

INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA OCUPACIONAL EM CTI PEDIÁTRICO: UM ESTUDO DE CASO^{1 2}

TATIANE GRIGOLATTO³
GISELI DE FÁTIMA DOS SANTOS CHAVES⁴
MARIANA BALDINI DIAS COSTA SILVA⁵
PROFA. DRA. LUZIA IARA PFEIFER⁶

RESUMO

O desenvolvimento infantil é um processo gradativo e complexo. As várias aquisições adquiridas pela criança durante essa fase da vida dependem muito da maturação cerebral e do grau de exposição da criança aos estímulos externos. A avaliação de Terapia Ocupacional concentra-se no desempenho das funções do bebê, observando o processo da ação e suas condições para a sua realização, como os aspectos motores, cognitivos e sensoriais. Esse estudo de caso descreve a intervenção terapêutica Ocupacional em CTI pediátrico, objetivando o desenvolvimento, no bebê, das habilidades necessárias a sua faixa etária, induzindo ações intencionais através de estímulos e adequações posturais e competências sociais de uma criança com sintomas diversos, secundários a uma severa hipóxia. O principal recurso utilizado foi o brincar, utilizando brinquedos industrializados e confeccionados pelas estagiárias, cantigas infantis e instrumentos de estimulação vestibular como prancha de equilíbrio e cadeira de balanço. Foram realizadas 14 intervenções, com periodicidade de duas vezes por semana, com duração média de 45 minutos, durante o 1º semestre de 2005. Apesar de não esclarecido o grau de comprometimento neurológico da criança, evidenciou-se a capacidade de adquirir habilidades e necessidade da interação social em brincadeiras, melhorando sua qualidade de vida, assim como de sua família, características estas intrínseca ao ser humano. A importância deste trabalho reside na melhora significativa da criança e na divulgação da atuação

¹ Artigo recebido em 19 de maio de 2008. Aceito para publicação em 17 de julho de 2008.

² Trabalho desenvolvido na Unidade de Emergência do HCFMRP – USP e Apresentado no 14º SIICUSP e no X Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional

³ Terapeuta Ocupacional graduada pela FMRP – USP. tgrigolato@bol.com.br

⁴ Terapeuta Ocupacional graduada pela FMRP – USP. giselichaves@hotmail.com

⁵ Terapeuta Ocupacional das Enfermarias Pediátricas da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto – FMRP – USP. maribaldini@ig.com.br

⁶ Docente do curso de graduação em Terapia Ocupacional da FMRP – USP. luziara@fmrp.usp.br

terapêutica ocupacional junto ao CTI pediátrico da Unidade de Emergência de um hospital universitário no interior do estado de São Paulo.

PALAVRAS-CHAVE: Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica, Terapia Ocupacional, Hipóxia-Isquemia Encefálica

OCCUPATIONAL THERAPEUTIC INTERVENTION IN THE PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT: A CASE STUDY

ABSTRACT

A child's development is a slow and complex process. What a newborn infant can achieve during the early stages of life depends a lot on its cerebral maturity and on its degree of exposure to external stimulus. The Occupational Therapy evaluation focuses on the baby's activity, watching the process of its advance and the conditions under which it occurs, such as the motor, cognitive and sensory aspects. This case study describes an Occupational Therapy intervention in the pediatric I.C.U, focusing on the facilitation of babies to develop skills according to their ages, inducing intentional actions by means of stimulation and posture adaptation, and social competence for an infant with several symptoms following severe hypoxia. The main course of action taken was to play, using industrialized toys and some other toys made by occupational therapy students, children's song-singing, stimulation instruments like equilibrium board and rocking chair. Sessions were performed at a frequency of twice a week for 14 times, over an average length of 45 minutes, during the first half of 2005. Despite the uncertainties about the original neurological deficiency, progress was noticeable in the skills building and in the ability for social interaction, hence the improvement to the infant's quality of living, as well as to their family's. The significance of this work lives in the considerable improvement to the child's health and to document the performance of Occupational Therapy in the pediatric I.C.U. of a teaching hospital in the state of São Paulo.

KEY WORDS: Intensive Care Units Pediatric, Occupational Therapy, Hypoxia-Ischemia Brain

INTRODUÇÃO

O desenvolvimento infantil é um processo complexo de padronização, ou seja, do estabelecimento de padrões comportamentais (respostas definidas do sistema neuromotor a situações específicas) que se modificam

com a idade e evoluem de maneira equiparável, tanto na gestação, quanto após o nascimento (GESELL, 2002).

As várias aquisições de novos comportamentos motores e cognitivos, especialmente durante os dois primeiros

anos de vida, dependem largamente da interação recíproca e contínua entre as bases neurológicas (integridade e maturação cerebral) e o meio ambiente (exposição da criança a estímulos externos), visto que inputs sensoriais, provenientes do ambiente, influenciam o desenvolvimento do cérebro (JAN, SYKANDA e GROENVELD, 1990; GESELL, 2002). Desta interação resulta a organização de comportamentos simples ou complexos, os quais modificam tanto o ambiente como o próprio sistema nervoso, denotando a plasticidade neural, sendo que esta apresenta relações mais estreitas e complexas com os processos comportamentais do que se acreditou durante muito tempo (FERRARI *et al.*, 2001).

Segundo PIAGET (1982) o período de zero a dois anos (período sensório-motor) é de experimentações sensório-motoras elementares e intencionais, quando a criança utiliza-se de estímulos sensoriais para se adaptar e conhecer o meio, sendo que essa exploração do ambiente e objetos comumente se dá através da brincadeira.

De acordo com a teoria de Piaget, inicialmente o bebê possui esquemas bem simples, os quais se manifestam através de um repertório de ações sensoriais e motoras. Mais tarde, em função dos estímulos externos e da maturação cerebral, o bebê passa a ter esquemas mentais mais aprimorados, cabendo ressaltar que estes são mais complexos e internalizados que os anteriores (BEE, 1997).

LENT (2004) refere que existe uma fase durante o desenvolvimento, denominada período crítico, na qual o sistema nervoso do indivíduo é mais suscetível de transformações provocadas pelo ambiente externo, ou seja, possui grande plasticidade neural e isto se dá, geralmente, durante a infância.

Assim, o período sensório-motor caracteriza-se como um dos mais críticos no desenvolvimento da criança, o

que reforça a idéia da importância de nele se diagnosticar qualquer alteração de desenvolvimento (NOBRE *et al.*, 1998).

Quando uma ou mais alterações comprometem algumas das funções inerentes ao indivíduo, acabam por intervir na fluidez da cadeia desenvolvimentista, como observado em infecções, malformações, traumas, anóxia neonatal, condições patológicas da mãe, intoxicações de maneira geral, entre outros.

Estas alterações, ocorridas nos dois primeiros anos de vida, principalmente no sistema nervoso central, podem constituir-se em fatores restritivos para o desenvolvimento infantil (NEWCOMBE, 1999).

Uma patologia freqüentemente relatada nos prontuários médicos é a encefalopatia hipóxico-iscêmica (EIH), sendo considerada a agressão perinatal mais freqüentemente associada à encefalopatia neonatal e seqüelas neurológicas subsequentes, estando estas últimas diretamente relacionadas ao grau de comprometimento encefálico (GIANNI, 2003). O Apgar oferece indícios da ocorrência da hipóxia através da avaliação do estado cardiorespiratório do recém-nascido, evidenciando uma má perfusão sanguínea (FENICHEL, 1995).

A EIH pode ser dividida em três graus de severidade, levando-se em consideração os sintomas clínicos apresentados, os quais se classificam em leve, moderado e grave, cujo prognóstico depende desta classificação (FENICHEL, 1995; NITRINI e BASCHESCHI, 2003).

Segundo esta classificação, os recém-nascidos considerados leve apresentam alterações de consciência variando de letargia à irritabilidade com ciclos de sono alterados, nunca ocorrendo convulsões. Os considerados moderados geralmente são hipotônicos, letárgicos, com reflexos exaltados e clônus, podendo ocorrer convulsões nas primeiras 24 horas. Já os tidos como grave apresentam-se geralmente comatosos ou flácidos, com

reflexos ausentes, bradicardia e hipotensão, necessitando de ventilação assistida e frequentemente ocorrendo convulsões.

Desta forma o bebê, cujos sintomas se enquadrem em quaisquer dessas classificações, pode permanecer longos períodos em Centros/Unidades de Terapia Intensiva (CTI), buscando restabelecimento de seu estado clínico e, portanto, necessitará do trabalho de uma equipe multidisciplinar.

O CTI pediátrico é um ambiente que tem como enfoque oferecer recursos terapêuticos avançados, buscando a sobrevivência dos bebês que se encontram em situação de risco. Entretanto, estes recursos muitas vezes causam um ruído elevado, iluminação excessiva, manuseios freqüentes, os quais, muitas vezes, são dolorosos, o que torna esse ambiente bastante estressante para o bebê (CARDOSO *et al.*, 2007).

O terapeuta ocupacional dentro desta equipe multidisciplinar tem como objetivo intervir neste contexto hospitalar, na medida do possível, para minimizar ao máximo esses fatores estressantes. Busca também favorecer o desempenho ocupacional do bebê, focalizando o desenvolvimento das habilidades necessárias a sua faixa etária, favorecendo ações intencionais através do brincar (expressivo recurso terapêutico ocupacional), cuja importância se dá não somente como meio para se atingir a melhora dos componentes de desempenho, mas como forma de atividade lúdica, integrando a área de desempenho de jogos e brincadeiras.

Através das brincadeiras, a criança inicia seu auto – conhecimento exercita suas potencialidades e pode reviver circunstâncias que lhes causaram excitação, alegria, ansiedade, medo ou raiva (PEDRO *et al.*, 2007), além de interagir com o mundo, com os objetos e com os outros (KUDO e PIERRI, 1994; MESOMO, SAITO, LARA, 2003).

Acreditando nestes pressupostos, a Terapia Ocupacional destaca o brincar como o principal papel ocupacional na infância, o qual deve ser estimulado e desenvolvido através de estratégias terapêuticas.

O terapeuta ocupacional avalia as brincadeiras próprias para cada criança, de acordo com seu universo cultural, de sua faixa etária, de desenvolvimento cognitivo, de sua potencialidade, das características da doença, adequando-as às restrições do ambiente hospitalar (KUDO e PIERRE, 1994).

Por ser um espaço direcionado a pacientes que necessitam de cuidados intensivos e os que apresentam risco de morte eminente (DE CARLO, BARTALOTTI, e PALM, 2004) causa sentimentos negativos nos familiares. Em relação à internação de bebês em UTIs, KUDO e GUIMARÃES (1994) referem que os familiares são os que parecem mais atingidos, pois relacionam a palavra UTI com a perda ou não retorno. Assim, o terapeuta ocupacional deve estar atento às manifestações dos familiares, buscando facilitar a expressão dos sentimentos, a colocação de dúvidas e principalmente auxiliando na interação mãe – bebê.

Desta forma, para atuar em uma UTI pediátrica, torna-se necessário o conhecimento do brincar, dos estágios normais do desenvolvimento infantil e das alterações patológicas presentes.

Foi a partir destes conhecimentos que foi desenvolvida a intervenção terapêutica ocupacional junto a uma criança internada no Centro de Terapia Intensiva (CTI) da Unidade de Emergência (UE) de um hospital universitário, em uma cidade de médio porte, localizada no interior do estado de São Paulo.

Esta prática foi realizada como parte da disciplina de Terapia Ocupacional Aplicada às Condições da Infância e Adolescência I do 7º semestre de um curso de Graduação em Terapia Ocupacional de uma universidade pública na mesma cidade em que se localiza

o hospital, a qual utiliza a metodologia da Aprendizagem Baseada no Problema (PBL), sendo que os alunos são apresentados a situações problema para que, a partir destas, seja desenvolvido o raciocínio clínico e incentivado o aprendizado de conteúdos teóricos que darão suporte à intervenção terapêutica ocupacional.

OBJETIVO

Este artigo tem como objetivo apresentar o processo de intervenção terapêutica ocupacional, dentro de uma equipe multidisciplinar, junto a um bebê internado em um centro de terapia intensiva pediátrica.

METODOLOGIA

Participante: Ana^{vii}, nascida em 22/06/2004, de parto cesáreo, a termo, pesando 3.100 g, com Apgar em 2/7/9, em uma pequena cidade do interior do estado de Minas Gerais. Filha caçula de um casal morador da zona rural, com renda mensal média de três salários mínimos, casados há 10 anos e que possuíam um outro filho de 9 anos. O pai, 36 anos, era caseiro de um sítio e a mãe, 27 anos, era doméstica da casa desse mesmo sítio.

Apresentou taquipnéia desde o nascimento e foi transferida para cidade maior, chegando com falência respiratória, sendo necessário a implementação de ventilação mecânica, através de uma traqueostomia. Apresentou crises convulsivas e sinais de choque cardiogênico, ocasionando edema pulmonar agudo. Após realização de exames específicos foi constatada uma discinesia diafragmática com alta frequência e algumas contrações efetivas.

Com três meses e 24 dias foi transferida para a Unidade de Emergência do hospital universitário. Após, aproximadamente, 6 meses de sua internação, passou a ser atendida pelo serviço de Terapia Ocupacional.

A hipótese diagnóstica da criança incluía: mioclonia

diafragmática, bronquiolite, bronquiectasias, encefalopatia hipóxico-isquêmica e hérnia paraesofágica. Dependente de ventilação mecânica a maior parte do dia, inclusive no momento das intervenções,

Procedimentos para coleta de dados: As informações acerca do histórico clínico da criança foram colhidas no prontuário médico e durante os atendimentos em que a mãe estava presente. Inicialmente foi realizada uma avaliação da criança utilizando um roteiro não padronizado, baseado nos marcos do desenvolvimento infantil. Os procedimentos terapêuticos ocupacionais realizados junto à criança foram registrados em diário de campo, logo em seguida aos atendimentos, destacando os objetivos, os recursos e as respostas da mesma.

Procedimentos de análise de dados: As informações acerca do histórico clínico foram analisadas de forma a descrever as características da criança. A avaliação foi analisada a fim de traçar um panorama dos componentes ocupacionais da criança e definir os objetivos terapêuticos a serem seguidos. Os registros do diário de campo foram analisados a partir das atividades utilizadas e dos objetivos atingidos junto à criança.

RESULTADOS

Avaliação: Foi identificado um atraso importante nos componentes de desempenho ocupacionais na criança.

Aspectos sensoriais: Alimentação somente por via parenteral. Não realizava movimentos rítmicos e nem imitação de gestos, além de não realizar auto-exploração. Possuía movimentos estereotipados.

Aspectos neuromusculares: não sentava sozinha, não possuía controle cervical; também foi observada hipotonia generalizada e presença de reflexos

^{vii} Nome fictício, a fim de preservar a identidade da criança.

patológicos. Não tolerava a posição em prono, além de não ter sido observado nenhuma tentativa de mudanças de decúbito. Não possuía movimentos intencionais de membros superiores (MMSS), não realizava preensão palmar e nem alcance.

Aspectos percepto-cognitivos: possuía um provável déficit visual, o qual, no entanto, ainda não havia sido confirmado. Não possuía fixação, nem seguimento visual horizontal ou vertical. Não apresentava nenhuma expressão oral e não possuía discriminação e compreensão de palavras.

Aspectos psicossociais: não imitava expressões faciais. Não diferenciava pessoas estranhas de conhecidas. Apresentava falta de interação com o ambiente e com as pessoas que a cercavam.

Aspectos lúdicos: não se interessava pelos brinquedos oferecidos e nem interagiu quando estimulada por investidas lúdicas.

Objetivos Terapêuticos Ocupacionais:

Melhora das áreas de desempenho ocupacional relacionadas ao brincar e à participação social (especialmente a interação).

Para a melhora das áreas de desempenho torna-se necessário atentar para os componentes destas áreas, tais como ganho de controle cervical, dessensibilização, inibição de movimentos estereotipados e de reflexos patológicos, normatização do tônus muscular, utilização do resíduo visual, realização de mudanças de decúbito e de movimentação intencional.

Intervenções Terapêuticas Ocupacionais:

Foram realizados 14 atendimentos de aproximadamente 45 minutos, entre os meses de março a maio de 2005, duas vezes semanais, por duas acadêmicas do sétimo semestre do curso de Terapia Ocupacional, supervisionadas pela terapeuta ocupacional do CTI da UE e pela docente do curso.

Diversos recursos foram utilizados durante os atendimentos, mas para fins didáticos serão apresentados apenas os considerados mais expressivos.

- Cantigas infantis: utilizou-se este recurso durante todos os atendimentos, visando estimulação sonora e a introdução de vivências rítmicas proporcionada pelas cantigas, muito útil quando a criança mostrava-se inquieta e irritada. Além disso, este recurso mostrou-se eficaz no desenvolvimento da linguagem de Ana, visto que, nos últimos atendimentos, a criança iniciou a vocalização.

- Prancha de Estimulação Sensorial e de Equilíbrio: utilizadas em vários atendimentos, com o objetivo de estimulação da propriocepção e do sistema vestibular da criança, a descarga de peso e fortalecimento da musculatura cervical, do tronco (anterior e posterior) e MMSS, sendo também incluindo nessa atividade o toque nas partes de seu próprio corpo para promoção do estabelecimento do esquema corporal.

Inicialmente, com o uso da prancha de equilíbrio, Ana demonstrou desconforto, evidenciada por náusea. Com o ocorrido, optou-se por utilizar a cadeira de balanço, com a criança no colo da mãe, como forma de facilitar o uso da prancha.

A cadeira de balanço tinha como objetivo, além do estímulo vestibular, o contato maior entre mãe e filha, porém a mãe também apresentou desconforto, nauseando e, desta forma, a atividade foi realizada pelas duas acadêmicas, colocando-se a criança no colo de uma delas com estabilização de quadril apenas, enquanto a outra fornecia estímulos sonoros e visuais à sua frente. Ambas as condutas promoviam o estabelecimento do controle cervical.

Através destas intervenções foram percebidas muitas aquisições, tais como a descarga de peso em MMSS, especialmente nas mãos, melhora do tônus global, equilíbrio e posterior presença do rolar.

- Passeio no parque da pediatria: Ana e sua mãe foram levadas a um passeio no Parque da Pediatria, onde havia luz natural e alguns brinquedos, algo inédito na vida da criança. Nesse contexto, observou-se que a criança piscou à presença da luz solar e apresentou uma mudança de humor, já que antes se apresentava inquieta e, no parque, tranquilizou-se. Além disso, pôde sentir o deslocamento no espaço no colo de sua mãe (estímulo vestibular).

- Massagem: a mãe foi orientada a massagear o corpo de Ana, pois sua pele estava ressecada pelo ar condicionado do CTI, favorecendo uma maior aproximação entre mãe e filha. Esta atividade propiciou um maior vínculo entre mãe e filha, ampliando e intensificando os momentos de interação.

- Olho de boi: uma bola branca de isopor (do tamanho de uma laranja) foi pintada com listras pretas e utilizada com a intenção de estimular a fixação e o seguimento visual horizontal e vertical.

A criança demonstrou interesse pela bola fixando o olhar, seguindo-a e até mesmo tentando pegá-la.

- Palhaço: Brinquedo confeccionado pelas acadêmicas, feito com uma placa de isopor, com papéis de diferentes texturas e cores contrastantes, contendo peças (partes do rosto do brinquedo) que se fixam com velcro e o cabelo do palhaço feito de algodão. Esse brinquedo propiciou à Ana uma vasta exploração e grande ganho na manipulação. O cabelo do palhaço foi explorado por uma só mão, em seguida, pela outra mão, que atingiram a linha média, havendo momentos em que Ana pegava o algodão e tentava levá-lo à boca, bem como suas próprias mãos. Conseguiu passar o algodão de uma mão à outra e as observava enquanto movia seus dedos. A idéia de confeccionar este brinquedo surgiu quando foi observado o crescente interesse da criança por rostos

humanos, aliado a uma melhora na preensão e manipulação, visivelmente aprimoradas pelo brinquedo, demonstrando intensa motivação na sua exploração. A partir de seu uso na terapia, a criança passou a apresentar expressões faciais associadas a sensações e para comunicar-se.

- Bolas de diferentes texturas: Esse material foi utilizado em vários atendimentos e foi possível observar grande evolução desde seu primeiro contato até o último. Inicialmente, Ana tomou contato com as bolinhas passivamente, enquanto as acadêmicas passavam-nas em seu corpo para que sentisse as diferentes texturas. Após alguns atendimentos, a criança interessou-se em pegá-las, mas fazendo-o com as mãos fechadas e sem uma direção definida. Ao final, levava as mãos abertas ao encontro das bolinhas, sem muita dificuldade.

DISCUSSÃO

Devido ao fato de Ana ter vivido em instituição hospitalar desde o seu nascimento até o período da realização desta intervenção, sua rotina foi estabelecida mediante aos horários de procedimentos feitos pela equipe, por isso, os estímulos adequados e necessários ao seu desenvolvimento neuropsicomotor eram muito escassos.

Desta forma, seu ciclo de sono – vigília não foi estabelecido em função do dia e da noite, visto que a iluminação do CTI é artificial, sua alimentação foi realizada por via parenteral, sua exploração ambiental ficava restrita ao leito e sua convivência social se restringia à equipe dos profissionais de saúde, apesar desta ser acolhedora, afetiva e de ser continente com a família nuclear.

Observou-se também que a interação através do brincar ficava delegada a segundo plano, pois se acredita, erroneamente, que os cuidados com as funções do corpo^{viii} são mais importantes. Assim, as intervenções

^{viii} São as funções fisiológicas dos sistemas do corpo, incluindo as funções psicológicas (CIF, 2003)

terapêuticas ocupacionais foram programadas para possibilitar uma aproximação da criança com parâmetros sadios do desenvolvimento.

A brincadeira favorece a interação da criança com o ambiente, contribuindo assim com o desenvolvimento de estruturas neurais (HOLLOWAY, 2000).

Diante disto, os objetivos traçados visavam, além de desenvolver habilidades motoras, sensoriais, cognitivas e sociais, as quais favorecem o desenvolvimento das áreas de desempenho ocupacional infantil (cuja principal atividade constitui-se no brincar) acrescentar à rotina de Ana, atividades que lhe proporcionassem momentos prazerosos a partir de sua crescente motivação e habilidades em aquisição.

É papel de o terapeuta ocupacional adaptar o ambiente e as brincadeiras de forma a facilitar a interação dos pais com o bebê, além de identificar o quanto ambos estão aptos a iniciarem este trabalho em conjunto (HALLOWAY, 2000).

A utilização da música como recurso terapêutico partiu do pressuposto de que a mesma serve como uma oportunidade de desenvolver o apego e, para que os processos cognitivos ocorram é primordial que exista o envolvimento do afeto (BEYER, 2003).

Neste contexto, os estímulos sensoriais foram os precursores das intervenções durante os atendimentos terapêuticos ocupacionais, os quais evoluíram para a uma adequação lúdica compatível com suas habilidades. Este se baseou no conceito de plasticidade cerebral e da intervenção precoce, os quais puderam ser comprovados nas crescentes aquisições da criança.

Os manuseios utilizados se basearam nos conceitos de MONTEIRO (2007) a qual afirma que o programa terapêutico junto a bebês presentes em UTI deve englobar o enrolamento, a contenção facilitadora e os estímulos vestibulares e proprioceptivos.

Diante do provável déficit visual da criança, a introdução dos estímulos sensoriais surge como uma modalidade compensatória (GONÇALVES e GAGLIARDO, 1998)

O déficit visual também foi focalizado através do uso de brinquedos/objetos que possuíssem contrastes, pois segundo NEWCOMBE (1999) estes possibilitam melhor visualização e distinção pelas crianças nos primeiros meses de vida, quando a maturação do sistema visual ainda não está completa. A resposta positiva de Ana a estes tipos de estímulos, confirma que o desenvolvimento das funções visuais e de outras funções do organismo, está condicionado a fatores de maturação neurológica e de aprendizagem (BOTEGA e GAGLIARDO, 1998).

Durante todo o processo terapêutico ocupacional verificou-se a melhoria da qualidade de vida de Ana, pois em sua rotina hospitalar foram inseridas atividades as quais possibilitaram a melhoria das habilidades motoras tais como o rolar e a preensão (fundamental para a práxis humana), das habilidades sensoriais, principalmente visual e tátil, das habilidades verbais através da vocalização e das habilidades sociais com a ampliação da interação com a mãe, além de ter seu espaço circundante ampliado deixando de ficar restrita ao leito apenas para usufruir o espaço do quarto e o espaço externo do hospital.

O papel da mãe é fundamental, pois é com ela que o bebê estabelece uma relação de confiança nos primórdios do desenvolvimento (WINNICOTT, 1975).

O terapeuta ocupacional pode contribuir no processo de interação mãe – bebê e, desta forma, facilita a percepção da mãe de que ela é competente para cuidar de seu filho e de que o mesmo necessita de carinhos e carícias maternas (MONTEIRO, 2007).

Diante de tal experiência, fica confirmada a importância da prática, em CTI pediátrico, do profissional de terapia ocupacional, o qual tem como foco de estudo e intervenção o cotidiano e a ação humana atuando como

facilitador de experiências próximas de um desempenho ocupacional saudável. Neste âmbito, a plasticidade cerebral e a intervenção precoce tornaram-se alicerce da construção do desenvolvimento infantil neste contexto.

REFERÊNCIAS

- BEE, H. *O ciclo vital*. Porto alegre: Artes médicas, 1997. 656 p.
- BEYER, E. A interação musical em bebês: algumas concepções. *Educação*, v.28, n.2, 2003.
- BOTEGA, M.B.S.; GAGLIARDO, H.G.R.G. Intervenção precoce na deficiência visual: o que fazemos. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*. Ano 2, 1998. p. 46-50.
- CARDOSO, A. S.; LIMA, A. M.; MAXIMINO, V. S.; SPECIAN, C. M. A observação de bebês na UTI neonatal para verificação de sinais de dor/estresse durante procedimentos rotineiros. In: X CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 2007, Goiânia. ANAIS DO X Congresso brasileiro de Terapia Ocupacional: contextos, territórios e diversidades. Goiânia: Kelps, 2007.
- CIF: *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. São Paulo: Edusp, 2003. 328p.
- DE CARLO, M.M.R.P; BARTALOTTI, C.C.; PALM, R.C.M. A Terapia Ocupacional em Reabilitação Física e Contextos Hospitalares: Fundamentos para a Prática In: DE CARLO, M.M.R.P; LUZO, M.C.M. *Terapia Ocupacional: Reabilitação Física e Contextos Hospitalares*. São Paulo: Roca, 2004. p.3-28.
- FENICHEL, G.M. Desordens Paroxísticas In: FENICHEL, G.M. *Neurologia Pediátrica: Sinais e Sintomas*. 2. ed. Porto Alegre:Artes Médicas, 1995. 5-53p.
- FERRARI, E. A. M.; TOYODA, M. S. S. FALEIROS, L. CERUTTI, S. M. Plasticidade neural: relações com o comportamento e abordagens experimentais. *Psicologia: teoria e pesquisa*. Mai – Ago, 2001, v. 17, n. 2, p. 183 – 190.
- GESELL, A. *Gesell e Amatruda psicologia do desenvolvimento do lactante e criança pequena : bases neuropsicologicas e comportamentais*. São Paulo : Atheneu, 2002. 550 p.
- GIANNI, M. A. Paralisia Cerebral. In: TEIXEIRA, F.; SAURON, F. N.; SANTOS, L. S. B.; OLIVEIRA, M.C. *Terapia ocupacional na reabilitação física*. São Paulo: Roca, 2003. p. 89 – 100.
- GONÇALVES, V.M.G.; GAGLIARDO, H.G.R.G. Aspectos neurológicos do desenvolvimento do lactente com baixa visão. *Temas sobre desenvolvimento*, v.7, n.40, 1998. p. 33-39.
- HOLLOWAY, E. Como favorecer o entretenimento progenitor – lactente na UTI neonatal. In: PARHAM, L. D., FAZIO, L.S. *A recreação na terapia ocupacional pediátrica*. São Paulo: Santos, 2000. p. 171 – 183.
- JAN, J. F.; SYKANDA, A.; GROENVELD, M. Habilitation and rehabilitation of visually impaired and blind children. *Pediatrician*, v. 17, p. 202 – 207, 1990.
- KUDO, A. M.; GUIMARÃES, M. L. L. G. O vitral colorido da unidade de terapia intensiva infantil. In: KUDO, A. M.; MARCONDES, E.; LINS, L. MORIYAMA, L. T.; GUIMARÃES, M. L. L. G.; JULIANI, R. C. T. P.; PIERRI, S. A. *Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria*. 2ª ed. São Paulo: Sarvier, 1994. p. 239 – 242.
- KUDO, A. M.; PIERRI, S. A. Terapia Ocupacional com crianças hospitalizadas. In: KUDO, A. M.; MARCONDES, E.; LINS, L. MORIYAMA, L. T.; GUIMARÃES, M. L. L. G.; JULIANI, R. C. T. P.; PIERRI, S. A. *Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria*. 2ª ed. São Paulo: Sarvier, 1994. p. 194 – 203.

LENT, R. *Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2004. 698 p.

MESOMO, A. C. ; SAITO, H. T. I.; LARA, A. M. B.; A brincadeira na educação infantil. *Teoria e Prática da Educação*, Maringá, v. 06, n. 13, p. 243-250, 2003.

MONTEIRO, R. C. S. Neonatologia. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. R. *Terapia Ocupacional: fundamentação e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 512 – 518.

NEWCOMBE, N. *Desenvolvimento Infantil: Abordagem de Mussen*. 8. ed., Porto Alegre: Artmed, 1999. 561 p.

NITRINI, R; BASCHESCHI, L.A. A neurologia que todo médico deve saber. 2 ed., São Paulo: Editora Atheneu, 2003. 490 p.

NOBRE, M. I. R. S.; GAGLIARDO, H. G. G; CARVALHO, K. M.; BOTEGA, M. B. S.; SAMPAIO, P. R. Múltipla deficiência e baixa visão. *Revista de neurociências*. 6 (3): 111 – 113, 1998.

PEDRO, I. C. S.; Nascimento, L. C., Poleti, L. C., Lima, R. A. G., Mello, D. F., Luiz, F. M. R. O brincar em sala de espera de um ambulatório infantil na perspectiva de crianças e seus acompanhantes. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, v.15, n.2, p. 290-297, 2007.

PIAGET, J. *O nascimento da inteligência da criança*. 2. ed, Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1982. 389 p.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975