



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE
MATERNÓ-INFANTIL**



RAQUEL DO NASCIMENTO DOS SANTOS

**ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NA INTERVENÇÃO PRECOCE COM
BEBÊS PREMATUROS**

Rio de Janeiro
2017

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MATERNO-INFANTIL**

RAQUEL DO NASCIMENTO DOS SANTOS

**ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NA INTERVENÇÃO PRECOCE COM
BEBÊS PREMATUROS**

Monografia do Curso de Especialização em Pós-graduação em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil

Orientadora: Marisa Schargel Maia

Rio de Janeiro
2017

Sa596 Santos, Raquel do Nascimento dos
Atuação do terapeuta ocupacional na intervenção precoce com bebês prematuros / Raquel do Nascimento dos Santos. -- Rio de Janeiro: UFRJ /Maternidade Escola, 2017.
39 f. ; 31 cm.
Orientadora: Prof. Marisa Schargel Maia
Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Programa de Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil, Maternidade Escola, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2017.
Referências bibliográficas: f. 34
1. Prematuro. 2. Intervenção Precoce. 3. Terapia Ocupacional.
4. Responsáveis. 5. Saúde Materno Infantil – Monografia.
I. Maia, Marisa Schargel. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola. III. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE MATERNO-INFANTIL**

Raquel Do Nascimento Dos Santos
Orientadora: Marisa Schargel Maia

**ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NA INTERVENÇÃO PRECOCE COM
BEBÊS PREMATUROS**

Monografia apresentada à Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Atenção Integral à Saúde Materno-Infantil

Aprovada em ____ de _____ de 2017.

Banca Examinadora:

Prof.^a Doutora Marisa Schargel Maia (Orientadora/UFRJ)

Prof.^a Mestre Márcia Cristina de Araújo Silva (Interlocutora/IFRJ)

Dedico este trabalho a Deus e aos meus pais, Clecius e Maria Emília, sem eles não teria chegado aqui.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar o meu agradecimento a todos que estiveram presentes nesta caminhada e que de forma direta ou indireta me ajudaram nessa etapa.

Primeiramente a Deus pelo dom da vida, pela saúde, por me fortalecer a cada obstáculo, pela sabedoria e força para enfrentar as dificuldades e por permitir a realização dessa conquista.

Aos meus pais Clecius e Maria Emília por todo incentivo, pelo apoio nas horas difíceis, por toda a educação e ensinamentos ao longo da minha vida, pelo grande esforço em garantir meus estudos, por acreditarem em mim e por todo amor incondicional.

A minha grande família o meu agradecimento pelo incentivo ao longo desse período da minha vida.

Ao meu noivo Igor Silva pela paciência e dedicação nessa caminhada. Obrigada pelo apoio e por torcer por mim.

A minha orientadora Marisa Maia por tornar esse trabalho possível e por todo o ensinamento ao longo do curso.

RESUMO

SANTOS, Raquel Do Nascimento Dos. **Atuação do terapeuta ocupacional na intervenção precoce com bebês prematuros**. 2017. 39 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialista) - Programa De Atenção Integral À Saúde Materno-Infantil, Maternidade Escola, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

O aumento das taxas de sobrevivência de bebês prematuros e de baixo peso ao nascer vem sendo percebido com o passar dos anos. A identificação precoce das intercorrências e um atendimento adequado às necessidades do neonato nos primeiros meses de vida irão repercutir no seu desenvolvimento. Nesse momento, a intervenção precoce multidisciplinar pode ser de grande valor no acolhimento clínico dessa clientela. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura sobre a atuação do terapeuta ocupacional na intervenção precoce com bebês prematuros. Identificou-se que o terapeuta ocupacional poderá contribuir no desenvolvimento de bebês prematuros, intervindo precocemente desde a UTIN até ambulatório de *follow up*, tendo como foco o bebê, o ambiente e a família. Por meio desta pesquisa observou-se também que ainda existe uma carência de publicações de terapeutas ocupacionais nessa área.

Palavras-chave: Prematuro. Intervenção Precoce. Terapia Ocupacional.

ABSTRACT

The increase in survival rates of preterm and low birth weight infants has been perceived over the years. The early identification of complications and an adequate care for the needs of the neonate in the first months of life will have an impact on their development. At this moment, early multidisciplinary intervention can be of great value in the clinical reception of this clientele. It was made a narrative review of the literature on the performance of the occupational therapist in early intervention with premature babies. It was identified that the occupational therapist may contribute to the development of preterm infants, realizing the early intervention since the UTI to ambulatory follow-up, with focus on the baby, the environment and the family. Through this research it was also observed that there is still a shortage of publications of occupational therapists in this area.

Keywords: Premature. Early Intervention. Occupational Therapy

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

UTIN - Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

OMS - Organização Mundial de Saúde

SNC - Sistema Nervoso Central

SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria

PEDI - Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	09
2	METODOLOGIA.....	12
3	PREMATURIDADE E INTERVENÇÃO PRECOCE	13
4	CENÁRIOS DE ATUAÇÃO	17
4.1	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN).....	17
4.2	<i>Follow Up</i>	20
5	ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL	24
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	32
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34

1 INTRODUÇÃO

A prematuridade é consequência de circunstâncias multifatoriais e imprevisíveis. O recém-nascido é considerado prematuro quando nasce com menos de 37 semanas de gestação e a classificação de baixo peso é considerada às crianças nascidas com menos de 2.500 gramas (SOUZA; MARINO, 2013). Segundo Fernandes e Grave (2012) quanto mais prematuros são os partos, maiores as chances de riscos de complicações para o neonato devido à imaturidade pulmonar e do sistema imunológico, além da fragilidade dos capilares cerebrais. Esses fatores podem provocar problemas respiratórios, sangramento intraventricular e aumentar a susceptibilidade do neonato à infecções.

A vida extrauterina é um grande desafio que o recém-nascido prematuro vai enfrentar para sua sobrevivência e desenvolvimento, pois apresenta órgãos imaturos, especialmente o cérebro e os pulmões (LECUONA et al. 2016). O sistema nervoso do bebê prematuro é particularmente frágil e a maturação neurológica se adapta com dificuldade ao parto antecipado trazendo como consequências as alterações no neurodesenvolvimento (CHARPAK; POMAR, 2015).

O aumento das taxas de sobrevivência dos bebês de baixo peso ao nascer vem sendo percebido com o passar dos anos, e a partir disso, a necessidade dos cuidados com esses bebês é tema de importante discussão, pois como dito anteriormente, as crianças prematuras e com baixo peso correm maior risco de complicações clínicas e de desenvolvimento (MALLIK; SPIKER, 2004).

A literatura aponta que esse aumento na sobrevivência dos quadros mais graves de prematuridade tem acontecido devido aos avanços tecnológicos no cuidado intensivo neonatal e na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) que é um ambiente adequado para o cuidado e o tratamento do recém-nascido em estado grave (SOUZA; MARINO, 2013; MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011).

A identificação precoce das intercorrências e um atendimento adequado às necessidades do neonato, nos primeiros meses de vida, irão repercutir no seu desenvolvimento (SOUZA; MARINO, 2013). A partir disso, compreende-se então que a intervenção precoce é uma importante estratégia para melhorar os resultados clínicos (MALLIK; SPIKER, 2004).

O cuidado ao bebê prematuro e com baixo peso começa desde o seu nascimento, na sua permanência na UTIN e continua após a alta hospitalar. Para melhor o atendimento a essa clientela tornou-se necessária a formação de equipes multidisciplinares, devido aos

múltiplos aspectos que requerem avaliação e conseqüentemente, intervenção precoce específica. Desse modo, é nessa equipe que podemos encontrar a atuação e a contribuição do terapeuta ocupacional (PERUZZOLO et al., 2014).

A terapia ocupacional é uma profissão da área da saúde que tem como objetivo desenvolver, restaurar ou ampliar as capacidades funcionais das pessoas visando sua autonomia, independência e qualidade de vida (WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS, 2003). A profissão surgiu a partir de dois momentos históricos mundiais: a Revolução Francesa e a Primeira Guerra Mundial, onde viu-se a necessidade de reabilitar os trabalhadores acidentados no processo de trabalho e os militares que ficaram incapacitados durante a guerra. No Brasil, a profissão se institucionalizou com a psiquiatra Nise da Silveira, por meio da criação do setor terapêutico ocupacional no Hospital Psiquiátrico D. Pedro II. Inicialmente, os cursos de treinamento eram direcionados para a área da saúde mental e, posteriormente começaram os cursos na área da reabilitação física e anos depois, a profissão teve o seu reconhecimento por lei como profissão de nível superior junto com a fisioterapia em 13 de outubro de 1969 (SOARES, 2007).

O perfil do terapeuta ocupacional foi sendo construído com o passar do tempo. De acordo com a Federação Mundial de Terapeutas Ocupacionais, pode-se descrever a terapia ocupacional como

Um campo de conhecimento e de intervenção em saúde, educação e na esfera social, reunindo tecnologias orientadas para emancipação e autonomia das pessoas que, por razões ligadas a problemática específica, físicas, sensoriais, mentais, psicológicas e/ou sociais, apresentam, temporariamente ou definitivamente, dificuldade na inserção e participação na vida social. As intervenções em Terapia Ocupacional dimencionam-se pelo uso da atividade, elemento centralizador e orientador, na construção complexa e contextualizada do processo terapêutico (WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS, 2003, p. 70).

Na intervenção precoce o terapeuta ocupacional procura estimular o desempenho ocupacional da criança e, tem como objetivo, o desenvolvimento necessário das habilidades adequadas à sua faixa etária. As atividades são realizadas por meio do lúdico, do brincar, pois a brincadeira é uma ação que irá permitir a criança desenvolver seus aspectos cognitivos, motores, sociais e culturais (SOUZA; MARINO, 2013).

A atuação de terapeutas ocupacionais com neonatos prematuros está aumentando, e os principais objetivos do processo de intervenção é, identificar possíveis alterações que possam impactar o desenvolvimento neuropsicomotor da criança, distúrbios

sensoriomotores, orientar a equipe multidisciplinar quanto a manuseios, posicionamento e estímulos adequados a esse recém-nascido dentro e fora da UTIN, confeccionar órteses quando necessário, orientar aos pais e estimular o vínculo mãe-bebê, e fazer a triagem dos bebês para o ambulatório de seguimento (follow-up). De modo a dar continuidade ao tratamento iniciado na UTIN (MARTINS; BARBOSA; GONZAGA, 2002).

Tendo em vista a relevância desse profissional no cuidado de bebês de risco e a importância de uma intervenção precoce junto a essa população, este estudo tem como objetivo, descrever a atuação do terapeuta ocupacional na intervenção precoce com bebês prematuros. Escolho este tema por ser de suma importância para a área de conhecimento da terapia ocupacional, por ser um assunto que na literatura brasileira existem poucas publicações e para a área neonatal. Por meio desse estudo podem-se obter maiores conhecimentos quanto à contribuição deste profissional na intervenção precoce, visando o desenvolvimento saudável dos bebês prematuros.

2 METODOLOGIA

Este estudo se desenvolveu através de uma revisão bibliográfica narrativa. As revisões narrativas são consideradas publicações amplas, utilizadas para apresentar e discutir algum assunto, conforme a perspectiva teórica ou contextual. São compostas por estudos publicados em revistas impressas e/ou eletrônicas e também em livros, sendo analisados de acordo com interpretação e análise crítica pessoal do autor.

Para esse estudo, contemplou-se o levantamento de publicações científicas somente em português que evidenciaram a atuação do terapeuta ocupacional na intervenção precoce em bebês prematuros. A busca de artigos incluiu pesquisa nos Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar e na Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo e busca manual em livros e de citações nas publicações inicialmente identificadas.

Para definição dos termos de busca, foi feita consulta nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), vocabulário controlado utilizado pela Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) para indexar a literatura científica. Foram estipulados os seguintes descritores: “Terapia Ocupacional”, “Prematuro” e “Intervenção Precoce”. Como critério de seleção dos artigos utilizados foi considerado os que se adequaram ao tema proposto.

3 PREMATURIDADE E INTERVENÇÃO PRECOCE

A gravidez é um fenômeno natural e fisiológico que envolve fatores físicos, sociais e emocionais. Trata-se de um evento que geralmente se desenvolve de maneira saudável, porém em algumas gestações, a presença de intercorrências pode provocar riscos tanto para a mãe quanto para o bebê, sendo chamada de gestação de risco. Existem muitos tipos de fatores de risco que podem afetar uma gravidez e alguns deles podem favorecer a ocorrência do parto prematuro (BRASIL, 2010).

A prematuridade é uma condição definida para o recém-nascido que nasce antes do tempo previsto, contudo, antes de completar as 37 semanas gestacionais, pode ser considerada eletiva, quando a gestação é interrompida em decorrência de alguma complicação de risco materno ou fetal e também pode ser classificada como prematuridade espontânea quando o trabalho de parto se inicia espontaneamente (SALGE et al., 2009).

Ainda não há o conhecimento da etiologia da prematuridade, o que dificulta na sua prevenção, porém estudos já evidenciaram algumas condições de risco que podem se relacionar ao parto prematuro, tais como a adolescência, primípara com mais de 36 anos, histórico de parto prematuro, gemelaridade/gestação múltiplas, baixa estatura materna, baixa condição socioeconômica, complicações/sangramentos no segundo trimestre de gestação, nutrição materna, amadurecimento cervical, entre outros (SALGE et al., 2009; BAQUIÃO, 2011).

Segundo Ganesan et al. (2010), a literatura disponível demonstrou que os bebês prematuros e de baixo peso ao nascer possuem alto risco de apresentar problemas no desenvolvimento motor, sensorial e neurológico, com possibilidade de ocorrerem prejuízos e limitações na sua capacidade e independência funcional. Almeida et al. (2013) ainda destacam que esses bebês vêm apresentando de forma frequente, algumas enfermidades tais como a retinopatia e apneia da prematuridade, displasia broncopulmonar, entre outras.

Logo percebemos que precisam de cuidados especiais e é por meio dos avanços tecnológicos que a taxa de sobrevivência de recém-nascidos pré-termo tem aumentado (OTONI; GRAVE, 2014). As UTIN's fazem parte desses avanços e tem favorecido esse aumento da sobrevivência desses bebês. Possuem tecnologia avançada e são consideradas referências no cuidado ao neonato de risco (CHAGAS et al., 2009).

No campo da saúde classificam-se as tecnologias em dura, quando se diz respeito aos recursos materiais, os equipamentos tecnológicos e estruturas organizacionais, em leve-dura, que está relacionada com os conhecimentos/saberes no processo de saúde e a

leve, que compreende o vínculo, o acolhimento, os processos de relações e de comunicação. No cuidado ao recém-nascido de risco a categoria que mais se adéqua é a tecnologia leve, pois mesmo que todas as tecnologias estejam interligadas nesse cuidado, esta proporciona o que o bebê e sua família mais requerem, que é o acolhimento e o vínculo, ambos necessários para que a construção da relação de confiança entres eles e a equipe de saúde (SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008).

Contudo, a despeito dos benefícios das novas tecnologias e dos avanços na área da Neonatologia, ainda lidamos com desafios, pois ainda é pouco conhecido os efeitos que prematuridade tem sobre a vida do bebê, ao longo do seu desenvolvimento (ALMEIDA et al., 2013).

O recém-nascido pré-termo enfrenta uma situação de vulnerabilidade, pois o desenvolvimento de suas estruturas anatômicas e de seu Sistema Nervoso Central (SNC) que aconteceriam intra útero foram interrompidos devido ao nascimento precoce que tem como consequências a possibilidade de riscos e sequelas para o desenvolvimento e crescimento infantil, o que torna cada vez mais necessário a criação de medidas preventivas para assim diminuir o número de partos prematuros (RAMOS; CUMAN, 2009; OTONI; GRAVE, 2014).

Como forma de tentar prevenir o parto prematuro faz-se necessário uma maior atenção aos cuidados pré-natais, como modo de acompanhar, conhecer e identificar as possíveis complicações que podem ocasionar o parto antecipado, concluindo que a prevenção é sempre a principal opção e talvez seja também a principal solução (BAQUIÃO, 2011).

Por meio de uma abordagem preventiva pode-se evitar possíveis danos sob todas as áreas do desenvolvimento do indivíduo e quando o assunto é prematuridade ela se torna uma ação de grande importância. Bebês prematuros têm mais chances de apresentarem algum tipo de alteração no seu desenvolvimento, por isso seu acompanhamento se torna relevante a fim de verificar precocemente possíveis complicações e prevenir seu agravo.

O desenvolvimento de uma criança começa desde a concepção e é considerado um grande processo que envolve não somente o crescimento físico, mas também as relações sócias afetivas (FIGEIRAS, 2005). Os primeiros anos de vida é a fase que merece maior atenção, pois neles ocorrem o desenvolvimento global e aquisição das habilidades de desempenho motoras, processuais e de interação social. É nessa fase que o cérebro se desenvolve mais rápido e o sistema nervoso central se encontra em processo de

maturação, sendo considerado, portanto, um período com alta plasticidade neuronal, no qual a estimulação tem um importante papel (UNICEF, 2015; BRASIL, 2016).

A estimulação precoce deve se iniciar logo no começo da vida e ser continuada por um período de três anos de idade. Isso se justifica por ser nessa fase em que há maior oportunidade de favorecer o desenvolvimento saudável à criança com impactos positivos no seu futuro. É considerada uma abordagem multiprofissional que busca ampliar competências, favorecer os marcos do desenvolvimento e estimular as habilidades de desempenho motoras, processuais e de interação social, pelo uso de técnicas e recursos terapêuticos com o objetivo de evitar ou diminuir os efeitos e/ou possíveis déficits no desenvolvimento de uma criança (BRASIL, 2016).

Nesse campo de questões, define-se Intervenção Precoce como

uma medida de apoio integrado centrada na criança e na família, mediante ações de natureza preventiva e habilitativa, designadamente do âmbito da educação, saúde e ação social, que permite assegurar condições facilitadoras do desenvolvimento da criança com deficiência ou em risco de atraso grave de desenvolvimento, potenciar as interações familiares como suporte da sua progressiva capacitação e autonomia face à problemática da deficiência (BRASIL, 1999, p. 15.566)

A intervenção precoce com bebês que possuem probabilidade de desenvolver atraso neuropsicomotor é uma alternativa que vem ganhando mais espaço com o passar do tempo. É direcionada a um grupo de crianças que tenham alguma alteração no seu desenvolvimento ou que tenham risco de desenvolver algum comprometimento decorrente de fatores de riscos biológicos, síndromes ou algum risco durante a gestação e/ou nascimento e precisam de um acompanhamento para prevenir esses possíveis agravos, no caso do presente trabalho, os bebês prematuros (FRANCO, 2007; PERUZZOLO et al., 2015).

Existem três fases que compreendem o processo de intervenção precoce, a primeira é baseada na busca dos indicadores. Na segunda fase acontece a observação, onde a criança é avaliada para se detectar os possíveis indícios que apontem que o seu desenvolvimento apresenta ou tem risco de apresentar alguma alteração. Essa fase tem um papel fundamental nesse processo, pois para que ocorra a intervenção precoce é necessário que haja uma identificação precoce. A terceira fase consiste na intervenção propriamente dita, em que acontece o acolhimento dessa criança e sua família, a avaliação, o diagnóstico e é organizado e montado um plano de intervenção que irá compreender atividades voltadas para a criança, sua família e também ao ambiente (FRANCO, 2007).

O ambiente torna-se um fator importante para o desenvolvimento do bebê, se esse é favorável, com estímulos facilitadores para a aquisição da aprendizagem da criança. A ausência de estimulação nos primeiros anos de vida da criança é considerada crítico para o desenvolvimento infantil, pode aumentar as chances de transtornos aparecerem, por isso é importante que os bebês sejam encaminhados para programas de acompanhamento o mais precoce possível (SILVA; SANTOS; GONÇALVES, 2006).

A estimulação com bebês de risco propicia ganhos funcionais e se tiver seu início tardio, poderá haver comprometimento no desenvolvimento dessas crianças. Infelizmente, na prática, os bebês prematuros não recebem o acompanhamento adequado e chegam aos locais de tratamento tardiamente, já apresentando algum déficit no seu desenvolvimento, e, os objetivos da intervenção são realizados na tentativa de amenizar e prevenir agravos futuros (FORMIGA, 2003).

Para que a estimulação seja eficaz é necessário a presença de uma equipe multidisciplinar habilitada, que tenha conhecimento sobre o desenvolvimento normal de uma criança e que saiba identificar os possíveis desvios de riscos, precocemente, para que as intervenções terapêuticas ocorram em tempo hábil para o aproveitamento pleno da neuroplasticidade (BRASIL, 2016). O terapeuta ocupacional é um dos profissionais capacitados para compor essa equipe e que irá contribuir no desenvolvimento dessas crianças.

O principal objetivo da intervenção precoce é promover a qualidade de vida da criança, favorecer sua integração no meio social e ajudar na promoção da sua independência e autonomia, por isso é importante que ela tenha uma atenção maior com a finalidade de atender um bom número de crianças (FRANCO, 2007).

Destaca-se que o acolhimento a família também faz parte da intervenção, de modo que os profissionais envolvidos devem realizar a escuta e orientar os pais e/ou responsáveis quanto a importância da estimulação, sanando dúvidas e fornecendo o suporte necessário (BRASIL, 2016).

Vimos que a intervenção precoce tem se mostrado importante aliada no atendimento a bebês prematuros, ela tem seu início na UTIN e continua no ambulatório de *follow up*, cenários de atuação em que a equipe multidisciplinar realiza a estimulação e que veremos no próximo capítulo.

4 CENÁRIOS DE ATUAÇÃO

4.1 Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)

Unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) é local onde os recém-nascidos de risco recebem atendimento e cuidado intensivo, adequado as suas necessidades específicas, por tempo prolongado (MARTINS; BARBOSA; GONZAGA, 2002; MONTANHOLI; MERIGHI; JESUS, 2011).

O período neonatal é o que requer maior atenção, pois atualmente é considerado o de maior índice de morbimortalidade por ser um período em que o bebê apresenta vulnerabilidade e grande disposição a ocorrência de agravos e sequelas a sua saúde. A UTIN é vista como uma das soluções para prevenir tais riscos e ajudar na diminuição desses índices (MARTINS; BARBOSA; GONZAGA, 2002).

A UTIN possui um ambiente físico composto por salas e áreas com finalidades específicas dentro de uma estrutura hospitalar que possua recursos para o atendimento, diagnóstico, procedimentos e tratamento dos neonatos de risco. Deverá estar localizada próxima a um centro cirúrgico e obstétrico, e o número de leitos varia de acordo com o hospital em que está inserida, porém, a norma exige um mínimo de cinco leitos e um máximo de doze leitos por unidade (MARTINS; BARBOSA; GONZAGA, 2002).

A UTIN é mais que um local com equipamentos de tecnologia avançada, ela é composta por equipes multidisciplinares que trabalham de acordo com a sua particularidade. Uma equipe que atua em uma UTIN deve ser composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, radiologista, psicólogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, assistente social, nutricionista, farmacêutico e terapeuta ocupacional (SARAIVA, 2004). Deve ser um espaço acolhedor onde deve ser priorizada a humanização do atendimento e a segurança (MARTINS; BARBOSA; GONZAGA, 2002).

O trabalho em equipe é um dos objetivos desse local, pois a boa integração dos profissionais com seus diferentes saberes irá proporcionar um ambiente adequado e um melhor atendimento a esse recém-nascido e sua família, auxiliando na adaptação a essa nova vida fora do útero tanto em aspectos físicos quanto emocionais. A equipe deverá ajudar na redução do índice de morbimortalidade neonatal, na promoção ao aleitamento materno e também inserir a mãe e/ou pai a participarem dos cuidados do seu bebê (MARTINS; BARBOSA; GONZAGA, 2002).

Para prestar atendimento multidisciplinar, os profissionais ali inseridos deverão estar preparados e habilitados visto que a UTIN é um local, em que os bebês internados irão requerer cuidados especiais e atenção por ser um ambiente de risco (MARTINS; BARBOSA; GONZAGA, 2002). A articulação dos múltiplos saberes da equipe que presta assistência ao recém-nascido prematuro é essencial em seu cuidado, pois o atendimento que ele receber nos seus primeiros meses de vida extrauterina nesse ambiente influenciará no seu desenvolvimento (SKAVINSKI, 2005).

A vida extrauterina é bem diferente da vida que o bebê levava enquanto ainda estava no útero de sua mãe. Se, antes ele permanecia a maior parte do tempo em sono profundo, processo que auxiliou na promoção do crescimento e maturação cerebral, agora esse bebê prematuro enfrenta a agitação de uma UTIN, onde sofre diferentes adaptações para dar continuidade ao seu amadurecimento fora do útero (SKAVINSKI, 2005). Esse ambiente conta com tecnologias necessárias para ajudar no desenvolvimento do bebê como incubadoras ou berços aquecidos que auxiliam na manutenção de temperatura, aparelhos de assistência ventilatória para ajudar na respiração adequada, alimentação por sondas e antibióticos que ajudam no controle de infecções (LINO et al., 2015).

Desta forma, na UTIN os profissionais tentam proporcionar uma assistência ao recém-nascido prematuro visando seu desenvolvimento e amadurecimento, porém como citado anteriormente, essa experiência é bem diferente daquela que ele vivia no ambiente uterino, pois a unidade é cheia de equipamentos, procedimentos e tecnologias que fazem com que os neonatos tenham que conviver com muitas intervenções invasivas e dolorosas, que acabam causando estresse e desorganização (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

O neonato prematuro precisa de cuidados médicos e por isso muitos procedimentos são realizados de forma constante e, dessa forma a UTIN se torna um ambiente com muitos estímulos que podem acabar prejudicando o desenvolvimento neuromotor desse recém-nascido. A iluminação intensa, a temperatura, os diferentes ruídos e as manipulações são estímulos que acabam por algumas vezes interromper o sono e repouso que o bebê requer para seu desenvolvimento cerebral e dos demais órgãos (SKAVINSKI, 2005).

Por isso é necessário que a UTIN seja planejada para que os estímulos em excesso sejam reduzidos, tornando a unidade um ambiente adequado visando um melhor tratamento ao bebê e para se evitar complicações clínicas (SARAIVA, 2004).

Além de estímulos luminosos e auditivos, existe outro que pode comprometer o desenvolvimento do recém-nascido internado em uma UTIN: o estímulo doloroso, como por exemplo as coletas de sangue, punção de calcanhar para glicemia, passagem de sonda

gástrica e/ou vesical, cateter umbilical, entre outros. Segundo Veronez e Corrêa (2010, p. 264),

Estímulos dolorosos agudos desencadeiam nos RN uma resposta global ao estresse, que inclui modificação a nível cardiovascular, respiratório, imunológico, hormonal e comportamental, entre outros. Essas respostas fisiológicas são acompanhadas de uma reação endócrino-metabólica de estresse, com liberação, entre outros hormônios, de adrenalina, noradrenalina e cortisol, podendo também resultar em hiperglicemia e catabolismo protéico lipídico, interferindo no equilíbrio homeostático, que no RN já é precário (VERONEZ; CORRÊA, 2010, p. 264).

Deste modo, os profissionais que atuam em UTINs diretamente com os bebês hospitalizados podem realizar procedimentos e medidas que aliviem a dor do neonato, favorecendo uma melhor recuperação de sua saúde (VERONEZ; CORRÊA, 2010).

Outra questão de grande importância no cuidado ao recém-nascido internado, na UTIN, são as ações realizadas junto aos pais e os familiares desse bebê. É permitida, a presença e permanência dos pais durante a internação de seu filho na UTIN além da liberação de visitas de outros familiares (OLIVEIRA; ORLANDI; MARCON, 2011). Porém, não basta inserir os pais ou a família na UTIN, é necessário e essencial construir uma relação de confiança entre essa tríade (equipe, família e bebê) onde a equipe traz informações, esclarece dúvidas e também atua como promotora da inclusão e participação desses pais no cuidado de seu filho (MOLINA et al., 2007).

O Método Canguru é uma ação que começa dentro da UTIN em que a equipe proporciona o fortalecimento da relação mãe-bebê. Ele é caracterizado como uma assistência ao bebê prematuro que é colocado sobre o peito de sua mãe e/ou pai de que modo a favorecer o contato pele a pele. Esse método tem sido utilizado no Brasil como uma intervenção ao bebê internado na unidade de terapia intensiva neonatal e tem contribuído bastante no processo de cuidado a ele e sua família, pela estimulação do vínculo, do aleitamento materno e, além de favorecer o ganho de peso, proporciona acolhimento a família e minimiza os efeitos negativos da internação sobre ambos (LAMY et al., 2005).

A partir das informações apresentadas concluímos que a UTIN é um lugar que tem contribuído de forma significativa no cuidado e assistência ao recém-nascido prematuro, aumentando o número de sobrevivência desses bebês. Porém é um ambiente invasivo para o neonato devido aos ruídos, luminosidade, ruídos e procedimentos agressivos realizados e, por isso os profissionais que prestam assistência nesse ambiente devem ter cuidado com os manuseios, posicionamentos, som, luz, estresse e dor (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

Para os pais a UTIN torna-se um ambiente de medos e angústias e a equipe deve reconhecer que a família também precisa ser cuidada e estar preparada para realizar o cuidado de seu filho, sendo assim é importante também a implementação de grupos de apoio aos familiares, visando ajudá-los nesse processo de internação (OLIVEIRA; ORLANDI; MARCON, 2011).

Humanizar o cuidado na UTIN de forma singular e integral é uma das ações que devem ser realizadas pela equipe de saúde. O cuidado não está focado somente no bebê, mas também se estende a sua família que precisa de assistência, pois também está fragilizada, o cuidado está relacionado à atenção, respeito a vida e a integralidade (REICHERT; LINS; COLLET, 2007).

A preparação da família para a alta do bebê é de grande importância e o treinamento para a realização do cuidado em casa deverá acontecer durante toda a internação do prematuro, pois desta forma os pais terão maior autoconfiança e menor ansiedade o que facilitará na adaptação do bebê e sua família em seu domicílio (FONSECA et al., 2004).

4.2 Follow Up

A UTIN é de relevância indescritível no tratamento dos neonatos de alto risco, mas quando a criança recebe alta ainda é considerada um bebê de risco e pode apresentar possíveis alterações no seu desenvolvimento. Desse modo, entende-se ser necessário que o tratamento continue após a alta hospitalar, pois os bebês precisam ser acompanhados regularmente para avaliar o crescimento e desenvolvimento neurológico, e serem encaminhados para a estimulação precoce e reabilitação se for necessário (PERUZZOLO, 2014).

O acompanhamento dos bebês prematuros, que acontece após a alta hospitalar recebe o nome de *follow up*. É um programa de seguimento clínico realizado com recém-nascidos de alto risco que deve ser iniciado ainda na UTIN, no qual os profissionais envolvidos deverão orientar os pais quanto ao cuidado com seu filho fora do ambiente hospitalar e da importância da continuidade do atendimento. A preparação para alta é de grande relevância para que o acompanhamento seja bem-sucedido (FERRAZ et al., 2010; SILVEIRA, 2012).

Crianças prematuras e de baixo peso, que tiveram algumas intercorrências clínicas ao nascer ou logo após o nascimento como asfixia, convulsão, septicemia e recém-nascido

que precisaram de ventilação mecânica possuem mais necessidades de participar desse programa de seguimento e são consideradas prioridade (MELLO; MEIO, 2004).

As consultas são realizadas nos primeiros 6 meses de vida da criança com intervalo mensal, depois elas são realizadas bimestralmente até 1 ano, trimestralmente até 2 anos, semestralmente até 4 anos e após essa idade são realizadas anualmente até a puberdade. As crianças devem ser acompanhadas no mínimo até pelo menos três anos de idade, pois até essa faixa etária alterações mais graves do desenvolvimento já terão sido identificadas (MELLO; MEIO, 2004; SILVEIRA, 2012).

No momento das consultas é importante ter um bom conhecimento da história perinatal da criança, garantir que as informações estão sendo passadas para os pais com clareza e linguagem simples para desta forma, facilitar a compreensão. É necessário investir na criação do vínculo entre os pais e os profissionais, reforçar orientações e no final de cada consulta enfatizar a importância da continuidade do acompanhamento (MELLO; MEIO, 2004).

As orientações quanto à vacinação, a reavaliação das medicações, realizações de exames e testes são acontecem nessas consultas, e além desses objetivos clínicos, o programa de seguimento também tem como foco a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor da criança, que é realizado a cada encontro a fim de detectar de forma precoce os possíveis desvios e assim intervir para adequação dos mesmos, a estimulação das habilidades cognitivas, da linguagem, visão e audição (MELLO; MEIO, 2004).

A cada consulta pode ser aplicado ao recém-nascido, o Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver, versão 2 (Denver II), que é um instrumento padronizado de identificação precoce das condições de desenvolvimento da criança, que avalia quatro áreas/categorias: motor-grosso, motor fino-adaptativo, linguagem e pessoal-social, podendo ser aplicado por qualquer membro da equipe de saúde, desde que tenha feito treinamento prévio (MORAES, 2010).

Outro instrumento que também pode ser utilizado nas consultas a fim de acompanhar o desenvolvimento das crianças é o Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI), um teste simples que também pode ser aplicado por qualquer membro da equipe multidisciplinar e não precisa de treinamento formal para ser aplicado. O PEDI irá avaliar desempenho funcional de crianças entre 6 meses e 7 anos e meio ou com idade superior mas com o seu desenvolvimento funcional dentro da faixa etária em três domínios: autocuidado, mobilidade e função social (MANCINI, 2005).

Para que o programa aconteça é necessária a presença de uma equipe multidisciplinar que é composta pelo pediatra, enfermeiro, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, otorrinolaringologista, fonoaudiólogo, oftalmologista, e neurologista infantil. O trabalho em equipe é essencial e cada membro deverá ter seu papel bem definido para favorecer um melhor atendimento a essa criança (SILVEIRA, 2012).

Por meio do atendimento multidisciplinar as alterações no desenvolvimento dos recém-nascidos podem ser detectadas de forma precoce e assim eles serão encaminhados para o tratamento específico no período apropriado, no qual será realizada a estimulação precoce necessária, fazendo com tenham um prognóstico favorável (FERRAZ et al., 2010).

O diagnóstico precoce ajuda a minimizar os impactos das alterações no desenvolvimento da criança, e dessa forma os profissionais poderão intervir especificamente onde foi detectada a alteração. Portanto, é importante que a criança frequente as consultas regularmente para que a equipe acompanhe todas as etapas do seu desenvolvimento (FREITAS et al., 2010).

Além do atendimento direto ao bebê é realizado também apoio aos pais/responsáveis com o objetivo de facilitar a compreensão desse processo e promover a participação deles no acompanhamento do recém-nascido, a fim de assegurar o seguimento dos cuidados gerais e de saúde à criança (FERRAZ et al., 2010; SILVEIRA, 2012).

É importante que sejam realizadas reuniões de equipe a fim de discutir assuntos pertinentes ao serviço, promover a interação entre os profissionais e assim favorecer a troca de saberes e informações entre eles, discutir os casos atendidos, com ênfase nos casos mais complexos, relatar as dificuldades encontradas e juntos procurar uma solução viável e verificar a necessidade de encaminhamento da criança para outra especialidade ou serviço de reabilitação (FERRAZ et al., 2010).

O melhor acompanhamento do prematuro, de forma supervisionada e interdisciplinar, garantirá o investimento em sobrevida anteriormente realizado com esses pacientes nas unidades de tratamento intensivo: menores taxas de re-hospitalizações, menor índice de infecções nos primeiros anos de vida dessas crianças, melhores taxas de crescimento e neurodesenvolvimento, adequada inclusão na escola e potencial de aprendizado e inserção na sociedade na vida adulta (SILVEIRA, 2012, p. 7).

A partir das informações apresentadas conclui-se que o acompanhamento de recém-nascidos de alto risco é essencial e deve ser bem organizado, contando com a presença

de uma equipe multidisciplinar capacitada e integrada para realização dos atendimentos para desta forma verificar as limitações da criança e intervir conforme as necessidades específicas cada uma.

Nesse capítulo conhecemos os campos de atuação de uma equipe multidisciplinar atuante na estimulação precoce com bebês prematuros, começando desde o nascimento na UTIN e seguindo para o acompanhamento ambulatorial. Agora, no próximo capítulo vamos conhecer e nos aprofundar na atuação do terapeuta ocupacional, integrante dessa equipe, a fim de investigar o que esse profissional tem a contribuir na intervenção precoce com essa clientela.

5 ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL

A atuação do terapeuta ocupacional no ambiente hospitalar tem dois objetivos: 1º) favorecer o processo de recuperação da saúde do paciente; 2º) promoção de qualidade de vida no tempo de internação, destacando a relevância do cuidado integral e ampliado (GARCIA et al., 2011). Uma das atuações desse profissional no contexto hospitalar é na assistência aos recém-nascidos de risco em internação e a sua família (JOAQUIM; SILVESTRINI; MARINI, 2014).

O terapeuta ocupacional é um dos profissionais que integram a equipe multidisciplinar no atendimento de recém-nascidos, bebês e crianças que apresentam algum risco ou alteração no seu desenvolvimento. Esse profissional desenvolve um trabalho importante para a promoção de saúde dessas crianças, visando contribuir no seu desenvolvimento motor, cognitivo, proprioceptivo, vestibular e sensorial com o objetivo de contribuir na conquista da sua autonomia, independência e participação na sociedade (GOMES; OLIVER, 2010).

Nos atendimentos, o principal instrumento usado pelo terapeuta ocupacional são as atividades lúdicas, expressivas, criativas e o brincar que proporcionam a descoberta de novas habilidades. Além desses recursos terapêuticos esse profissional também pode prescrever equipamentos de tecnologia assistiva, que é caracterizada como uma área inclui produtos, adaptações e recursos que tem o objetivo de proporcionar ou ampliar habilidades funcionais do seu paciente e promover o maior grau de independência possível (BARTALOTTI; CARLO, 2001).

Como já foi mencionado anteriormente, a intervenção do terapeuta ocupacional com recém-nascidos de alto risco começa na UTIN, com atuação no ambiente, junto ao bebê e sua família. No ambiente, o terapeuta ocupacional intervirá nos excessos de estímulos como barulhos, temperatura, luzes, manuseios, com o objetivo de minimizar as agressões ambientais que podem provocar desorganização no bebê. Pode fazer sugestões de adaptações como utilizar abafadores nas lixeiras e portas e redução de sons de alarmes para diminuir os ruídos. Junto ao bebê, esse profissional irá intervir no posicionamento, na contenção facilitada, no toque terapêutico, na confecção de órteses, colocação de redes na incubadora e estimulação sensorial (MARTINS; BARBOSA; GONZAGA, 2002).

O posicionamento adequado pode contribuir muito para o desenvolvimento do bebê prematuro, influenciando positivamente na elaboração de movimentos coordenados na prevenção de deformidades e encurtamento muscular. O bebê em gestação se encontra protegido pela parede do útero de sua mãe, que apoia seus movimentos, dessa forma o

objetivo do posicionamento na incubadora é fazer com que o recém-nascido se sinta o mais próximo possível do útero materno. Esse procedimento possibilita o controle dos movimentos, proteção do desenvolvimento muscular, articular e dos ossos, competências auto-regulatórias, redução de estresse, além de permitir o controle da exposição dos diversos estímulos táteis, visuais e proprioceptivos (TOSO et al., 2015).

Para a realização desse procedimento, o profissional poderá utilizar materiais de baixo custo, como rolos feitos com tecidos e enchimento que serão usados em forma de círculo, envolvendo o recém-nascido e promovendo as posições de flexão e semiflexão, mas sem restringir ou apertar o bebê, permitindo que ele se mova dentro desse ninho (TOSO et al., 2015). As redes de balanço confeccionadas de tecido e penduradas de forma suspensa pelas pontas no interior das incubadoras, podem ser usadas com esse objetivo, pois favorecerão o posicionamento adequado e confortável ao recém-nascido, reduzindo seu estresse, além de estimular os aspectos sensoriais e favorecer sua organização psicomotora (GOMES; MONTEIRO, 2014).

Por meio de técnicas que possibilitam o posicionamento adequado dentro da incubadora, os recém-nascidos têm apresentado respostas favoráveis ao seu desenvolvimento como menor irritabilidade, diminuição do gasto energético e perda de calor, o que propicia o ganho de peso desse bebê, melhora da frequência cardíaca e da função respiratória, e também a promoção da estimulação sensorial, visual, auditiva e tátil, vestibular e proprioceptiva, o que contribui significativamente para a evolução neuropsicomotora desses bebês (GOMES; MONTEIRO, 2014; TOSO et al., 2015).

Os manuseios excessivos realizados podem provocar irritabilidade e estresse, por isso o terapeuta ocupacional e toda a equipe multidisciplinar deverão criar estratégias para minimizar esses efeitos como reduzir ao mínimo os procedimentos dolorosos, ajustar seu momento durante o dia, ajudar na organização comportamental antes e depois dessas intervenções, proporcionar a sucção não nutritiva durante o manuseio, que tem efeito calmante, assim como o banho de imersão (MEDEIROS; MASCARENHAS, 2010; CORDEIRO; COSTA, 2014).

O banho de imersão além de propiciar relaxamento, contribui no desenvolvimento do bebê, pois promove a organização dos sistemas comportamentais, fisiológicos, motores e de interação ao ambiente. Esse banho humanizado é realizado com água morna e o neonato deve ter mais de 1500g. Começa-se por partes, com a limpeza do rosto e cabeça do bebê, depois ele é imerso na água até o pescoço, envolvido a uma toalha ou fralda de pano, realizando a contenção do padrão flexor (MEDEIROS; MASCARENHAS, 2010).

Outro procedimento que contribui de maneira positiva para o recém-nascido, é a contenção facilitadora, que é indicada durante a realização de procedimentos dolorosos, uma vez que proporciona conforto, além de estimular a aproximação da mãe/pai e seu bebê. Para a sua realização o terapeuta ou a mãe/pai coloca suas mãos paradas sobre a cabeça e planta dos pés, sem realizar pressão excessiva. Essa medida contribui para a auto-organização, promove a sensação de segurança, permite a organização postural e proporciona o contato entre a mãe/pai e seu filho, favorecendo a criação do vínculo (MONTEIRO, 2007; CORDEIRO; COSTA, 2014).

A atenção do terapeuta ocupacional não está centrada somente no neonato, mas também em seus familiares. A chegada de um recém-nascido prematuro pode causar nos pais um sentimento de medo e insegurança, visto que esse bebê fica um tempo internado e com isso pode gerar um impacto na dinâmica familiar. A internação desse bebê na UTIN causa uma ruptura na rotina dos pais e interfere na autonomia deles cuidarem do próprio filho. Desta forma o foco das intervenções é voltado também para a família, que começa no estímulo ao vínculo família-bebê e continua nas orientações quanto aos cuidados básicos diários com o bebê como troca de fralda, banho, amamentação (DITZ; MELO; PINHEIRO, 2006).

A mãe, frente a essa realidade, pode apresentar dificuldades em se enxergar como mãe e se sentir incapaz de realizar os cuidados básicos diários desse bebê o que pode dificultar a criação do vínculo e da interação com seu filho. A partir disso identificou-se a necessidade de intervir na aproximação da mãe com seu bebê e a introdução dela nesses cuidados ainda no contexto hospitalar (JOAQUIM; SILVESTRINI; MARINI, 2014).

É importante orientar a mãe quanto ao cuidado de seu filho durante e após a alta hospitalar. O banho para ela pode ser visto com insegurança, assim como os outros cuidados, como a troca de fralda, a alimentação, o brincar. Desse modo, o terapeuta ocupacional poderá estimular e orientar quanto a esses cuidados e encorajá-la a exercer essas tarefas, o que colabora tanto para o desenvolvimento do vínculo mãe-bebê quanto para a promoção do papel ocupacional de mãe (JOAQUIM; SILVESTRINI; MARINI, 2014).

Papeis ocupacionais são os comportamentos de uma pessoa dentro da sociedade, ele ajuda o indivíduo na organização da sua identidade pessoal, inserindo-o dentro da estrutura social. Os papeis ocupacionais são construídos ao longo da vida e podem mudar conforme o tempo, eles definem as responsabilidades e obrigações que o indivíduo tem em grupos, comunidade, organizações, família, ou seja, na esfera social (SANTI; MARIOTTI; CORDEIRO, 2012; DAHDAH; CARVALHO, 2014).

Nesse contexto, o terapeuta ocupacional pode atuar através da criação de grupos de mães de bebês hospitalizados, visando proporcionar um ambiente que possibilite a essas mulheres a manifestação de seus medos, aflições e outros sentimentos, um lugar que as permita compartilhar suas histórias e experiências, que esclareça dúvidas, favoreça a socialização, minimize o sofrimento e crie redes de apoio. A criação desses grupos pode possibilitar ao terapeuta ocupacional trabalhar no resgate de papéis ocupacionais de mulheres que por vezes se encontram interrompidos, como o de mãe, esposa, trabalhadora, filha, amiga além de ajudá-las na reestruturação do seu dia a dia e também fazer com que elas reconheçam sua autonomia e seu potencial para realizar esses cuidados com seus filhos (JOAQUIM; SILVESTRINI; MARINI, 2014).

Visando a aproximação da tríade com o bebê que se encontra internado e a criação do vínculo entre eles, além do método canguru que foi apresentado no capítulo anterior, podemos citar também outro recurso utilizado pelo terapeuta ocupacional que pode ser orientado nesses grupos: a shantala. Consiste em uma massagem para bebês, originada na Índia, que além de proporcionar a integração dos pais com o bebê, também ajuda a acalmá-lo e alivia as cólicas favorecendo o sono mais tranquilo, estimulando o seu desenvolvimento neurológico, motor, cognitivo e afetivo (MARTINS; BARBOSA; GONZAGA, 2002).

Nessa técnica, o bebê fica deitado sem roupa sobre as pernas de sua mãe que está sentada no chão, e vai massagear todo o corpo dele, suavemente, com a ajuda de um óleo para facilitar o deslizamento das mãos. É importante destacar que para realizar essa massagem o bebê deverá estar clinicamente estável, com mais de um mês e não poderá ter acabado de se alimentar ou estar com fome. Durante a massagem a mãe poderá conversar, cantar e olhar para ele, proporcionando a interação entre os dois (MARTINS; BARBOSA; GONZAGA, 2002).

Vimos que o terapeuta ocupacional contribui significativamente com o recém-nascido de risco e sua família durante a internação hospitalar, porém sua atuação não tem como foco a intervenção somente essa fase, mas também tem continuidade no ambulatório de *follow up*, onde irá realizar avaliações a fim de investigar e acompanhar o desenvolvimento dessa criança. Se for detectado algum desvio, esse profissional irá atuar na promoção e aquisição dos marcos do desenvolvimento, e na independência funcional para o desempenho de atividades de vida diária e instrumentais de vida diária compatíveis na sua faixa etária e no ganho das habilidades motoras e processuais (SOUZA; MARINO, 2013).

Os atendimentos serão realizados no ambulatório e, o primeiro procedimento realizado, é a avaliação do bebê que será repetida, ao longo do processo de intervenção, a fim de acompanhar o desenvolvimento. É importante destacar que as avaliações devem ser confiáveis e padronizadas, pois pressupõem a validade e confiabilidade dos dados analisados. A escolha do instrumento a ser usado deve ser criteriosa, de modo que permita avaliar aspectos globais e específicos voltado às necessidades do paciente (PERUZZOLO et al., 2014; CAVALCANTI; DUTRA; ELUI, 2015).

Após a avaliação, o terapeuta ocupacional vai conhecer melhor quais são a necessidades da criança e elaborar um plano de tratamento com objetivos voltados para ela. Quanto antes for realizada essa intervenção, melhor será para o desenvolvimento do bebê, pois a intervenção precoce permite que esse profissional possa estimular a criança voltando seu olhar para a neuroplasticidade, de modo a favorecer e estimular a aquisição dos marcos do desenvolvimento (SOUZA; MARINO, 2013).

Para auxiliar nesse desenvolvimento é preciso que o profissional tenha amplo conhecimento sobre o desenvolvimento normal de uma criança para assim identificar se há sua alteração e qual é essa alteração. As estimulações irão ocorrer no ambulatório e algumas atividades deverão ser orientadas à família para que sejam continuadas em casa (PERUZZOLO et al., 2015).

A atuação do terapeuta ocupacional é elaborada também de acordo com a faixa etária da criança e muda conforme seu crescimento. Inicialmente, o principal objetivo desse profissional é estimular o desenvolvimento das habilidades de desempenho motoras, processuais e de interação social voltado para os sistemas visual, auditivo, tátil, vestibular e proprioceptivo, como também na aquisição de controle postural, equilíbrio, lateralidade, controle motor, força e coordenação motora. É importante destacar que a intervenção desse profissional é realizada por meio da brincadeira, da ludicidade, pois o brincar é uma área de desempenho ocupacional, sendo considerada a mais importante para a criança (SOUZA; MARINO, 2013).

Os estímulos sensoriais podem ser trabalhos com materiais de diversas texturas, cheiros, cores, sabores e temperaturas, trabalhar esses estímulos possibilita ao bebê um melhor desempenho tanto cognitivamente como motoramente, é a partir desses estímulos vindo do meio externo que as sensações, percepções, capacidades e habilidades corporais são desenvolvidas (MARTINS; BARBOSA; GONZAGA, 2002).

A propriocepção e o sistema vestibular podem ser trabalhados sobre superfícies instáveis, como a bola suíça ou com equipamentos suspensos, como o balanço,

estimulando dessa forma também o equilíbrio. Outros importantes sistemas que deverão ser trabalhados são o visual e o auditivo, o terapeuta ocupacional poderá utilizar brinquedos e materiais com contraste preto e branco e com luzes para estimular a visão e para a audição brinquedos como chocalhos, garrafinhas com feijão dentro, entre outros materiais (MARTINS; BARBOSA; GONZAGA, 2002).

Esses estímulos promovem também a integração do esquema corporal da criança, pois através deles será proporcionado a sensação do movimento e da posição de seu corpo, o que poderá facilitar o controle postural, a coordenação motora, a função manual e nas suas trocas posturais, como o controle de cabeça, o rolar, o sentar, na aquisição da posição de quatro apoios, na transição para a postura de pé e marcha (MARTINS; BARBOSA; GONZAGA, 2002).

A estimulação da função manual também é de grande relevância na intervenção precoce, pois essa função é muito importante para a realização das atividades de vida diária das pessoas em qualquer fase da vida. No bebê, primeiramente, o uso das mãos será uma atividade reflexa, tornando-se depois uma atividade intencional. Para a estimulação da função manual o uso de objetos, brinquedos com diferentes texturas e que chamem a atenção da criança é um ótimo recurso, também é importante ressaltar que a criança nesse momento deverá estar posicionada corretamente, ou seja, alinhada na posição sentada ou deitada de maneira que permita que ela consiga explorar o objeto, o brinquedo com suas mãos (BRASIL, 2016).

Os brinquedos têm um papel essencial na estimulação de crianças e, por meio dos brinquedos e das brincadeiras, o profissional estimula diversas habilidades e funções, o que justifica seu uso pelos terapeutas ocupacionais na intervenção precoce. Os profissionais e os pais devem ter uma atenção na escolha dos brinquedos, eles devem ser oferecidos à criança de maneira correta, de acordo com a sua faixa etária (BRASIL 2016).

A utilização do brincar enquanto recurso terapêutico, comum nos casos de crianças com deficiência grave, na qual o terapeuta ocupacional utiliza o brinquedo como recurso para a criança manusear o objeto, para chamar sua atenção, para distraí-la ou motivá-la. Muitos componentes de desempenho podem ser trabalhados nesta situação, como postura, concentração, coordenação motora, interação com objetos humanos e não humanos, entre outros (SILVA; PONTES, 2013, p. 227).

Outro recurso que pode ser bastante utilizado pelo terapeuta ocupacional durante o acompanhamento dessas crianças, é a tecnologia assistiva, que conforme mencionado anteriormente é uma área que engloba recursos e serviços que ajudam a aumentar as

habilidades da pessoa com deficiência. Esse recurso permite que adaptações sejam criadas para ampliar a capacidade da criança e melhor estimulá-la. Alguns desses equipamentos podem ser usados na intervenção precoce, como as adaptações de brinquedos e equipamentos de atividade de vida diária como talheres, copo, lápis, entre outros materiais usados no dia a dia visando aumentar e melhorar seu desempenho ocupacional. A tecnologia assistiva pode ser usada ainda na adaptação postural que permite que a criança seja posicionada adequadamente através de encostos, almofadas e assentos especiais, com pode ser usado também a órtese, se necessário, para prevenir deformidades, contraturas, facilitar o alinhamento biomecânico e o controle postural (BRASIL 2016).

A intervenção precoce também busca estimular as habilidades de desempenho processuais e de interação social da criança e, os brinquedos são os principais instrumentos usados na estimulação, assim como contar histórias, conversar, cantar. Essas atividades facilitam a interação com o outro, com o meio, a comunicação, percepção, desenvolvimento social, áreas que são de grande relevância no início do processo de amadurecimento neurológico da criança (BRASIL, 2016).

O terapeuta ocupacional na intervenção precoce irá buscar a criação de mudanças tanto no meio, como no próprio bebê, com o objetivo de aprimorar seu desenvolvimento. Ele busca facilitar as etapas do desenvolvimento normal por meio de ações que propiciem o desenvolvimento global da criança, realizando sua estimulação através de atividades terapêuticas lúdicas. Sua intervenção é voltada para a prevenção de padrões de movimentos e posturas patológicos, bem como diminuir prejuízos cognitivos, visando evitar que haja danos futuros na vida do bebê (PERUZZOLO et al., 2015).

Nesses atendimentos, é importante também que o terapeuta ocupacional saiba a relevância da avaliação e da orientação, sendo esses procedimentos essenciais no processo de delineamento dos objetivos terapêuticos e da junção da família no tratamento da criança. Por isso deve-se destacar que além da avaliação inicial deverá ser feito ainda a reavaliação do paciente, ao longo do processo de intervenção (BORGES; LEONI, COUTINO, 2012).

A reavaliação dos pacientes é fundamental para verificar se o tratamento terapêutico ocupacional está ou não alcançando os resultados planejados, se há necessidade de revisão do tratamento e é um facilitador na escolha de estratégias de intervenção (FERIGATO; BALLARIN, 2011).

Também é de suma importância durante o acompanhamento que a família participe e esteja envolvida no tratamento, por isso deverá ser dada as orientações necessárias e ser criado um ambiente de trocas, aprendizagem, vínculo e confiança entre o profissional e a família. A estimulação precoce continua no dia a dia dessa criança, tendo continuidade mesmo quando ela não está no ambulatório, então a participação dos pais no momento da intervenção é essencial a fim de que eles interajam e aprendam como estimular seu filho (PERUZZOLO et al., 2015; BRASIL, 2016).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observou-se que nos últimos anos o desenvolvimento de bebês prematuros tem sido um assunto bastante discutido e que ganhou uma importante atenção dos profissionais de saúde, pois com aumento de tecnologias usadas no tratamento desses recém-nascidos identificou-se a necessidade de acompanhá-los a fim de investigar como será a vida da criança após sua saída da UTIN.

Por meio dessa pesquisa verificou-se que, as UTIN's estão cada vez mais preparadas para atender os bebês de risco, visando a recuperação da sua saúde e considerando-se a globalidade do desenvolvimento do bebê em seus aspectos físico, cognitivo e psíquico. Percebeu-se também que há uma preocupação com relação aos possíveis agravos decorrentes da prematuridade e com isso a realização dessas avaliações tem se tornado prioridade nos ambulatórios de *follow up*, com o objetivo de minimizar ou evitar essas possíveis complicações na vida dessa criança.

A presença de uma equipe multidisciplinar também apareceu como peça fundamental para o atendimento de crianças prematuras, uma equipe integrada e organizada contribui para que bebês de alto risco tenham o tratamento adequado a suas necessidades em diferentes áreas do desenvolvimento. Por isso é importante que as unidades de atendimento ao recém-nascido de alto risco tenham em seu quadro de profissionais uma equipe preparada para receber o bebê e sua família.

Por meio dessa revisão de literatura percebemos que os estudos têm demonstrado a importância da intervenção precoce, que o quanto antes começar mais chances terá para o desenvolvimento da criança, o que ajudará na ampliação do desempenho ocupacional desse paciente e irá contribuir assim para uma melhora na qualidade de vida.

Também observamos a relevância da participação da família nesse processo de acompanhamento, assim como das orientações referente aos cuidados do bebê que deverão ser dadas a ela para que estimulação aconteça todos os dias a fim de contribuir no desenvolvimento dessa criança. Por isso é necessário que as ações com a família comecem desde a detecção da gestação de risco possibilitando assim que ela seja vivenciada de maneira mais segura e tranquila possível, ajudando também no favorecimento o vínculo mãe-bebê.

Refletimos sobre como os fatores de risco podem afetar o desempenho ocupacional da criança e compreendemos a importância de um atendimento multidisciplinar. O terapeuta ocupacional poderá estar presente nessa equipe atendendo esses recém-

nascidos tanto na sua permanência hospitalar na UTIN quanto no seu acompanhamento ambulatorial auxiliando nos marcos do seu desenvolvimento e ajudando a se enquadrar nas atividades compatíveis a sua faixa etária, buscando melhora da qualidade dessa sobrevivência.

Notou-se que o terapeuta ocupacional tem muito a contribuir com os recém-nascidos de risco e sua família, contribuindo diretamente com eles e indiretamente através das ações no ambiente. Esse estudo destacou essas formas de atuação e através dele vimos que a terapia ocupacional tem papel importante na UTIN, que vai do espaço físico até a intervenção clínica e no acompanhamento ambulatorial após a alta desse bebê, no *follow up*, destacando a relevância do atendimento a esses bebês prematuros ser o mais precoce possível.

Por meio dessa revisão também identificou-se que existem poucos estudos em português publicados nessa área, sendo necessário assim que tenha um maior investimento e estímulo para que os terapeutas ocupacionais publiquem mais nas revistas nacionais, fazendo assim com que a profissão tenha maior visibilidade no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, T. S. O. et al. Investigação sobre os fatores de risco da prematuridade: uma revisão sistemática. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 17, n. 3, p. 301-108, 2013.

BAQUIÃO, I. **Trabalho de parto prematuro**: fatores de riscos e estratégias para a sua predição e prevenção. 2011. 42 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) – Programa de Atenção Básica à Saúde, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

BARTALOTTI, C. C.; CARLO, M. M. R. P. (Org.). **Terapia ocupacional no Brasil**: fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus, 2001.

BORGES, F.; LEONI, T. F.; COUTINHO, I. Terapia ocupacional no contexto hospitalar: um delineamento da profissão em hospitais gerais e especializados na cidade de Salvador, BA. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 20, n. 3, p. 425-433, 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico**: gestação de alto risco. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação; Ministério da Saúde; Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Despacho Conjunto 891 de 19 out 1999. Aprova as orientações reguladoras do apoio integrado a crianças com deficiências ou em risco de atraso grave de desenvolvimento e suas famílias, no âmbito da intervenção precoce constante do anexo ao presente diploma, que dele faz parte integrante. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Seção 2, n. 244 de 19 out. 1999. p. 15566.

CAVALCANTI, A.; DUTRA, F. C. M. S.; ELUI, V. M. C. Estrutura da prática da terapia ocupacional: domínio & processo. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.26, p.1-49, 2015. Edição Especial.

CHAGAS, R. I. A. et al. Análise dos fatores obstétricos, socioeconômicos e comportamentais que determinam a frequência de recém-nascidos pré-termos em UTI neonatal. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras**, v.9, n.1, p.7-11, 2009.

CHARPAK, N.; POMAR, A. M. Calidad del seguimiento clínico y neurológico en una cohorte de recién nacidos muy prematuros, 2002-2012. **Revista de Salud Pública**, v.17, n. 4, p. 500-513, 2015.

CORDEIRO, R. A.; COSTA, R. Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e da dor no recém-nascido: uma construção coletiva da enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 185-192, 2014.

DAHDAH, D. F.; CARVALHO, A. M. P. Papéis ocupacionais, benefícios, ônus e modos de enfrentamento de problemas: Um estudo descritivo sobre cuidadoras de idosos dependentes no contexto da família. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 22, n. 3, p. 463-472, 2014.

DITZ, E. S.; MELO, D. C. C.; PINHEIRO, Z. M. M. A terapia ocupacional no contexto da assistência à mãe e à família de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 17, n. 1, p. 42-47, 2006.

FERIGATO, S.; BALLARIN, M. L. G. S. A alta em Terapia Ocupacional: Reflexões sobre o fim do processo terapêutico e o salto para a vida. **Caderno de Terapia Ocupacional UFSCar**, v. 19, n. 3, p. 361-368, 2011.

FERRAZ, S. T. et al. Programa de Follow-up de recém-nascidos de alto risco: relato da experiência de uma equipe interdisciplinar. **Revista de APS**, v. 13, n. 1, p. 133-39, 2010.

FERNANDES, P. C.; GRAVE, M. T. Q. Incidência de prematuridade em um hospital de médio porte do interior do Rio Grande do Sul que possui UTI neonatal. **Caderno pedagógico**, v. 9, n. 2, p. 41-48, 2012.

FIGEIRAS, A. C. et al (Orgs). **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington, D.C.: OPAS, © 2005. (Serie OPS/FCH/CA/05.16.P)

FONSECA, L. M. M. et al. Cartilha educativa para orientação materna sobre os cuidados com o bebê prematuro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 12, n. 1, p. 65-75, 2004.

FORMIGA, C. K. M. R. **Programa de intervenção com bebês pré-termo e suas famílias: avaliação e subsídios para prevenção de deficiências.** 2003. 222 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2003.

FRANCO, V. Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. **Interação em Psicologia**, v. 11 n. 1, p. 113-121, 2007.

FREITAS, M. et al. Acompanhamento de crianças prematuras com alto risco para alterações do crescimento e desenvolvimento: uma abordagem multiprofissional. **Einstein**, v. 8, n. 2, p. 180-6, 2010.

GANESAN, S. et al. Use of pediatric evaluation of disability inventory for functional assessment in prematurely born indian children - a community based study. **International Journal of Innovation, Management and Technology**, v.1, n. 1, p. 35-38, 2010.

GARCIA, N. R. et al. Intervenção Terapêutica ocupacional junto a adolescentes com câncer em contexto hospitalar. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 54, n. 4, p. 519-524, 2011.

GOMES, M. L.; OLIVER, F. C. A prática da terapia ocupacional junto à população infantil: revisão bibliográfica do período de 1999 a 2009. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 21, n. 2, p. 121-129, 2010.

GOMES, N. R. R.; MONTEIRO, R. C. S. As implicações do uso da “redinha” por bebês prematuros: uma revisão de literatura. **Revista Ciência e Saúde**, v.16 n.2, p. 94-97, 2014.

JOAQUIM, R. H. V. T.; SILVESTRINI, M. S.; MARINI, B P. R. Grupo de mães de bebês prematuros hospitalizados: experiência de intervenção de Terapia Ocupacional no contexto hospitalar. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 22, n. 1, p. 145-150, 2014.

LAMY, Z. C. et al. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso - método canguru: a proposta brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 3, p. 659-668, 2005.

LECUONA, E. R. et al. The developmental status and prevalence of sensory integration difficulties in premature infants in a tertiary hospital in Bloemfontein, South Africa. **South African Journal of Occupational Therapy**, v. 46, n.1, 2016.

LINO, L. H., et al. Os benefícios da rede de balanço em incubadoras utilizadas em recém-nascidos na UTI neonatal: uma estratégia de humanização. **Revista Enfermagem Revista**, v. 18. n. 1, p. 88-100, 2015.

MALLIK, S.; SPIKER, D. Programas eficazes de intervenção precoce para bebês prematuros nascidos com baixo peso. Revisão do programa de saúde e desenvolvimento do bebê (Infant Health and Development Program – IHDP). **Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância**, 2004.

MANCINI, M. C. **Inventário de avaliação pediátrica de incapacidade (PEDI)**. Manual da versão brasileira adaptada. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

MARTINS, D. G.; BARBOSA, K. F.; GONZAGA, M. G. A intervenção da terapia ocupacional na implantação do setor de UTI neonatal do hospital do câncer de Campo Grande-MS. **Multitemas**, n. 26, 2002.

MEDEIROS, J. S.; MASCARENHAS, M. F. P. Banho Humanizado em recém-nascido prematuros de baixo peso em uma enfermaria canguru. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 21, n. 01, p. 51-60, 2010.

MELLO, R. R.; MEIO, M. D. B. B. Organização dos ambulatórios de seguimento. In: MOREIRA, M. E. L.; LOPES, J. M. A; CARALHO, M (Orgs). **O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004, p. 525-542.

MOLINA, et al. Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 11, n. 3, p. 437- 44, 2007.

MONTANHOLI, L. L.; MERIGHI, M. A. B; JESUS, M. C. P. Atuação da enfermeira na unidade de terapia intensiva neonatal: entre o ideal, o real e o possível. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 2, 2011.

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

MORAES, M. W. et al. Teste de Denver II: avaliação do desenvolvimento de crianças atendidas no ambulatório do Projeto Einstein na Comunidade de Paraisópolis. **Einstein**, v. 8, p. 149-153, 2010.

OLIVEIRA K.; ORLANDI M. H. F.; MARCON S. S. Percepções de enfermeiros sobre orientações realizadas em unidade de terapia intensiva neonatal. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 12, n. 4, p. 767-75, 2011.

OTONI, A. C. S.; GRAVE, M. T. Q. Avaliação dos sinais neurocomportamentais de bebês pré-termo internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 25, n. 2, p. 151-158, 2014.

PERUZZOLO, D. L. et al. Contribuições à clínica da Terapia Ocupacional na área da intervenção precoce em equipe interdisciplinar. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 23, n. 2, p. 295-303, 2015.

PERUZZOLO, D. L. et al. Participação da terapia ocupacional na equipe do programa de seguimento de prematuros egressos de UTINs. **Caderno de Terapia ocupacional da UFSCar**, v. 22, n. 1, p. 151-161, 2014.

RAMOS, H. A. C.; CUMAN, R. K. N. Fatores de risco para prematuridade: pesquisa documental. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 297-304, 2009.

REICHERT, A. P. S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização do cuidado da UTI neonatal. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 200-213, 2007.

SALGE, A. K. M. et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.11, n. 3, p. 642-646, 2013.

SANTI, A.; MARIOTTI, M. C.; CORDEIRO, J. R. Lista de identificação de papéis ocupacionais em um centro de tratamento de hemodiálise: contribuições para a intervenção de terapia ocupacional - estudo piloto. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 23, n. 3, p. 289-96, 2012.

SARAIVA, C. A. S. **Fatores físicos – Ambientais e organizacionais em uma unidade de terapia intensiva neonatal: implicações para a saúde do recém-nascido**. 2004. 103 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

SILVA, C. C. B.; PONTES, F. V. A utilização do brincar nas práticas de terapeutas ocupacionais da Baixada Santista. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 24, n. 3, p. 226-232, 2013.

SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T.; FIGUEIREDO, P. A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 291- 298, 2008.

SILVA, P. L.; SANTOS, D. C. C.; GONÇALVES, V. M. G. Influências de práticas maternas no desenvolvimento motor de lactentes do 6º ao 12º meses de vida. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 10, n. 2, p. 225-231, 2006.

SILVEIRA, R.de C. (Org.). **Novo manual de follow-up do recém-nascido de alto risco**. São Paulo: Sociedade Brasileira De Pediatria – SBP; Departamento Científico de Neonatologia, 2012.

SKAVINSKI, R. N. **Implantação e avaliação do processo de formação e acesso a informação científica com equipes de enfermagem na uti neonatal**. 2005. 28 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnologia em Saúde, Porto Alegre, 2005.

SOARES, L. B. T. História da terapia ocupacional. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. **Terapia ocupacional: fundamentação & prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007, p. 3-9.

SOUZA, A. C.; MARINO, M. S. F. Atuação do terapeuta ocupacional com criança com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor. **Caderno de Terapia ocupacional da UFSCar**, v. 21, n. 1, p. 149-153, 2013.

TOSO, B. R. G. O. et al. Validação de protocolo de posicionamento de recém-nascido em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 68, n. 6, p. 1147-1153, 2015.

UNICEF. **Early childhood development: the key to a full and productive life**. 2015. Disponível em: <https://www.unicef.org/dprk/ecd.pdf>. Acesso em: 30 maio 2017.

VERONEZ, M.; CORRÊA, D. A. M. A dor e o recém-nascido de risco: percepção dos profissionais de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 263-270, 2010.

WORLD FEDERATION OF OCCUPATIONAL THERAPISTS (WFOT). **Definições de terapia ocupacional**. Apoio: Faculdades Salesianas de Lins, CETO/ SP, ABRATO; 2003. Disponível em: <http://www.wfot.org/AboutUs/AboutOccupationalTherapy/DefinitionofOccupationalTherapy.aspx>. Acesso em: 30 maio 2017.