Ther*. 1986; 40(1):19-26.
7. Anderson LJ, Anderson JM. Hand splinting for infants in the intensive care and special care nurseries. *Am J Occup Ther*. 1988; 42(4):222-6.
8. Avilés C. Terapia ocupacional en neonatología: una experiencia desde el sur. *Rev Chil Ter Ocup*. 2010; (10):11-21.
9. Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde Soc*. 2004; 13(3):16-29.
10. Ayres JRCM. Vulnerabilidade. Anotações de aula; 2014.
11. Ayres JRCM, França Jr I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
12. Baldini SM, Krebs VLJ, organizadores. *Humanização em UTI pediátrica e neonatal. Estratégias de intervenção junto ao paciente, aos familiares e à equipe*. São Paulo: Atheneu; 2010.
13. Barros DCC, Pereira EDA, Cavalcante MCV, Nunes MV, Marques PF, Fernandes RT et al. Utilização da posição canguru na unidade neonatal do Hospital Universitário Materno Infantil. *Rev Pesq Saúde*. 2010; 11(2):44-8.

14. Bowlby J. Apego: a natureza do vínculo. São Paulo: Martins Fontes; 1990. (Série Apego e perda, vol. 1).
15. Braga MC. Redes sociais de suporte para pais dos bebês internados na UTIN. [Dissertação]. Rio de Janeiro: IFF; 2006.
16. Braga NA, Morsh DS. Maternagem ampliada. In: Braga NA, Morsh DS, organizadores. Quando a vida começa diferente: o bebê e sua família na unidade neonatal. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1016, de 26 de agosto de 1993. Aprova as normas básicas para implantação do sistema de Alojamento Conjunto em todas as unidades médico-assistenciais, integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SIH / SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 1993.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Comitê Técnico de Humanização. Programa Nacional de Humanização do Atendimento Hospitalar (PNHAH). Série C. Projetos, Programa e Relatórios, nº 20. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde: Área Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso: método canguru: manual do curso. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes, para o período compreendido entre os anos 2004-2007. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
21. Brasil. Casa Civil. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Casa Civil; 2005.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.799, de 18 de novembro de 2008. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Amamenta Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
27. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.029, de 24 de agosto de 2011. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
28. Brasil. Casa Civil. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Brasília: Casa Civil; 2011.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde: Área Saúde da Criança. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo-peso: método canguru: manual do curso. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
30. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 930, de 10 de maio de 2012. Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
31. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestaçao de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestaçao de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
32. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.389, de 30 de dezembro de 2013. Altera, acresce e revoga dispositivos da Portaria nº 930/GM/MS, de 10 maio de 2012, que define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
33. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes de atenção à pessoa com paralisia cerebral. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
34. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
35. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), como estratégia de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à saúde integral da criança e da mulher, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde; 2014.

36. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.068, de 21 de outubro de 2016. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada à mulher e ao recém-nascido no Alojamento Conjunto. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
37. Brazelton TB. Bebês e mães. Álvaro Cabral, tradutor. Rio de Janeiro: Campus; 1981.
38. Brazelton TB. Neonatal behavioral assessment scale. 2. ed. London: Spastics International Medical Publications; 1984.
39. Brazelton TB. O desenvolvimento do apego: uma família em formação. Deise Batista, tradutora. Porto Alegre: Artes Médicas; 1988.
40. Brazelton TB, Greenspan SI. As necessidades essenciais das crianças. Cristina Monteiro, tradutora. Porto Alegre: Artmed; 2002.
41. Bureta KMM, Holanda ICLC. Contribuição da terapia ocupacional no processo de adoção do método mãe can guru. In: Anais X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, 2007; Goiânia. Goiânia: Editora KELPS, Editora da UCG; 2007.
42. Cardoso AS, Lima AM, Maximino VS, Specian CM. Estudo exploratório de dor em recém-nascidos pré-termos em uma unidade de tratamento intensivo neonatal. Cad Ter Ocup UFSCar. 2010; 18(2):105-14.
43. CDC. US Department of Health and Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. Division of Violence Prevention. A Journalist's Guide to Shaken Baby Syndrome: a preventable tragedy. A part of CDC's "Heads Up" Series; s/d. Disponível em: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/SBSMediaGuide.pdf>.
44. Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO; 2009. p. 113-26.
45. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO; 2003. p. 197-210.
46. Cotting P, Matsuo CM. Protocolo de controle e prevenção de infecção hospitalar do Hospital Maternidade Leonor Mendes de Barros. São Paulo: HMLMB; 2006.
47. Dittz ES. A mãe no cuidado do recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal. [Tese]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.
48. Dittz ES, Madeira LM, Duarte ED. Alojamento materno: construindo uma estratégia de humanização da assistência. REME. 2004; 8(4):490-4.
49. Dittz ES, Malloy-Diniz LF. Dor neonatal e desenvolvimento neuropsicológico. REME. 2006; (10):266-70.
50. Dittz ES, Melo DCC, Pinheiro ZMM. A terapia ocupacional no contexto da assistência à mãe e à família de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva. Rev Ter Ocup. 2006; 17(1):42-7.
51. Dittz ES, Mota JAC, Sena RR. O cotidiano no alojamento materno, das mães de crianças internadas em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2008; 8(1):75-81.
52. Dittz ES, Sena RR, Motta JAC, Duarte ED. Cuidado materno ao recém-nascido na unidade de terapia intensiva neonatal: possibilidades e desafios. Cienc Enferm. 2011; 17(1):45-55.
53. Duarte ED, Dittz ES, Silva BCN, Rocha LLB. Grupos de apoio às mães de recém-nascidos internados em unidade neonatal. Rev Rene. 2013; 14(3):630-8.
54. Duarte ED, Sena RR, Dittz ES, Tavares TS, Lopes AFC, Silva PM. A família no cuidado do recém-nascido hospitalizado: possibilidades e desafios para a construção da integralidade. Texto Contexto Enferm. 2012; 21(4):870-8.
55. Eliasson AC, Krumlind-Sundholm L, Rösblad B, Beckung E, Arner M, Öhrvall AM, et al. The Manual Ability Classification System (MACS) for children with cerebral palsy: scale development and evidence of validity and reliability. Dev Med Child Neurol. 2006;48(7):549-54.
56. Fernandes YB, Maciel Jr JA, Guedes CMH, Davoli A, Faccure NO. Shaken Baby Syndrome (Síndrome do bebê chacoalhado). Relato de caso. Arq Neuropsiquiatr. 1995; 53(3-B):649-53.
57. Finnegan LP, Kron RE, Connaughton Jr F et al. A scoring system for evaluation and treatment of the neonatal abstinence syndrome: a new clinical and research tool. In: Morselli PL, Garattini S, Sereni F, editors. Basic and therapeutic aspects of perinatal pharmacology. New York: Raven Press; 1975. p. 139-52.
58. Fortes Filho JB, Tartarella MB. Síndrome do Bebê Sacudido (SBS). Disponível em: <http://www.sbop.com.br/wp-content/uploads/2018/12/2013-CBO-Sindrome-do-Bebe%CC%82-Sacudido.pdf>.
59. Fraga E, Dittz ES, Machado LG. Cad Bras Ter Ocup. 2019; 27(1):92-104.
60. Gordin P, Johnson BH. Technology and family-centered perinatal care: conflict or synergy? J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1999; 28(4):401-8.
61. Gorga D. Occupational therapy treatment practices with infants in early intervention. Am J Occup Ther. 1989; 43(11):731-6.
62. Holloway E. Parent and occupational therapist collaboration in the neonatal intensive care unit. Am J Occup Ther. 1994; 48(6):535-8.
63. Joaquim RHVT. Capacitação de mães de bebês pré-termo como agentes de promoção do desenvolvimento no ambiente hospitalar. [Tese]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2008.

64. Joaquim RHVT, El-Khatib U, Barba PCSD. A integração do processo ensino e aprendizagem de alunas de Terapia Ocupacional e o cuidado de mães de bebês de risco na hospitalização. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2016; 24(2):397-402.
65. Joaquim RHVT, Silvestrini MS, Marini BPR. Grupo de mães de bebês prematuros hospitalizados: experiência de intervenção de Terapia Ocupacional no contexto hospitalar. *Cad Ter Ocup UFSCar*. 2014; 22(1):145-50
66. Joaquim RHVT, Wernetb M, Leite AM, Fonseca LMM, Mello DF. Interações entre mães e bebês prematuros: enfoque nas necessidades essenciais. *Cad Bras Ter Ocup*. 2018; 26(3):580-89.
67. Matsuo CM. Terapia ocupacional e a produção de cuidado em uma unidade de cuidados intermediários neonatais no município de São Paulo. [Dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2016.
68. Matsuo-Ogido CM. Grupo de terapia ocupacional com mães canguru: humanização hospitalar e processos criativos. In *Anais do XI Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional*. Fortaleza: COFFITO; 2009.
69. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO; 2006.
70. Meyerhof PG. O neonato de risco: proposta de intervenção no ambiente e no desenvolvimento. In: Kudo AM, Marcondes E, Lins MLF, Moriyama LT, Guimaraes MLLG, Juliani RCTP et al., coordenadores. *Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional em Pediatria*. 2. ed. São Paulo: Sarvier; 1994. p. 204-22.
71. Meyerhof PG. Qualidade de vida: estudo de uma intervenção em unidade de terapia neonatal de recém-nascidos pré-termo. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 1996.
72. Miller H. Prenatal cocaine exposure and mother-infant interaction: implications for occupational therapy intervention. *Am J OccupTher*. 1997; 51(2):119-31.
73. Mouradian LE, Als H. The influence of neonatal intensive care unit caregiving practices on motor functioning of preterm infants. *Am J OccupTher*. 1994; 48(6):527-33.
74. Obana AY, Oshiro M. A terapia ocupacional com bebês de risco: reflexões sobre a clínica. *Cad Centr Univ São Camilo*. 2002; 8(3):58-61.
75. Organização Mundial de Saúde - OMS. *Assistência ao parto normal: um guia prático*. Genebra: OMS; 1996.
76. Otoni ACS, Grave MTQ. Avaliação dos sinais neuro-comportamentais de bebês pré-termo internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 2014; 25(2):151-8.
77. Pallsano R, Rosenbaum P, Bartlett D, Livingston M. GMFCS - E & R © 2007 Can Child Centre for Childhood Disability Research, McMaster University. Versão Brasileira. Silva DBR, Pfeifer LI, Funayama CAR, tradutoras. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2007.
78. Pilotto DTS, Vargens OMC, Proglantl JM. Alojamento conjunto como espaço de cuidado materno e profissional. *Rev Bras Enferm*. 2009; 62(4):604-7.
79. Pinheiro R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 8. ed. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO; 2009.
80. Ribeiro CV, Soares MC, Torres AAP, Rosa SV, Meincke SMK. Significado da prematuridade para mães de bebês internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. *Rev Enferm UFPE*. 2014; 8(9):3106-11.
81. Sarti CA. Famílias enredadas. In: Acosta AR, Vitale MAF, organizadores. *Família, redes, laços e políticas públicas* 6ed. São Paulo: PUCSP / Cortez / CEDEPE; 2003.
82. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina - SES-SC. *Abordagem de transtornos por crack e cocaína em gestantes e bebês: protocolo clínico*. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde; 2015.
83. Silva DI, Chiesa AM, Veríssimo MLOR, Mazza VA. Vulnerabilidade da criança diante de situações adversas ao seu desenvolvimento: proposta de matriz analítica. *Rev Esc Enferm USP*. 2013; 47(6):1397-402.
84. Takatori M. Vamos brincar? Do ingresso da criança com deficiência física na terapia ocupacional à facilitação da participação social. [Tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2010.
85. Tedesco S. Terapia Ocupacional: produzindo uma clínica de atenção às dependências. *Rev CETO*. 1997; 2(2):16-9.
86. Vergara E, Anzalone M, Bigsby R, Gorga D, Holloway E, Hunter J et al. Specialized knowledge and skills for occupational therapy practice in the neonatal intensive care unit. *Am J Occup Ther*. 2006; 60(6):659-68.
87. Winnicott DW. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Ortiz ICS, tradutora. Porto Alegre: Artmed; 2007.
88. Winnicott DW. *O bebê e suas mães*. 4. ed. Camargo JL, tradutor. São Paulo: Martins Fontes; 2013.

# Sobre os autores

---

## ORGANIZADORAS

### **Luzia Iara Pfeifer**

Terapeuta ocupacional, Mestre em Educação Especial, Doutora em Educação. Pós-doutorado em Brincar Infantil, Livre Docente e Professora Sênior no Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos.

### **Maria Madalena Moraes Sant'Anna**

Terapeuta ocupacional, com 39 anos de experiência clínica em Londrina, PR, Mestre em Distúrbios do Desenvolvimento pela Universidade Presbiteriana Mackenzie / São Paulo, Doutora em Educação pela UNESP/ Marília. Coordenadora do Programa de Pós-graduação *Lato Sensu* em Terapia Ocupacional Uma Visão Dinâmica em Neurologia, FAMESP/SP.

## COLABORADORES

### **Aila Narene Dahwache Criado Rocha**

Terapeuta ocupacional, Doutora em Educação pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), Docente do Curso de Terapia Ocupacional e do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação da UNESP (Lins), Coordenadora do Laboratório de Estudos em Acessibilidade, Tecnologia Assistiva e Inclusão (LATAI).

### **Amanda Mota Pacciullo Sposito**

Terapeuta ocupacional, Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP, Terapeuta ocupacional da Prefeitura de Ribeirão Preto.

### **Ana Amélia Cardoso**

Terapeuta ocupacional, Doutora em Ciências da Reabilitação, Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Docente do Curso de Mestrado em Estudos da Ocupação da UFMG.

### **Ana Carolina Rodrigues da Silva**

Terapeuta ocupacional da AACD - Unidade Ibirapuera, Especialista em Reumatologia pela UNIFESP, Especialista em Tecnologia Assistiva pela UFMABC, com formação no *Baby Course* e Bobath Infantil.

### **Carolina Cangemi Gregorutti**

Terapeuta ocupacional, Doutora em Educação pelo Departamento de Educação Especial da Universidade Estadual Paulista (UNESP).

### **Catia Mari Matsuo**

Terapeuta ocupacional, Mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Preceptora do Programa de Residência Multiprofissional em Promoção da Saúde e Cuidado na Atenção Hospitalar no Hospital Universitário da Universidade de São Paulo.

**Clarice Ribeiro Soares Araújo**

Terapeuta ocupacional, Doutora em ciências da reabilitação, Professora do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba.

**Daniel Marinho Cezar da Cruz**

Terapeuta ocupacional, Docente do Departamento de Terapia Ocupacional e do Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Terapia Ocupacional (PPGTO) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Professor visitante na *Wrexham Glyndwr University*, País de Gales, Reino Unido.

**Daniela Baleroni Rodrigues Silva**

Terapeuta ocupacional, Doutora em Neurociências pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Responsável pela Clínica Integra Kids (Ribeirão Preto).

**Débora Ribeiro da Silva Campos Folha**

Terapeuta ocupacional, Doutora em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), Professora do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará (UEPA).

**Francielly Caroline Silva e Costa**

Terapeuta ocupacional, Mestre em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Responsável pela Clínica Meus Sentidos (Franca).

**Francine Ferland**

Terapeuta ocupacional, Professora Emérita na Faculdade de Medicina da Universidade de Montréal, Canadá, Especialista no Brincar Infantil. Desenvolveu os instrumentos Entrevista Inicial com os Pais, Avaliação do Comportamento Lúdico e do Modelo Lúdico.

**Gabriela Souza dos Santos Demarchi**

Terapeuta ocupacional, Mestre em Ciências da Saúde, Professora Assistente Substituta na UNIFESP – Campus Baixada Santista.

**Giovana Martini**

Terapeuta ocupacional, Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Especialista em Estimulação Visual e Integração Sensorial.

**Grace Claudia Gasparini**

Terapeuta ocupacional, Mestre em Psicologia da Saúde, Terapeuta ocupacional do Instituto de Reabilitação Integrada em Campo Grande, MS.

**Karen Stagnitti**

Terapeuta ocupacional, Professora Honorária na *Deakin University* (Geelong, Austrália), Doutora em Filosofia, Especialista no Brincar Infantil. Desenvolveu duas avaliações do Brincar: *The Symbolic and Imaginative Play Developmental Checklist* and *the Child-Initiated Pretend Play Assessment*, e a Terapia *Learn to Play*.

**Leticia Akemi de Araújo Sakamoto Sabino**

Terapeuta ocupacional, Mestre em Neurologia e Doutoranda em Neurociências na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo.

**Leticia de Oliveira Alves Cardoso**

Terapeuta ocupacional, Pós-graduada (*lato sensu*) em Terapia da Mão e Reabilitação em Membros Superiores pela UFSCar/SP, com formação no Conceito Neuroevolutivo Bobath Pediátrico.

**Lina Silva Borges Santos**

Terapeuta ocupacional, Coordenadora do setor de TO da AACD / SP, Supervisora clínica na área de Terapia Ocupacional Infantil, Especialista no Conceito Neuroevolutivo Bobath Pediátrico e *Baby Course*.

**Lívia de Castro Magalhães**

Terapeuta ocupacional, Doutora em Educação, Professora Titular de Terapia Ocupacional e Docente do Curso de Mestrado em Estudos da Ocupação na Universidade Federal de Minas Gerais.

**Luara Sandrin Engracia Garcia**

Terapeuta ocupacional do Hospital de Câncer Infantojuvenil de Barretos – Unidade de Transplante de Medula Óssea.

**Lúcia da Rocha Uchôa-Figueiredo**

Terapeuta ocupacional, Doutora em Psicologia pela Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras da Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto, Docente na Universidade Federal de São Paulo / Baixada Santista (UNIFESP/BS).

**Lucieny Almohalha**

Terapeuta ocupacional, Doutora em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Professora Adjunta da Universidade Federal do Triângulo Mineiro – UFTM.

**Maíra Ferreira do Amaral**

Terapeuta ocupacional, Doutora em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Minas Gerais, Professora Adjunta no Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM).

**Marcela Aparecida dos Santos**

Terapeuta ocupacional, Mestre em Neurociências e Comportamento pela Universidade de São Paulo, Terapeuta em Baixa Visão pela UNIFESP, Técnica em Orientação e Mobilidade pela Laramara.

**Marcia Maria Pires Camargo Novelli**

Terapeuta ocupacional, Doutora em Ciências – Neurologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Docente na UNIFESP – Campus Baixada Santista.

**Maria Emília Pires Briant**

Terapeuta ocupacional, Mestre em Ciências pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Especialista em Integração Sensorial pela Universidade do Sul da Califórnia, Especialista em Deficiência Visual.

**Mariana Ribeiro Marques Ferreira**

Terapeuta ocupacional, Mestre em Ciências pelo Programa Interunidades de Bioengenharia da USP (FMRP/EESC/IFSC), com formação no Conceito Neuroevolutivo Bobath Pediátrico.

**Marina De Brito Brandão**

Terapeuta ocupacional, Doutora em Ciências da Reabilitação, Professora Adjunta do Departamento de Terapia Ocupacional e do Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Minas Gerais.

**Marisa Cotta Mancini**

Terapeuta ocupacional, Doutora em Ciência da Reabilitação pela *Boston University*, Professora Titular do Departamento de Terapia Ocupacional e do

Programa de Pós-graduação em Ciências da Reabilitação da Universidade Federal de Minas Gerais.

**Marisa Takatori**

Terapeuta ocupacional (USP), Doutorado em Ciências pelo Instituto de Psicologia da USP, Terapeuta ocupacional da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de São Paulo.

**Miriam Queiroz de Farias Guerra**

Terapeuta ocupacional, Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Professora Adjunto III no Departamento de Terapia Ocupacional da UFPE.

**Miryam Bonadiu Pelosi**

Terapeuta ocupacional, Doutora em Educação e Professora Associada do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Coordenadora do Laboratório de Tecnologia Assistiva – LabAssistiva.

**Nádia Lombardi Maximino Siqueira**

Terapeuta ocupacional, com Pós-graduação (*lato sensu*) no Programa de Reabilitação Profissional em Terapia Ocupacional – Reabilitação Infantil pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC/ Campinas.

**Noomi Katz**

Terapeuta ocupacional, Doutora, *Research Institute for the Health Ono Academic College*, Israel. Autora dos instrumentos de avaliação cognitiva LOTCA, DOTCA, DLOTCA e DOTCA-Ch,

**Paola Matiko Martins Okuda**

Terapeuta ocupacional, Doutora em Ciências pelo Departamento de Psicologia e Psiquiatria Médica da Universidade Federal Paulista – UNIFESP.

**Patrícia Carla de Souza Della Barba**

Terapeuta ocupacional, Doutora em Educação Especial pela UFSCar, Docente Associado do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos.

**Rachel Helena Silva Oliveira**

Terapeuta ocupacional, Mestre em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Minas Gerais.

Terapeuta Ocupacional da Associação Mineira de Reabilitação.

**Renata Cristina Bertolozzi Varela**

Terapeuta ocupacional, Mestre em Ciências da Reabilitação pela Universidade de São Paulo, Supervisora de Comunicação Alternativa do IADHEC – Instituto Aplicado ao Desenvolvimento Humano e Cultura.

**Renata Valdívnia Lucisano**

Terapeuta ocupacional do Centro de Reabilitação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Doutoranda no Programa de Neurociências da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

**Sandra Maria Galheigo**

Terapeuta ocupacional, Doutora em Ciências Sociais pela *University of Sussex*, Reino Unido. Docente do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional e do Programa de Mestrado Profissional Terapia Ocupacional e Processos de Inclusão Social da Universidade de São Paulo.

**Sandra Regina Barnabé Ramalho Zoratti.**  
Fisioterapeuta, Especialista em Bases Fisiológicas e Biomecânicas do Motor na Reabilitação Física, atua no Instituto de Reabilitação Integrada em Campo Grande, MS

**Solange Nogueira**

Terapeuta ocupacional, Mestre em Ciências da Reabilitação e Professora Substituta do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

**Solange Tedesco**

Terapeuta ocupacional (Pontifícia Universidade Católica de Campinas), Doutora em Ciências da Saúde pelo Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP.

**Valquiria Ferreira Josué**

Terapeuta ocupacional da Fundação de Apoio ao Ensino, Pesquisa e Assistência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo. Pós-graduada (*lato sensu*) em Saúde Mental pela AVM Faculdades Integradas.