

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL**

**EVA LOUISE LUCENA ROCHA**

**A TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO AO BEBÊ COM  
MICROCEFALIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

**João Pessoa**

**2016**

**EVA LOUISE LUCENA ROCHA**

**A TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO AO BEBÊ COM  
MICROCEFALIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao Curso de Terapia Ocupacional, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba como requisito parcial para obtenção do título de bacharel em Terapia Ocupacional.

**Orientadora:** Profa. Dra. Ângela Cristina Dornelas da Silva

**João Pessoa**

**2016**

R672t Rocha, Eva Louise Lucena.

A Terapia Ocupacional na atenção ao bebê com microcefalia:  
um relato de experiência / Eva Louise Lucena Rocha. -- João Pessoa,  
2016.

33f.: il. --

Orientadora: Ângela Cristina Dornelas da Silva.

Monografia (Graduação) -- UFPB/CCS.



### RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO FINAL DE TCC

ALUNO: <u>Erica Raissa Lourenço Rodas</u>
MATRICULA:
EXAMINADOR:
TÍTULO DO TRABALHO: <u>A Terapia Ocupacional na Atenção ao Idoso com microcefalia</u>

### AVALIAÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

BANCA EXAMINADORA	NOTAS ATRIBUÍDAS
a) Professor Orientador: <u>Ângela Dornelas</u>	<u>8,5</u>
b) 1º Membro: <u>Ana Carollyne Dantas de Lima</u>	<u>8,2</u>
c) 2º Membro: <u>Alyne Kalyane Câmara de Oliveira</u>	<u>7,5</u>
MÉDIA ARITMÉTICA SIMPLES (a+b+c)/3	<u>8,1</u>

MÉDIA FINAL: 8,1 (oito vírgula um)

### ASSINATURAS DA BANCA EXAMINADORA

Presidente Ângela Cristine Dornelas da Silva  
1º Membro Ana Carollyne Dantas de Lima  
2º Membro Alyne Kalyane Câmara de Oliveira

João Pessoa, 24 de novembro de 2016.

## **DEDICATÓRIA**

*Dedico este trabalho à minha mãe, meu porto seguro, alicerce, fonte de inspiração e responsável pelo o que me tornei: Maria de Lourdes.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus que me sustentou e iluminou o meu caminho, dando-me força e coragem durante esta caminhada.

Agradeço aos meus pais, fontes de inspiração, amor incondicional e de compreensão; que nunca mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida.

Aos meus amigos, que se fizeram presentes de forma direta ou indireta, incentivando e prestigiando todas as minhas conquistas.

Agradeço aos meus colegas de classe e com certeza futuros excelentes profissionais.

A minha orientadora, pelo suporte, atenção e ajuda no pouco tempo que lhe coube; pelas suas correções e incentivos; pela paciência e ensinamentos que possibilitaram a realização desse trabalho.

A todos os professores do curso de Terapia Ocupacional, que foram tão importantes na minha vida acadêmica.

Agradeço ao apoio fundamental das minhas amigas-irmãs, Débora Alencar e Karol Fischer. Que foram meu ombro amigo, meu apoio e que nunca me deixaram desistir; sempre me incentivando a seguir em frente. A vocês, minha eterna gratidão!

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLA**

AOTA	AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION
AVD	ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA
CDC	CENTRO DE CONTROLES DE DOENÇAS
DP	DESVIO-PADRÃO
MMSS	MEMBROS SUPERIORES
MMII	MEMBROS INFERIORES
PC	PERÍMETRO CEFÁLICO
SEVS	SECRETARIA EXECUTIVA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
SES-PE	SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DE PERNAMBUCO
SNC	SISTEMA NERVOSO CENTRAL

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....</b>	<b>V</b>
<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>10</b>
2.1 Objetivo Geral.....	10
2.2 Objetivos Específicos.....	10
<b>3 MÉTODO.....</b>	<b>11</b>
<b>4 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>12</b>
4.1 A EPIDEMIA DE MICROCEFALIA NO BRASIL.....	12
4.2 A TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO À CRIANÇA COM MICROCEFALIA.....	14
<b>5 RELATANDO A EXPERIÊNCIA.....</b>	<b>19</b>
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>25</b>
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>29</b>
<b>8 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>30</b>

## RESUMO

**Introdução:** Em 2015 houve um aumento de casos de bebês que nasceram com microcefalia no Brasil, sobretudo na Região Nordeste. Evidências apontaram a relação do aumento da ocorrência de microcefalia com a infecção de gestantes pelo vírus Zika. A microcefalia é uma malformação congênita em que o cérebro não se desenvolve de maneira adequada. É caracterizada por um perímetro cefálico inferior ao esperado para a idade e sexo, associada a malformações estruturais do cérebro. Neste contexto, o terapeuta ocupacional apresenta-se como profissional essencial na assistência à criança com microcefalia, apresentando conhecimento sobre o desenvolvimento humano, com foco nas ações de desempenho ocupacional, promovendo o desenvolvimento infantil de forma adequada, estimulando as capacidades e habilidades psicomotoras, cognitivas e sensoriais do bebê. **Objetivo:** Relatar a experiência na atenção a bebês com microcefalia enquanto estagiária, apresentando intervenções da Terapia Ocupacional, em um centro de reabilitação visual. Discutir as consequências da infecção congênita pelo vírus Zika para o desenvolvimento infantil e as peculiaridades atreladas à microcefalia. **Método:** Trata-se de um relato de experiência, vivenciada a partir de atendimentos diários de bebês com microcefalia, durante estágio curricular obrigatório na Atenção Especializada, desenvolvido em um serviço de referência para reabilitação visual, durante o primeiro semestre de 2016, no município de João Pessoa, Paraíba. **Discussão:** Durante a experiência, foi possível identificar características das crianças com microcefalia, devido a infecção do vírus Zika, e de suas famílias. Em geral, as crianças apresentaram acometimento motor e cognitivo relevantes, associados a comprometimentos da visão e audição. A estimulação precoce e o brincar foram estratégias de intervenção nos componentes de desempenho necessários para subsidiar o envolvimento das crianças em ocupações no futuro. **Considerações Finais:** Supõe-se que quanto mais cedo à criança com microcefalia for submetida a programas de estimulação, melhor será o seu desenvolvimento global. Torna-se evidente que a atuação e intervenção do terapeuta ocupacional têm extrema importância na assistência à criança, no sentido de maximizar o desempenho ocupacional satisfatório, contribuindo assim para uma melhora na qualidade de vida do bebê e da família.

**Palavras-chave:** Microcefalia, Terapia Ocupacional, Vírus Zika, Estimulação Precoce.

## ABSTRACT

**Introduction:** In 2015 there was an increase in cases of babies born with microcephaly in Brazil, especially in the Northeast Region. Evidence pointed to the relation between the increase in the occurrence of microcephaly and the infection of pregnant women with the Zika virus. Microcephaly is a congenital malformation in which the brain does not develop properly. It is characterized by a cephalic perimeter lower than expected for age and sex, associated with structural malformations of the brain. In this context, the occupational therapist presents himself as an essential professional in the care of children with microcephaly, presenting knowledge about human development, focusing on occupational performance actions, promoting child development in an appropriate way, stimulating psychomotor and cognitive skills and abilities And sensory characteristics of the baby. **Objective:** To report the experience in the care of infants with microcephaly as a trainee presenting Occupational Therapy interventions in a visual rehabilitation center. To discuss the consequences of congenital infection by the Zika virus for the development of children and the peculiarities related to microcephaly. **Method:** It is an experience report, experienced from the daily attendance of infants with microcephaly, during the compulsory curricular traineeship in Specialized Care, developed in a reference service for visual rehabilitation, during the first semester of 2016, in the municipality of João Pessoa, Paraíba. **Discussion:** During the experiment, it was possible to identify characteristics of children with microcephaly, due to infection of the Zika virus, and their families. In general, children presented with relevant motor and cognitive impairment, associated with vision and hearing impairment. Early stimulation and play were intervention strategies in the performance components needed to support the involvement of children in occupations in the future. **Considerations:** The earlier the child with microcephaly is subjected to stimulation programs, the better it is to develop globally. It is clear that the intervention and intervention of the occupational therapist are extremely important in child care, in the sense of maximizing satisfactory occupational performance, thus contributing to an improvement in the quality of life of the baby and the family.

**Key-words:** Microcephaly, Occupational Therapy, Zika Virus, Early Stimulation.

## 1- INTRODUÇÃO

Em 2015 houve um aumento de casos de bebês que nasceram com microcefalia no Brasil. De acordo com o Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika (2015a) em Outubro de 2015 a Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco notificou ao Ministério da Saúde um aumento significativo dos casos de microcefalia, que logo foi observado em outros estados do Nordeste. Até outubro de 2016 foram confirmados 1650 casos de microcefalia e/ou alterações do Sistema Nervoso Central (SNC), sugestivo de infecção congênita na Região Nordeste (BRASIL, 2016a).

Evidências apontaram a relação do aumento da ocorrência de microcefalia com a infecção de gestantes pelo vírus Zika (BRASIL, 2015a). O vírus é transmitido pela picada do mosquito *Aedes Aegypti*, assim como o vírus da Dengue e Chikungunya. A doença é assintomática em aproximadamente 80% dos casos, apresenta evolução benigna e os sintomas geralmente desaparecem entre três e sete dias (BRASIL, 2016).

A partir de várias análises o Centro de Controles de Doenças dos Estados Unidos (CDC) concluiu que o vírus Zika causa microcefalia, além de provocar outros graves defeitos nos cérebros dos bebês. Acumulam-se evidências de que além do cérebro, os olhos seriam o outro órgão-alvo do vírus Zika, como já observado em crianças com microcefalia, com presença de alterações oculares (atrofia macular), e lesões maculares e perimaculares com atrofia do nervo óptico (FREITAS et al., 2016).

Devido à expressão na sociedade, o Ministério da Saúde elaborou o Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção Pelo Vírus Zika (BRASIL, 2015a). Os bebês confirmados com microcefalia devem ser encaminhados para estimulação precoce em serviço de reabilitação. A vinculação com a Unidade Básica de Saúde é fundamental para este acompanhamento, mesmo que a criança necessite ser acompanhada em serviço especializado. O atendimento na Atenção Básica e na Atenção Especializada, de forma compartilhada, faz com que essas crianças sejam mais bem assistidas e as famílias amparadas (BRASIL, 2015b).

Neste contexto, o terapeuta ocupacional apresenta-se como profissional importante na equipe de assistência à criança com microcefalia, pois possui conhecimento sobre o desenvolvimento humano, com foco nas ações de desempenho ocupacional e com responsabilidade de promover o desenvolvimento infantil de forma adequada (MISSIUNA et al., 2008; MAGALHÃES et al., 2009).

Entendendo que a epidemia de microcefalia tem uma dimensão catastrófica para as famílias e crianças atingidas por ela, e que a Terapia Ocupacional pode contribuir para o desenvolvimento de crianças com diferentes quadros de deficiência, surgiu o interesse em realizar este trabalho. Assim, o estudo objetiva relatar o processo vivenciado enquanto estagiária de Terapia Ocupacional em um centro de reabilitação, no atendimento aos bebês com microcefalia.

## **2-OBJETIVOS**

### 2.1- Objetivo Geral

Relatar a experiência na atenção a bebês com microcefalia durante o estágio supervisionado obrigatório, apresentando intervenções da Terapia Ocupacional, em um centro de reabilitação do município de João Pessoa, Paraíba.

### 2.2- Objetivos Específicos

- Discutir as consequências da infecção congênita pelo vírus Zika para o desenvolvimento infantil.
- Discutir as peculiaridades atreladas à microcefalia pelo vírus Zika.
- Descrever procedimentos e estratégias realizadas por terapeutas ocupacionais na atenção ao bebê com microcefalia.

### 3-MÉTODOS

Este trabalho trata-se de um relato de experiência de uma aluna do quarto ano da graduação de Terapia Ocupacional da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), vivenciado em atendimentos diários a bebês com microcefalia, em um estágio supervisionado obrigatório na Atenção Especializada em Saúde, desenvolvido em um serviço de referência para reabilitação visual no município de João Pessoa, Paraíba.

A vivência aconteceu entre os meses de Fevereiro à Junho de 2016, com carga horária semanal de 24 horas. Neste período foi possível acompanhar 13 bebês, com idade de zero a quatro meses, com microcefalia e alterações visuais, que tiveram diagnóstico confirmado de infecção congênita pelo vírus Zika.

Os atendimentos eram de trinta minutos e consistiam no acolhimento a família e ao bebê, seguido de estimulação sensorial e motora aos bebês, finalizando com as orientações a família. Ao final de cada atendimento eram realizados registros das impressões da estagiária sobre os atendimentos. Esses registros subsidiaram a construção do relatório final de estágio e a elaboração deste trabalho.

Para fundamentar a prática da Terapia Ocupacional foi realizada uma revisão da literatura sobre a epidemia de microcefalia que se instalou no Brasil em 2015, sobre as estratégias de enfrentamento da epidemia e síndrome congênita, e sobre as bases teórico-práticas da profissão na atenção à criança com microcefalia. A revisão se deu através de artigos científicos, livros e documentos elaborados pelo Ministério da Saúde do Brasil.

## 4-REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 A EPIDEMIA DE MICROCEFALIA NO BRASIL

Em 2015 a população brasileira se deparou com um grave problema de saúde pública, traduzido pelo aumento significativo de crianças diagnosticadas com microcefalia. O problema foi alarmado, no primeiro momento, pela Secretaria de Estado de Saúde de Pernambuco, que notificou um aumento inesperado de bebês que nasceram com o perímetro cefálico (PC) sugestivo de microcefalia.

De acordo com Souza et al. (2016), um rápido aumento do número de casos suspeitos de microcefalia em recém-nascidos vivos, no final de 2015, chamou atenção dos médicos dos sistemas público e privado de saúde do estado de Pernambuco, que alertaram a Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde (SEVS) da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE).

Com a detecção da mudança no padrão de ocorrência da microcefalia, com elevação do número de casos em comparação aos anos anteriores, caracterizou-se a existência de uma epidemia. Considerando que no final de 2014 haviam ocorrido surtos de infecção pelo vírus Zika, principalmente no Nordeste, passou-se a investigar a relação entre o aumento de casos de microcefalia com a circulação do vírus Zika no Brasil (SOUZA et al. 2016). O vírus Zika é transmitido pela picada do mosquito *Aedes aegypti*, o mesmo mosquito que transmite a Dengue e a Febre Chikungunya.

De acordo com o Ministério da Saúde (2015) a investigação inicial baseou-se em várias constatações, dentre elas: que os primeiros meses de gestação das mulheres com crianças com microcefalia correspondiam ao período de maior circulação do vírus Zika na região Nordeste, e que mais de 60 gestantes, cujas crianças nasceram com microcefalia, referiram doença exantemática na gestação, sem histórico de doença genética na família e/ou com exames de imagem sugestivos de processo infeccioso.

Após investigações através de exames laboratoriais e de imagem em diferentes centros de estudo no Brasil e exterior, concluiu-se que o vírus Zika pode causar microcefalia, além de provocar outros graves defeitos nos cérebros dos bebês, atingindo também outros sistemas, podendo levar a malformações congênitas (BRASIL, 2015a).

De acordo com o informe epidemiológico N° 48, até outubro de 2016 foram confirmados 1.650 casos de microcefalia e/ou alterações do Sistema Nervoso Central, sugestivos de infecção congênita pelo vírus Zika, na Região Nordeste. O estado com o

maior número de casos é Pernambuco, seguido da Bahia e Paraíba (BRASIL, 2016a). Na Paraíba foram investigados e confirmados 182 casos de microcefalia.

De acordo com a *World Health Organization* (2016) a microcefalia é uma condição na qual o bebê tem a cabeça menor quando comparado a outros bebês com o mesmo sexo e idade. A microcefalia se caracteriza quando o perímetro cefálico (PC) é menor que dois ou mais desvios-padrão (DP) do que a referência para o sexo, a idade ou tempo de gestação.

A microcefalia pode ser causada por vários fatores que incluem desordens genéticas, metabólicas e infecções congênitas, e dependendo do momento da exposição a estes fatores, pode ser considerada congênita ou pós-natal. A microcefalia é um sinal clínico e não uma patologia. Pode estar associada com sequelas neurológicas, que incluem atraso no desenvolvimento, deficiência intelectual, deficiência auditiva e visual, e epilepsia (*World Health Organization*, 2016).

A microcefalia congênita está presente ao nascimento, às vezes é chamada de "microcefalia primária", porém este termo se refere a um fenótipo particular de microcefalia, portanto, nesses casos, preferencialmente se usa o termo "microcefalia congênita". A microcefalia pós-natal, refere-se a falha de crescimento normal, em que o cérebro é normal ao nascimento, também chamada de "microcefalia secundária" (BRASIL, 2015a).

A maioria dos casos de microcefalia é acompanhada de alterações motoras e cognitivas que variam de acordo com o grau de acometimento cerebral. Em geral, as crianças apresentam atraso no desenvolvimento neuropsicomotor com acometimento motor e cognitivo relevante e, em alguns casos, as funções sensitivas (audição e visão) também são comprometidas. O comprometimento cognitivo ocorre em cerca de 90% dos casos (BRASIL, 2015a).

Avaliações e monitoramentos realizados pela Fundação Altino Ventura, em Pernambuco, apontaram diversas alterações da função visual, qualitativas e quantitativas, nas crianças com microcefalia congênita, como: estrabismo de causa neurológica; problemas de retina (epitélio pigmentar); e atrofia parcial ou total do nervo óptico. O grau da lesão é variável de acordo com o período gestacional em que ocorreu a infecção, tendo sido observado grau de comprometimento maior quando a infecção ocorre no primeiro ou no segundo mês de gestação (BRASIL, 2016b).

Considerando que a microcefalia congênita causada pelo vírus Zika pode apresentar outras manifestações como: desproporção craniofacial, espasticidade, convulsões, irritabilidade, disfunção do tronco cerebral, problemas de deglutição, contraturas de membros, anormalidades auditivas e oculares e anomalias cerebrais, foi consensuado que se trata de uma síndrome congênita do vírus Zika (*World Health Organization*, 2016).

Dentro deste novo cenário epidemiológico que assolou o país, sobretudo a Região Nordeste, várias estratégias para enfrentamento do problema foram lançadas. Dentre elas encontram-se as campanhas de eliminação do mosquito *Aedes aegypti*, orientação as gestantes sobre o uso de repelentes e a elaboração das diretrizes para estimulação precoce, a fim de preparar os serviços de saúde para receber a demanda de crianças e famílias atingidas pelo problema.

#### **4.2-A TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO À CRIANÇA COM MICROCEFALIA**

A Terapia Ocupacional integra o elenco das profissões que possuem habilitação para atender as necessidades do desenvolvimento infantil. De acordo com o Conselho Regional da Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 3ª Região (CREFITO 3):

“A Terapia Ocupacional é uma profissão da saúde centrada no usuário a qual compete à promoção da saúde e bem-estar através da ocupação. A finalidade primordial da Terapia Ocupacional é possibilitar a participação das pessoas nas atividades da vida cotidiana. Os terapeutas ocupacionais creem que a participação pode ser facilitada ou restringida pelas habilidades físicas, afetivas e cognitivas do indivíduo, pelas características da ocupação e pelos ambientes físicos, sociais, culturais, atitudinais e por aquilo que está positivado nas leis” (CONSELHO REGIONAL DA FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL DA 3A REGIÃO, 2010, p. 1).

Motta e Takatori (2001) referem que quando se trabalha com a população pediátrica inclui-se desde recém-nascidos até crianças que por alguma razão orgânica, emocional ou social, apresentam alterações em seu desenvolvimento. A grande maioria das crianças atendidas pela Terapia Ocupacional são aquelas com alterações neurológicas e que em decorrência dessas alterações apresentam deficiências motoras, sensoriais e sociais.

O terapeuta ocupacional, em sua formação básica, possui conhecimento para realizar o tratamento de crianças com microcefalia, sendo capaz de reconhecer os processos do desenvolvimento neuropsicomotor da criança, compreendendo modelos teóricos que embasam sua prática, apoiados em uma formação apropriada para escolher as melhores estratégias de avaliação e de tratamento para minimizar as deficiências e favorecer uma maior independência e melhor qualidade de vida para essas crianças.

É necessário que orientações e técnicas de intervenções sejam aplicadas pelo terapeuta ocupacional à criança desde os primeiros dias de vida através da estimulação precoce. Entende-se a estimulação precoce como uma abordagem de caráter sistemática e sequencial, que utiliza técnicas e recursos terapêuticos capazes de estimular todos os domínios que interferem na maturação da criança, de forma a favorecer o desenvolvimento motor, cognitivo, sensorial, linguístico e social, evitando ou amenizando eventuais prejuízos (LIMA; FONSECA, 2004; RIBEIRO et al., 2007; HALLAL; MARQUES; BRACHIALLI, 2008).

A estimulação precoce tem como meta aproveitar o período crítico, de zero a três anos, para estimular a criança a ampliar suas competências, tendo como referência os marcos do desenvolvimento típico e reduzindo, desta forma, os efeitos negativos de uma história de riscos (PAINEIRAS, 2005). Seu objetivo principal está, entretanto, mais centrado na família e na relação desta com o bebê.

Segundo o Protocolo de Atenção à Saúde e Resposta à Ocorrência de Microcefalia Relacionada à Infecção pelo Vírus Zika (2015), crianças com microcefalia e prejuízos do desenvolvimento neuropsicomotor se beneficiam de programas de estimulação precoce, pois objetivam estimular a criança e ampliar suas competências, abordando os estímulos que interferem na sua maturação, para favorecer o desenvolvimento motor e cognitivo. (BRASIL, 2015a).

A criança deve ser inserida nesses programas assim que esteja clinicamente estável, e se estender até os três anos de idade. Esta é a fase em que o cérebro se desenvolve mais rapidamente, constituindo uma oportunidade para o estabelecimento das funções que repercutirão em uma maior independência e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida no futuro (BRASIL, 2015a).

Contudo, é imprescindível o envolvimento dos pais e familiares no programa, considerando que o ambiente social é o mais rico em estímulos para a criança. A equipe deve informar a família sobre a doença e seus desdobramentos, orientando-os a utilizar

momentos como o banho, vestuário, alimentação, autocuidado e, principalmente, as brincadeiras para estimular o bebê (BRASIL, 2015).

A criança com microcefalia precisará do apoio da família para enfrentar algumas adversidades. É necessário ressaltar que, apesar da existência de lesões cerebrais, o cérebro possui a capacidade de se modificar com base na estimulação recebida. Portanto, o tratamento realizado por equipe multidisciplinar, associado à orientação e realização dos procedimentos pelos pais em casa, pode minimizar as sequelas e assegurar mais autonomia e inclusão social. Ainda, as famílias destas crianças devem ter conhecimento sobre seus direitos, a fim de se assegurar uma vida melhor a todos. (COFFITO, 2016).

No contexto da estimulação precoce, o terapeuta ocupacional terá foco na criança e na família, objetivando promover a estimulação de habilidades que facilitam o desempenho ocupacional, viabilizando o engajamento em ocupações. De acordo com a Associação Americana de Terapia Ocupacional, ocupação “refere-se às atividades de vida diária nas quais as pessoas se envolvem. Ocupações ocorrem em contexto e são influenciadas pela interação entre fatores de clientes, habilidades de desempenho e padrões de desempenho” (ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL, 2014, p. 6).

Para Humphry, a Terapia Ocupacional deve trabalhar com as crianças no seguinte contexto:

Quando as crianças estão em risco de não se engajar nas ocupações valorizadas e esperadas ou não realizá-las para sua própria satisfação ou para satisfação de outros, os terapeutas ocupacionais trabalham com as famílias, professores e outros membros da equipe para melhorar o desempenho das crianças nas ocupações convencionais (HUMPHRY, 2011, p. 23).

Sendo assim, o processo terapêutico tem início com a identificação das ocupações importantes para a criança e a família, seguindo da avaliação dos fatores pessoais e ambientais que podem comprometer o desenvolvimento destas ocupações. As peculiaridades de cada criança e sua família são importantes para planejar as ações em Terapia Ocupacional.

Convencionalmente, espera-se que as crianças pequenas se engajem em atividades da vida diária (AVD), descanso e sono, brincar e participação social. No que se refere ao acompanhamento de bebês de risco, espera-se engajá-los nestas ocupações esperadas para qualquer criança. Considerando a faixa etária, o engajamento nas ocupações se dará de modo diferente.

Estas ocupações, de acordo com a Associação Americana de Terapia Ocupacional (2014), compreendem o seguinte:

- Sono e descanso: atividades relacionadas à obtenção de descanso e sono reparadores para apoiar a saúde e o envolvimento ativo em outras ocupações. Envolver-se em ações tranquilas e sem esforço que interrompem a atividade física e mental, resultando em um estado de relaxamento.
- AVD: atividades orientadas para o cuidado do indivíduo com seu próprio corpo. Compreendem as tarefas de alimentação, higiene pessoal e vestuário. Estas atividades são fundamentais para viver no mundo social pois permitem a sobrevivência básica e o bem-estar.
- Brincar: qualquer atividade espontânea e organizada que ofereça satisfação, entretenimento, diversão e alegria. Compreende participar no brincar; manter um equilíbrio entre brincar e as outras ocupações.
- Participação social: envolvimento em um subconjunto de atividades que envolvem situações sociais com os outros e de suporte social interdependente. Consiste na inter-relação de ocupações para apoiar o envolvimento desejado em atividades comunitárias e familiares, bem como aquelas que envolvem pares e amigos.

Na Terapia Ocupacional, o estímulo para uma criança se engajar na ocupação é observado como o meio através do qual a criança traz o desenvolvimento de suas próprias capacidades para a realização das ocupações. Em lugar da ocupação, o foco desloca-se então para o uso de atividades terapêuticas para modificar a organização do sistema nervoso e desenvolver as capacidades da criança (LAW et al., 2005 *apud* HUMPHRY, 2011 p. 25).

Neste sentido, o terapeuta ocupacional se preocupa em promover o desenvolvimento infantil, considerando todos os seus aspectos, para garantir o engajamento nas ocupações. De acordo com Figueiras et al. (2005), o desenvolvimento infantil é um processo que vai desde a concepção, envolvendo vários aspectos, indo do crescimento físico, passando pela maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva da criança, e tem como produto tornar a criança competente para responder as suas necessidades e às do seu meio, considerando seu contexto de vida.

Assim, na prática profissional com bebês, os terapeutas ocupacionais lançam mão de métodos, técnicas para estimulação sensorial e motora a fim de preparar a criança para se envolver nas ocupações. Quando a estimulação sensorial e motora não são suficientes para promover um melhor desempenho ocupacional, os terapeutas ocupacionais usam recursos da tecnologia assistiva para suprir as necessidades das crianças.

## 5-RELATANDO A EXPERIÊNCIA

O início do estágio coincidiu com o aumento da demanda de bebês com microcefalia para o serviço. Neste cenário, as estagiárias foram apresentadas à equipe de profissionais e aos familiares dos pacientes. As conversas com as mães e responsáveis, e com os membros da equipe de saúde foram fundamentais para a compreensão de cada caso e da situação emocional e social das famílias.

Além do acompanhamento da Terapia Ocupacional, os bebês eram acompanhados por oftalmologista, fisioterapeuta e fonoaudiólogo. O grupo de estágio se constituía de três acadêmicas de Terapia Ocupacional, orientado e supervisionado por uma terapeuta ocupacional que fazia parte do quadro de funcionários do serviço.

O primeiro contato com os bebês propiciou observar suas características e demandas, para em seguida programar as intervenções. As avaliações consistiam em anamnese e análise do desenvolvimento global, que incluía observação do tônus muscular, da postura, da movimentação espontânea, da atividade reflexa, das respostas comportamentais a estímulos sonoros, visuais e táteis, dentre outros. As áreas de ocupação também eram analisadas, assim como as demandas das famílias.

A abordagem da Terapia Ocupacional se baseava nos princípios da estimulação precoce que, de acordo com Brasil (2016b), busca o melhor desenvolvimento possível, por meio da mitigação de sequelas do desenvolvimento neuropsicomotor, bem como de efeitos na aquisição da linguagem, na socialização e na estruturação subjetiva, podendo contribuir, além disso, na estruturação do vínculo mãe/bebê e na compreensão e no acolhimento familiar dessas crianças.

Também se utilizou como referencial a Estrutura de Prática da Terapia Ocupacional proposta pela Associação Americana de Terapia Ocupacional (2015). Considerando que os bebês não apresentam autonomia para decidir quais ocupações são mais significativas para si mesmos, as áreas trabalhadas foram àquelas esperadas pela família e pela cultura (HUMPHRY, 2011, p. 22, 23).

Neste sentido, observou-se que os bebês tinham dificuldades relativas ao sono e descanso, ao brincar e a participação social. Com base nestas demandas foram investigadas as áreas do desenvolvimento infantil que estariam prejudicadas e as demandas familiares.

As sessões de tratamento duravam 30 minutos. Alguns bebês eram atendidos duas vezes na semana, mas a maioria apenas uma vez. Diariamente as crianças

chegavam ao atendimento apresentando irritação e choro excessivo. Como forma de acalmar, o bebê era acolhido e colocado em contato com o corpo da terapeuta por alguns instantes, até que cessasse o choro. Uma outra forma de acalmar o bebê era a utilização de músicas infantis de ritmo lento, tocadas em aparelho de som.

Quanto às dificuldades de sono e descanso relatadas pelas mães, e que pareciam fazer parte do quadro de irritabilidade, as orientações foram no sentido de utilizar a massagem Shantala e o Banho de Ofurô no balde, para proporcionar ao bebê o relaxamento, promover a melhora do sono e proporcionar o enriquecimento do vínculo mãe e filho, enfatizando a importância deste momento emocional compartilhado.

Constantemente as mães relatavam situações desagradáveis e constrangedoras em virtude dos filhos. A exposição da epidemia na mídia fazia com que pessoas tivessem curiosidade de ver de perto as crianças frutos da epidemia. A busca de conhecimento da parte das mães era contínua, assim como era perceptível a preocupação que elas sentiam em relação à sobrevivência e ao futuro dos seus filhos.

Percebia-se que tal contexto gerava angústia, impotência e sentimento de culpa. As mães, geralmente, acompanhavam o atendimento, mas em alguns momentos preferiam não participar, por estarem sobrecarregadas e aquele ser um momento de descanso e relaxamento para elas. Em algumas situações, notavam-se sinais de rejeição pela criança, depressão materna, o que caracterizava uma situação preocupante e lamentável. Era possível ouvir comentários como:

*“Meu filho vai conseguir andar?”*

*“Ele vai ter uma vida normal?”*

*“Como eu posso contribuir para que isso aconteça?”*

Portanto, durante os atendimentos sempre havia o espaço de acolher as demandas das mães e familiares. O acolhimento se dava através da escuta qualificada, formação do vínculo e da contribuição para ressignificar a situação estabelecida. Através de incentivos e palavras de apoio por parte da terapeuta e estagiárias, tornava-se possível minimizar as aflições e angústias.

Ademais, o acolhimento às mães tornava-se essencial, pois o desenvolvimento das funções psicológicas, sociais e cognitivas das crianças, recebe influências do ambiente familiar. A partir disso, cabia ao profissional evidenciar junto à família as reais potencialidades da criança, devendo ter atenção ao contexto local em que vive e os recursos que este oferece, assim como as limitações do mesmo. Então, compreende-se

que a estrutura familiar é de extrema importância para interferir de forma positiva no desenvolvimento da criança.

Quanto a estimulação global do desenvolvimento, durante as sessões, aplicou-se nas estratégias resumidamente descritas no quadro 1.

**Quadro 1** – Estratégias utilizadas para promover o desenvolvimento das crianças.

<b>ÁREA DO DESENVOLVIMENTO</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>INTERVENÇÃO</b>
<b>SENSÓRIO MOTOR</b>	Promover mudança da postura corporal; desenvolvimento do sistema vestibular e sensorial; realização de movimentos de extensão e flexão dos membros inferiores e superiores; girar a cabeça para a esquerda e direita, em decúbito ventral; promover a manutenção e/ou melhora da força muscular; descarga de peso; promover o alcance, o agarrar e manipulação de objetos; minimizar e aliviar a atrofia muscular.	Trabalhar sempre na linha média; realizar exercícios para levantar-se; realizar exercício muscular com tempos reduzidos e intervalos para relaxamento; quando em decúbito dorsal, manter os membros inferiores em rotação externa e abdução, em flexão; realizar atividades de manipulação de diferentes objetos com diferentes texturas e cores.
<b>VISUAL E AUDITIVA</b>	Melhorar a acuidade visual e funções do campo visual, para promover a consciência visual do ambiente; Detectar e discriminar estímulos sonoros; localizar a distância dos sons. Focar a atenção sobre objetos e imagens; manter o maior tempo possível os olhos abertos; emitir resposta visual ao comando de um adulto; movimentar a cabeça (virar) de acordo com os estímulos auditivos ou verbais; aprimorar a percepção auditiva e visual; fixar visualmente os objetos; reconhecer os sons produzidos por objetos e pelas pessoas através da voz.	Falar com a criança, face a face; utilizar materiais luminosos e coloridos; recorrer a materiais de produção sonora distinta (diferentes sons); levar objetos até a linha média; apresentar brinquedo contrastante a uma distância aproximada de 30cm do campo visual, sensíveis à sua condição visual.
<b>COMUNICAÇÃO E LINGUAGEM</b>	Responder através do olhar a uma questão; imitar sons produzidos pelo terapeuta ocupacional; ser capaz de brincar com seus próprios sons; seguir visualmente e motoramente uma conversa quando alguém fala com o mesmo; manifestar reação ao ouvir uma música.	Vocalizar pequenas canções; utilizar o gesto para reforçar a comunicação; conversar com a criança; oferecer músicas mesmo quando estiver no berço; manipular brinquedos contando pequenas histórias; falar pausadamente e de forma perceptível.

SOCIALIZAÇÃO	Promover a descoberta de si mesmo; estabelecer uma interação contínua e positiva com o terapeuta ocupacional; movimentar-se em diferentes contextos; promover a interação entre pares; promover contato com outras crianças.	Repetir gestos para que o mesmo tenha oportunidade de imitá-los; quando possível e seguro, deixar a criança sozinha por alguns momentos dando oportunidade pra ela explorar por si própria os estímulos ao seu redor; fazer brincadeiras em frente ao espelho.
COGNIÇÃO	Pegar objetos por preferência; manifestar interesses; ser capaz de focalizar com atenção um objeto; manifestar percepção sobre a mensagem que lhe foi transmitida.	Falar com a criança dando-lhe sempre opções; manipular com a criança objetos que emitam som, como, por exemplo, de animais; mostrar objetos coloridos e escolher um para manipular, que a criança possa acompanhar; permitir que a criança conheça diferentes aromas.

A respeito do desenvolvimento motor, a maioria não tinha controle cervical e apresentava espasticidade, envolvendo hipertonía muscular nos membros superiores e inferiores. Os braços estavam sempre flexionados, com as mãos fechadas, necessitando de manuseios para facilitar a extensão dos membros e abertura das mãos. Os membros inferiores também se encontravam hipertônicos, porém relativamente mais fáceis de manusear e promover movimentos de flexão e extensão.

A maior parte da estimulação era feita com as crianças deitadas. Quando colocadas em decúbito dorsal, apresentavam manifestações de desagrado através de movimentos de extensão dos MMSS e MMII e tensão muscular associado ao choro. O uso de calça de posicionamento contribuía para dar mais aconchego ao bebê e para facilitar a estimulação visual e a exploração de objetos. O bebê também era posicionado em decúbito ventral, com apoio no rolo, para receber estímulos e favorecer o controle cervical.

A bola suíça era utilizada como recurso terapêutico para estimulação do controle cervical e para as mudanças posturais. As mudanças posturais viabilizavam estímulo do sistema vestibular e novas perspectivas de campo visual. O uso do corpo do terapeuta como apoio para a criança durante o estímulo na bola, facilitava para que o bebê permanecesse em atividade por um período mais longo de tempo.

Em relação à visão, era perceptível que os bebês permaneciam a maior parte do tempo com os olhos fechados, com a cabeça lateralizada. Para mudar este padrão, eram ofertados estímulos visuais brilhosos e com cores vibrantes, e muitas vezes eram

atrelados aos estímulos visuais os estímulos auditivos para chamar a atenção da criança, até que a cabeça atingisse à linha média do corpo. A voz da mãe também servia de estímulo, sendo incentivado que as mães participassem da sessão e se tornassem fonte de estimulação. Este incentivo visava empoderar a mãe para que ela repetisse a estimulação em casa.

Quanto à comunicação e linguagem, os bebês emitiam alguns sons, mas não sorriam como esperado para a idade. As mães eram incentivadas a “conversar” com os bebês e perceber mudanças nas expressões como forma de comunicação, a fim de criar novas formas de interação que não fosse apenas o choro.

Como forma de melhorar a socialização e cognição da criança eram apresentadas as mães formas de fazer com que o bebê participasse em atividades exploratórias do brincar. Segundo Grigolatto et al. (2008) a Terapia Ocupacional busca favorecer o desempenho ocupacional da criança, focando o desenvolvimento necessário das habilidades adequadas a sua faixa etária, proporcionando ações através da brincadeira, cuja importância se verifica não somente por ser vista como meio para atingir a melhora dos componentes de desempenho, mas porque a brincadeira é entendida, também, como atividade lúdica, integrando a área de desenvolvimento do brincar.

Neste sentido, o brincar também é entendido como meio para alcançar os objetivos da estimulação precoce, desenvolvendo a habilidade motora-fina; controle postural; exploração dos sentidos do mundo em que vive; aquisição de linguagem e integração de habilidades cognitivas.

Considerando que o desenvolvimento da criança depende de estímulos ambientais e que as sessões de terapia são insuficientes para prover esta estimulação, era rotina dos atendimentos prestar orientações aos familiares, conforme apresentado no quadro 2. Os pais eram orientados quanto às formas de ajudar a criança a utilizar suas habilidades, sem importar a severidade de sua limitação, pois qualquer criança possui capacidade de aprender enquanto brinca.

No decorrer dos atendimentos foi possível observar que houve formação do vínculo com as famílias e que ocorria uma evolução contínua dos bebês, favorecendo o desenvolvimento infantil dentro das limitações impostas pela microcefalia e complicações associadas.

**Quadro 2** – Orientações prestadas aos familiares durante os atendimentos.

---

**Orientações aos familiares**

---

- Colocar brinquedos sonoros ou luminosos, para despertar a atenção e o movimento da criança;
  - Colocar a criança no chão, em um tapete, para estimular os movimentos e a interação com o meio;
  - Utilizar brinquedos, jogos e outros materiais lúdicos compatíveis com a idade da criança;
  - Mudá-la frequentemente de posição;
  - Contar histórias e cantar canções para estimular a criança a prestar atenção e perceber afeto;
  - Produzir gestos e expressões faciais, acompanhados da fala do adulto para permitir que a criança perceba intenções e sentidos da fala;
  - Envolver toda a família no processo de desenvolvimento da criança.
-

## 6-DISCUSSÃO

Durante a experiência proporcionada foi possível identificar algumas características das crianças com microcefalia, devido a infecção pelo vírus Zika, e de suas famílias. Em geral, as crianças apresentaram acometimento motor e cognitivo relevantes, associados a comprometimentos importantes da visão e audição.

Estes aspectos estão descritos na literatura. As crianças com microcefalia apresentam com frequência deficiências simultâneas, incluindo déficit intelectual, atraso no desenvolvimento neurológico (VON DER HAGEN et al., 2014) e epilepsia (WATEMBERG et al., 2002).

Neste sentido, ações da Terapia ocupacional visavam estimular as diferentes áreas do desenvolvimento infantil. Sobre o assunto, Hinojosa e Kramer (1999) *apud* HUMPHRY (2011) defendem que:

“uma abordagem baseada no desenvolvimento acrescenta uma compreensão da hierarquia das habilidades imaturas para as mais maduras e utiliza o incentivo positivo, de modo que a criança pratique o nível de habilidade mais inicial daquele desempenho ocupacional que ela não é capaz de realizar”.

Em relação ao desenvolvimento visual, Jan et al. (1990) afirmam que a deficiência visual não é uma condição isolada, pois afeta todo o processo de integração da informação, interferindo em todas as áreas do desenvolvimento relacionadas com as habilidades mediadas pela visão. Precht et al. (2001) relatam que a deficiência visual congênita altera os sistemas vestibular e proprioceptivo, gerando mudanças em outras áreas do desenvolvimento.

Dessa maneira, averigua-se a enorme importância do diagnóstico precoce de alterações visuais. Contudo, é relevante lembrar que o diagnóstico de deficiência visual provoca impacto também nas relações familiares. Quando ocorre logo após o nascimento, ou nos primeiros meses de vida da criança, as relações mãe-bebê e os outros membros da família procedem sob forte impacto emocional, podendo gerar comprometimentos futuros no desenvolvimento infantil (BOTEGA; GAGLIARDO, 1998).

Neste sentido, Gagliardo e Nobre (2001) destacam que detectar precocemente alterações visuais significa oferecer à criança a oportunidade de participar de programas de habilitação infantil, em que serão motivados o seu desejo e a sua curiosidade, necessários para que ela possa agir sobre o ambiente e realizar seu processo de aprendizagem. Portanto, a estimulação visual que o lactente recebe a partir do

nascimento é de fundamental importância para a formação de conexões neurais responsáveis pela visão. Ela é importante ainda porque acontece no período em que ocorrem as maiores e mais significativas mudanças no desenvolvimento da criança, nos períodos mais curtos de tempo.

No que se refere ao desenvolvimento motor a Terapia Ocupacional se mostra importante, pois utiliza estratégias que buscam a interação com objetos, promovendo a estimulação de vários padrões motores importantes para o engajamento nas ocupações. Para isto, seguindo a classificação proposta pela AOTA (AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION, 2002), a intervenção da Terapia Ocupacional teve como foco o estímulo dos seguintes componentes de desempenho: sensoriais (tato, visão, audição, propriocepção e vestibular); neuromusculoesqueléticos (força, resistência e controle postural); e motores (integração bilateral, integração visomotora e controle motor).

Outros comportamentos e aspectos importantes observados eram a irritabilidade e choro intenso que as crianças apresentavam. De acordo com Eickmann et al. (2016) entre as anormalidades neurológicas observadas em bebês com microcefalia destacam-se a hipertonía global grave com hiper-reflexia, irritabilidade, hiperexcitabilidade, choro excessivo, distúrbio de deglutição, além de respostas auditivas e visuais comprometidas. Na tentativa de acalmar as crianças foram utilizadas estratégias para envolvê-las, consistindo em aconchegá-las com os braços, movendo-as para trás e para frente lentamente, como acontece dentro do útero da mãe todos os dias quando a mesma anda. Além de massagear gentilmente os membros e o tronco, através da Shantala.

Formiga, Pedrazzani e Tudella (2010) destacam a importância do contato da criança com o corpo do terapeuta, das pessoas que o circundam, os brinquedos e brincadeiras, proporcionando à criança o apoio afetivo, a segurança e o equilíbrio de que necessita para crescer em harmonia com o meio em que vive. Para isso, é necessário verificar que a quantidade de estímulos utilizados deve estar estreitamente relacionada à capacidade, ao interesse e às possibilidades de cada criança. Não se deve forçá-la e nem cansá-la, pois o essencial nessa relação é ter conhecimento de suas necessidades e da medida exata de estímulos para supri-las.

No que se refere a abordagem à família, identificamos que o acolhimento a mãe era imprescindível. As famílias estavam vivendo o luto do filho ideal e encarando a nova realidade que se impôs com a chegada de um filho com deficiência. Góes (2006) salienta que, havendo a idealização de um estereótipo de filho, os progenitores projetam

seus sonhos e desejos na criança. Quando ela nasce com limitações, é enxergada pelos pais com estranheza por ser diferente do estereótipo imaginado. A discrepância entre o filho idealizado envolvido numa fantasia de perfeição e o filho nascido com limitações corresponde a uma perda, caracterizada como um momento de luto para os pais.

Então, juntamente com a realidade atual, destacam-se o luto, a novidade da epidemia da microcefalia e toda a repercussão na mídia, gerando um impacto e causando uma desestruturação familiar. A reestruturação acontece quando os pais realizam novas representações do filho com limitações, alcançando novas idealizações que proporcionem outras possibilidades de vínculo.

O acolhimento à família também era importante para estabelecimento do vínculo. A interação terapeuta/família deve estar bem estabelecida para que ocorra a troca de informações pertinentes para a definição dos objetivos funcionais possíveis na realidade motora cognitiva e social em que a criança se encontra, contribuindo, assim, para a superação de dificuldades vivenciadas diariamente no relacionamento dessa família com a criança.

O acolhimento e o cuidado as crianças e a suas famílias são essenciais para que se conquiste o maior ganho funcional possível nos primeiros anos de vida, fase em que a formação de habilidades primordiais e a plasticidade neuronal estão fortemente presentes, proporcionando amplitude e flexibilidade para progressão do desenvolvimento nas áreas motoras, cognitiva e de linguagem (MARIA-MENGEL; LINHARES, 2007).

Vários estudos afirmam que os resultados de uma estimulação precoce são mais contundentes a partir do envolvimento e participação ativa da família, o que otimiza efeitos no desenvolvimento infantil. Para isso é preciso levar em consideração valores e aspectos culturais de cada núcleo familiar, além de promover uma aprendizagem colaborativa pautada no oferecimento de oportunidades à família (JINGJING et al., 2014; FORMIGA; PEDRAZZANI; TUDELA, 2010; PEREIRA et al., 2014; POLLI, 2010; LOUREIRO et al., 2015).

O brincar foi a área de ocupação que teve maior ênfase durante os atendimentos. Reis e Rezende (2007) referem que o brincar é uma das áreas de intervenção da Terapia Ocupacional, sendo importante considerar o papel de brincante e todos os fatores que influenciam de maneira positiva e/ou negativa no desenvolvimento global do indivíduo.

De acordo com Ferland (2006, p. 3) “a descoberta do mundo pelo brincar tem efeitos evidentes sobre a evolução das habilidades da criança. Aí ela descobre quais

objetos, as pessoas, os eventos que estão à sua volta e quais relações eles mantêm entre si”.

Portanto, a estimulação descrita nesse relato foi feita sempre de forma lúdica, utilizando-se o brincar como estratégia de intervenção nos componentes de desempenho necessários para subsidiar o envolvimento das crianças em ocupações no futuro.

## **7-CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O objetivo deste trabalho foi relatar a experiência na atenção a bebês com microcefalia durante o estágio supervisionado obrigatório, apresentando intervenções da Terapia Ocupacional. Buscou-se contribuir para as discussões acerca da atenção em saúde mediante a epidemia de microcefalia que se estabeleceu em 2015. Os objetivos foram alcançados e foi possível observar e identificar que a maioria dos casos de microcefalia são acompanhados de alterações motoras, sensoriais e cognitivas que variam de acordo com o grau de acometimento cerebral.

A partir da prática embasada na literatura foi possível fundamentar a ação do terapeuta ocupacional, que de acordo com a sua formação intervém nas áreas de ocupação humana. Através de um planejamento de atividades e do conhecimento acerca do desenvolvimento infantil, foi possível traçar um plano de tratamento dinâmico na atuação com crianças acometidas pela síndrome congênita através de infecção pelo vírus Zika, utilizando o brincar como recurso terapêutico, através da estimulação precoce, considerando os objetivos da terapia ocupacional.

Conclui-se que quanto mais cedo à criança com microcefalia for submetida a programas de estimulação, melhor será o seu desenvolvimento global. Assim, fica evidente que a atuação e intervenção do terapeuta ocupacional têm extrema importância na assistência à criança, podendo ser benéfica e significativa durante o seu processo de desenvolvimento, no sentido de maximizar o desempenho ocupacional satisfatório, contribuindo assim para uma melhora na qualidade de vida do bebê e da família.

## REFERÊNCIAS

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION – AOTA. Occupational Therapy Practice Framework: domain and process. **American Journal of Occupational Therapy**, New York, v. 56, n. 6, p. 609-633, Nov 2002.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE TERAPIA OCUPACIONAL. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio e processo. 3. Ed. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**. São Paulo, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. SVS/MS. **Informe Epidemiológico nº 48 – Semana Epidemiológica (SE) 41/2016 (09/10/2016 à 15/10/2016)**. Monitoramento dos Casos de Microcefalia no Brasil – COES Microcefalias. 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia**. Brasília, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika**. Plano Nacional de Enfrentamento À Microcefalia. Brasília, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC)**. Brasília, 2015b.

BOTEGA, M. B. S.; GAGLIARDO, H. G. R. G. Intervenção precoce na deficiência visual: o que fazemos? **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**. São Paulo, v. 2, n. 1, p. 46-50. 1998.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL – COFFITO. Ministério da Saúde. **Diagnóstico: Microcefalia. E agora?**, 2016. Disponível em: <[http://coffito.gov.br/nsite/wpcontent/uploads//comunicao/materialDownload/Cartilha\\_Microcefalia\\_Final.pdf](http://coffito.gov.br/nsite/wpcontent/uploads//comunicao/materialDownload/Cartilha_Microcefalia_Final.pdf)> Acesso em: 11 jun. 2016.

EIKMANN, S. H. et al. Síndrome da infecção congênita pelo vírus Zika. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.32, n.7, 2016.

FACCINI, L. S. et al. **Possível associação entre a infecção pelo vírus zika e a microcefalia — Brasil, 2015**. [S.l.], v. 65, 2016.

FERLAND, F. **O modelo lúdico: o brincar, a criança com deficiência física e a terapia ocupacional**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2006.

FIGUEIRAS, A. C. et al. Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington, D.C.: OPAS, 2005.

FORMIGA, C. K. M. R.; PEDRAZZANI, E. S.; TUDELLA, E. **Intervenção precoce com bebês de risco**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2010.

FREITAS B. D. et al. Ocular findings in infants with microcephaly associated with presumed Zika virus congenital infection in Salvador, Brazil. **JAMA Ophthalmol**. Salvador, vol. 134, n. 5, 2016.

GAGLIARDO, H. G. R. G.; NOBRE, M. I. R. S. Intervenção Precoce na Criança com Baixa Visão. **Rev. Neurociências**. Campins, vol. 9, n. 1, p. 16-19, 2001.

GÓES, F. A. de B. Um encontro inesperado: os pais e seu filho com deficiência mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**. Pernambuco, vol. 26, n. 3, p. 450-461, 2006

GRIGOLATTO, T. et al. Intervenção Terapêutica Ocupacional em CTI Pediátrico: um estudo de caso. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**. São Carlos, v. 16, n. 1, p. 37-46, 2008.

HALLAL, C. Z.; MARQUES, N. R.; BRACHIALLI, L. M. P. Aquisição de habilidades funcionais na área de mobilidade em crianças atendidas em um Programa de Estimulação Precoce. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. São Paulo, v. 18, n. 1, p. 27-34, 2008.

HUMPHRY, R. Ocupação e desenvolvimento: uma perspectiva contextual. In: CREPAU, E. B.; COHN, E.; SCHELL, B. A. B. **Willard & Spackman: terapia ocupacional**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 22-32.

JAN, J. E.; SIKANDA, A.; GROENVELD, M. Habilitation and rehabilitation of visually impaired and blind children. **Pediatrician**. [S.l.]. vol. 17, p. 202-297, 1990.

JINGJING, J. et al. Effect of n-3 PUFA supplementation on cognitive function throughout the life span from infancy to old age: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. **American Society for Nutrition**, USA, v. 100, n. 6, p. 1422-1436, 2014.

LIMA; C. L. A.; FONSECA, L. F. (Orgs.). **Paralisia cerebral: neurologia, ortopedia e reabilitação**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004. p.37-44.

LOUREIRO, V. R. et al. Intervenção precoce e estimulação global de crianças com deficiências e atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor: um programa de extensão. **Raízes e Rumos Revista da Pró-Reitoria de Extensão e Cultura**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, p. 187-204, 2015.

MARIA-MENGEL, M. R. S.; LINHARES, M. B. M. Risk factors for infant developmental problems. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.l.], v. 15, p. 837-842, 2007.

MOTTA, M. P. D.; TAKATORI, M. A assistência em terapia ocupacional sob a perspectiva do desenvolvimento da criança. In: DE CARLO, M. M. R. P.; BARTALOTTI, C. C. (Orgs.) **Terapia Ocupacional no Brasil: fundamentos e Perspectivas**. São Paulo: Plexus, 2001.

OLIVEIRA, C. S.; VANCONCELOS, P. F. C. Microcefalia e vírus zika. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, vol. 92 n. 2, 2016.

PAINEIRAS, L. L. **Narrativas sobre a estimulação precoce evidenciando as particularidades da criança portadora de síndrome alcoólica fetal (SAF)**. 2005. 142

f. Dissertação (Mestrado em saúde da Criança) – Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

PEREIRA, V. A. et al. Desenvolvimento do bebê nos dois primeiros meses de vida: variáveis maternas e sociodemográficas. **Pensando Famílias**. Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 63-77, 2014.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Epidemiológico para investigação de casos de microcefalia no estado de Pernambuco**. n. 2, 42.p, 2015 .

PRECHTL, H. F. R. et al. **Role of vision on early motor development: lessons from the blind**. Dev. Med. Child Neurol., n. 43, p. 198-201, 2001.

POLLI, M. C. A. **Importância da estimulação precoce no desenvolvimento cognitivo infantil em crianças com deficiência mental**. 54 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Pedagogia) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2010.

REIS, N. M. M.; REZENDE, M. B. Adaptações para o brincar. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional: fundamentação e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 338-343, 2007.

REIS, P. Q. Aumento dos casos de microcefalia no Brasil. **Revista Médica de Minas Gerais**. Belo Horizonte, n. 25, 2015.

RIBEIRO, C. T. M. et al. Perfil do atendimento fisioterapêutico na Síndrome de Down em algumas instituições do município do Rio de Janeiro. **Revista Neurociências**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 114-119, 2007.

SOUZA, W. V. et al. Microcefalia no Estado de Pernambuco, Brasil: características epidemiológicas e avaliação da acurácia diagnóstica dos pontos de corte adotados para notificação de caso. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 32, n. 4, 2016.

VON DER HAGEN M, PIVARCSI M, LIEBE J, VON BERNUTH H, DIDONATO N, HENNERMANN JB, et al. Diagnostic approach to microcephaly in childhood: a two-center study and review of the literature. **Developmental Medicine & Child Neurology**, vol. 56, n. 8, p.732–741, 2014.

WATEMBERG N.; SILVER S.; HAREL S, LERMAN-SAGIE T. Significance of microcephaly among children with developmental disabilities. **Journal of Child Neurology**. n. 17, v. 2, p. 117–22, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Screening, assessment and management of neonates and infants with complications associated with Zika virus exposure in útero**. Rapid Advice Guideline. 2016.