

# A atuação da terapia ocupacional em hospital pediátrico

## *The role of occupational therapy in hospital pediatric*

Tábata de Aguiar Barcelos<sup>1</sup>; Cibele de Fátima Silva Fonseca<sup>1</sup>; Laniele Cristina Muniz<sup>2</sup>; Zélia Araújo Cotta Coelho<sup>3</sup>

### RESUMO

Sabendo-se que a paralisia cerebral, assim como, longos ou repetidos períodos de hospitalização são fatores que desencadeiam atraso neuropsicomotor, o artigo tem por objetivo relatar a experiência de atuação de acadêmicas de terapia ocupacional com uma criança com quadro de paralisia cerebral secundária a Kernicterus por um período de três meses em um hospital pediátrico. Discutindo os principais aspectos abordados durante o período de intervenção e os desfechos clínicos que favoreceram o desenvolvimento e a qualidade de vida do paciente, assim como, a influência da participação do cuidador como suporte e forma de incentivo, transmitindo as experiências sensoriomotoras e funcionais dos atendimentos para as atividades do seu cotidiano. Desta forma o terapeuta ocupacional tem como finalidade auxiliar na manutenção e recuperação de habilidades, favorecendo a evolução do tratamento e o alcance de metas funcionais específicas.

**Palavras-chave:** Paralisia Cerebral; Serviços de Saúde da Criança; Criança Hospitalizada; Hospitalização; Terapia Ocupacional.

### ABSTRACT

*Knowing that cerebral palsy, as well as long or repeated periods of hospitalization are factors that trigger psychomotor delay, the article aims at reporting the experience of academic performance of occupational therapy with a child with cerebral palsy secondary to Kernicterus for a period of three months in a pediatric hospital. Discussing the main issues addressed during the intervention and clinical outcomes that favored the development and quality of life of patients, as well as the influence of the participation and support of the caregiver as an incentive, transmitting and functional sensorimotor experiences of visits to the activities of everyday life. Thus the occupational therapist aims to assist in the maintenance and recovery skills, favoring the evolution of treatment and the achievement of specific functional goals.*

**Key words:** Cerebral Palsy; Child Health Services; Child, Hospitalized; Hospitalization; Occupational Therapy.

### INTRODUÇÃO

A encefalopatia crônica não progressiva, também denominada Paralisia Cerebral (PC), é definida como um grupo de desordens do movimento e da postura proveniente de lesões não progressivas em um cérebro em fase de maturação estrutural e funcional.<sup>1,2</sup> Entre os diversos fatores etiológicos estão: a prematuridade extrema, muito baixo peso ao nascer, icterícia neonatal, hipóxia, infecções congênicas entre outros.<sup>2,3</sup>

*Instituição:*  
Hospital Infantil João Paulo II  
Belo Horizonte, MG – Brasil

*Endereço para correspondência:*  
Rua Jornalista Wander Moreira, 82  
Bairro: Indústrias  
Belo Horizonte, MG – Brasil  
CEP: 30610-110  
Email: tabatabarcelos@gmail.com

A encefalopatia bilirrubínica ou Kernicterus é o nome dado à deposição de bilirrubina em várias partes do encéfalo, sendo mais frequente nos núcleos da base.<sup>2,3,4</sup> Quadros de PC secundária a Kernicterus apresentarão padrões específicos de postura e de movimentos que irão impor limitações no desempenho funcional, influenciando na aquisição de marcos motores básicos (rolar, sentar, engatinhar, andar), atividades da rotina diária (tomar banho, alimentar-se, vestir-se), brincar, locomover-se em diferentes ambientes, socialização, dentre outros.<sup>5,6,7</sup>

O período de hospitalização da criança apresenta-se como um momento de tensão e ansiedade tanto para os familiares quanto para a própria criança. Separá-la de sua rotina domiciliar poderá acarretar agravos na patologia ou provocar manifestações somáticas e/ou psicológicas que muitas vezes se confundem com sinais e sintomas característicos da doença. Diante disso é possível falar que se por um lado a hospitalização traz benefícios para o estado de saúde da criança, por outro ela poderá acarretar stress e medo.<sup>8</sup> Considerando as necessidades e as características da fase do desenvolvimento em que a criança se encontra a hospitalização poderá acarretar atraso em seu desenvolvimento neuropsicomotor em decorrência da falta de estímulos necessários em seu dia-a-dia. Portanto é preciso frequentemente que seja dada continuidade ao atendimento dessas necessidades, a fim de não prejudicar seu desenvolvimento durante o período de internação.<sup>8</sup>

Desta forma a atuação do terapeuta ocupacional com a criança hospitalizada tem por objetivo oferecer atividades que estimulem seu desenvolvimento neuropsicomotor e em sua atividade primordial que é o brincar.<sup>5,8</sup>

Considerando o exposto o presente relato objetiva descrever como ocorre a atuação da terapia ocupacional em hospital pediátrico diante de uma criança com quadro de paralisia cerebral secundária a Kernicterus.

## DESCRIÇÃO DO CASO

Pretende-se relatar a experiência de atuação da terapia ocupacional em um hospital pediátrico por meio de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. As intervenções ocorreram no período de três meses onde houve a internação hospitalar da criança. Para coleta de dados relacionada à história clíni-

ca do paciente foram reunidas informações do prontuário referentes à evolução do quadro clínico e do desenvolvimento. Foi realizada avaliação da criança por meio de roteiro não padronizado de entrevista que considerou os principais marcos do desenvolvimento infantil por áreas, componentes e contextos de desempenho. Durante a avaliação realizada diretamente com a criança, foi observado o comportamento espontâneo no leito incluindo respostas aos estímulos do ambiente e do terapeuta, assim como a interação com brinquedos.<sup>10,11</sup>

DBS, sexo masculino, 4 anos e 5 meses, natural e residente em Ribeirão das Neves, Minas Gerais. Diagnóstico de PC secundária a Kernicterus acompanhado pelo Programa Domiciliar do Hospital Infantil João Paulo II desde junho de 2011. Sendo internado por complicações em agosto de 2011 e recebido alta em outubro do mesmo ano. Durante este período foram realizados atendimentos semanais, numa frequência de três vezes por semana, na enfermaria hospitalar, em sessões com duração média de 35 minutos dependendo das condições clínicas do paciente no momento do atendimento.

Durante a avaliação de DBS foi observado que a criança apresentava comportamento tranquilo, contato por meio de sorriso e intenção de imitar gestos, como mandar beijos e dar *tchau*, apresentando grande interesse em músicas e cantigas.<sup>12,13,14,15</sup> Em relação ao seu comportamento neuromotor, foi observado grave comprometimento da movimentação ativa, com flutuação do tônus muscular e total ausência de controle postural, não realizando mudanças de decúbito e/ou alcance de objetos próximos a si de forma independente, apesar da intenção em realizar este último estar preservada. Segundo Teixeira (2003),<sup>16</sup> em consequência a lesões do sistema nervoso central (SNC) e disfunções no sistema musculoesquelético, como alteração de tônus, incoordenação, fraqueza muscular e planejamento motor ineficiente, crianças com PC apresentam um atraso na aquisição de habilidades motoras, sendo necessárias intervenções que visem facilitar e estimular o aprendizado motor objetivando a funcionalidade.<sup>6,16</sup>

Desta forma, os objetivos da intervenção terapêutica ocupacional com DBS foram: estimular e favorecer o desenvolvimento neuromotor, o desempenho de habilidades funcionais, a comunicação não verbal, a interação social,<sup>17</sup> realizar a indicação, orientação e acompanhamento do uso de equipamentos terapêuticos de auto-ajuda.

## DISCUSSÃO

A hospitalização rompe com o cotidiano e distancia a criança de seus familiares e rotinas, neste sentido a criança hospitalizada poderá sofrer atrasos em seu desenvolvimento global uma vez que, esta se encontra em um ambiente hostil e que a priva de suas atividades lúdicas familiares e sociais.<sup>18</sup>

Durante as intervenções com DBS foram considerados agravantes ao seu desenvolvimento neuropsicomotor a presença do diagnóstico de paralisia cerebral e as recorrentes internações desde seu nascimento. Diante disso os objetivos ao longo dos atendimentos buscaram favorecer a aquisição de habilidades e permitir à criança vivenciar situações do seu cotidiano.<sup>6, 11, 17, 18, 19</sup>

Para estimulação neuromotora foram realizados manuseios com objetivo de facilitar sua movimentação e controle postural, assim como oferecer à criança a sensação do movimento, gerando aprendizado. Os manuseios foram realizados com bolas suíça, rolos e no próprio colo do terapeuta, utilizando-se de brinquedos e do brincar como forma de estimular a vivência de novas posições e o desempenho da movimentação requerida de forma mais coordenada.<sup>6, 7</sup> Estimulou-se a descarga de peso e a propriocepção tanto em membros superiores quanto inferiores e, apresentou-se à criança a possibilidade de rolar, ficar de prono, sentar-se e ficar de pé.

Como recursos para estimulação sensorial foram oferecidos à criança brinquedos com cores contrastantes, sons e texturas diferentes, sempre levando em consideração a capacidade e a idade da criança. DBS demonstrou maior interesse por brinquedos musicais. Este recurso motivou o paciente a esboçar o alcance a objetos, atraindo sua atenção para a fonte sonora. Também foi utilizado como recurso terapêutico cantigas ao longo dos atendimentos propiciou maior entusiasmo e maior participação do paciente durante a realização das atividades. Segundo Tibúrcio (2008),<sup>20</sup> a utilização da música e de seus elementos no contato com a criança é um fator natural e quando o recurso é usado de forma espontânea e apropriada, atua estimulando e reforçando os comportamentos adequados.

Durante as intervenções com o paciente, o brincar foi utilizado como recurso terapêutico primordial para favorecer o aprendizado através da interação durante as tarefas propostas. O brincar no ambiente hospitalar apresenta-se como atividade simbólica

de elaboração psíquica e de vivências do cotidiano. Pois o processo de aprendizagem envolvido no brincar aperfeiçoa informações sensoriais e favorece o vocabulário motor que poderá ser generalizado em diferentes situações de vida, uma vez que permite a ação intencional, representações mentais e socialização.<sup>17</sup> Além disso, o brincar apresentou-se como uma possibilidade de vínculo entre profissional e criança sendo um elo de comunicação entre eles.<sup>21, 22, 23</sup>

Quanto à indicação e confecção de equipamentos terapêuticos de auto-ajuda, tutores curtos de membros inferiores foram confeccionados para DBS com foco em aspectos biomecânicos e neurofisiológicos, tendo como objetivo facilitar o controle postural e minimizar complicações musculoesqueléticas, secundárias ao grave comprometimento neuromotor do paciente.<sup>23, 24</sup> Tal equipamento foi utilizado durante os manuseios no leito e como forma de melhor posicionamento dos membros inferiores na cadeira de rodas. O uso das órteses durante os manuseios teve como objetivo proporcionar melhor alinhamento biomecânico na postura sentada.<sup>23</sup>

É importante destacar que ao longo dos atendimentos foram realizadas orientações à mãe, que se mostrou presente durante a maior parte dos atendimentos. As orientações e a participação da mãe do paciente funcionaram como suporte e incentivo durante as intervenções, transmitindo as experiências sensoriomotoras e funcionais dos atendimentos para as atividades do seu cotidiano.<sup>22, 24, 25</sup> atuando como um membro facilitador no processo de intervenção, favorecendo ganhos do paciente.<sup>22, 24</sup>

## CONCLUSÃO

Durante o período de intervenção da terapia ocupacional com DBS na enfermaria pediátrica, o paciente apresentou aumento da interação com o profissional e pessoas da mesma enfermaria, bem como evolução do controle parcial de pescoço, maior vivência e aceitação da postura sentada. Também foram observadas tentativas do paciente em realizar o alcance a brinquedos que despertavam seu interesse.

Diante deste contexto faz-se importante o papel da terapia ocupacional, uma vez que este profissional intervém com objetivos de corrigir ou atenuar os efeitos de déficits, de forma que o paciente encontre meios adequados e alternativos para alcançar metas funcionais específicas.<sup>6, 14, 17</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Bax M, Goldstein M, Rosenbaum P, et al. Proposed definition and classification of cerebral palsy. *Med Child Neurol*. 2005; 47(8):571-6.
2. Kuban KC, Leviton A. Cerebral palsy. *N Engl J Med*. 1994; 20:188-95.
3. Ramos JLA. Encefalopatia bilirrubínica. *Pediatria (São Paulo)*. 1979; 1:14-28.
4. Vinhal RM, Cardoso TRC, Formiga CKMR. Icterícia neonatal e Kernicterus: conhecer para prevenir. *Rev Movimenta*. 2009; 2(3):93-101.
5. Mancini MC, Alves ACM, Schaper et al. Gravidade da paralisia cerebral e desempenho funcional. *Bras Fisioter*. 2004; 8(3):253-60.
6. Bobath K. A deficiência motora em pacientes com paralisia cerebral. São Paulo: Manole; 1976.
7. Muzaber L, Schapira IT. Parálisis cerebral y el concepto bobath de neurodesarrollo. *Rev Hosp Matern Inf Ramón Sardá*. 1998; 17(2):84-90.
8. Domingues ACG, Martinez CMS. Hospitalização infantil: buscando identificar e caracterizar experiências de TO com crianças internadas. *Cad Terapia Ocupacional UFSCar*. 2001; 9(1):16-29.
9. Pinho MCG. Trabalho em equipe de saúde: limites e possibilidades de atuação eficaz. *Rev Ciê Cogn*. 2006; 8:68-87.
10. Cavalcanti A, Galvão G. Trabalho em equipe. In: Cavalcanti A, Galvão G. *Terapia Ocupacional: fundamentação e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. Cap. 6.
11. Figueiredo FM, Brandão B. Atuação da Terapia Ocupacional no tratamento da criança com paralisia cerebral. In: Fonseca LF, Lima CL. *Paralisia cerebral*. 2ª ed Rio de Janeiro: MedBook; 2008. Cap. 35.
12. Aisen ML, Kerkovich D, Mast J, et al. Cerebral palsy clinical care and neurological rehabilitation. *Lancet Neurol*. 2011; 10:844-52.
13. Labrune PH, Myara A, Francoal J, Trivin F, Odièvre M. Cerebellar symptoms the presenting manifestations of bilirubin encephalopathy in children with crigler – Najjar Type I disease. *Pediatrics*. 1992; 89(4):768-70.
14. Okumura A, Kidokoro H, Shoji H, et al. Kernicterus in preterm infants. *Rev Am Acad Pediatr*. 2009 Jun; 123(6):1052-8.
15. Ramos JLA. Encefalopatia bilirrubínica. *Pediatria (São Paulo)*. 1979; 1:14-28.
16. Teixeira E, Sauron FN, Santos LSB, Oliveira MC. *Terapia Ocupacional na Reabilitação Física*. São Paulo: Roca; 2003.
17. Pacciullo AM, Carvalho TSE, Pfeifer LJ. Atuação terapêutica ocupacional visando à promoção do desenvolvimento de uma criança em internação prolongada: um estudo de caso. *Cad Terap Ocup UFSCar*. 2011 jan/abril; 19(1):93-9.
18. Souza JP, Pessoni, SPA assistência do terapeuta ocupacional durante a hospitalização infantil [TCC]. Curso de Terapia Ocupacional. Batatais: Centro Universitário Claretiano; 2005.
19. Frota MA, Gurgel AA, Pinheiro MCDP, Martins MC, Tavares TANR. O lúdico como instrumento facilitador na humanização do cuidado de crianças hospitalizadas. *Rev Cogitare Enferm*. 2007; 12(1):69-75.
20. Tibúrcio SP. Musicoterapia e paralisia cerebral. In: Fonseca LF, Lima CL. *Paralisia cerebral*. 2ª ed. Rio de Janeiro: MedBook; 2008. Cap. 49.
21. Cruz DMC. Brincar é estimular? Preensão, função manual e sua estimulação em pré escolares com paralisia cerebral do tipo hemiparesia espástica [tese]. São Carlos: Universidade Federal de São Carlos; 2006.
22. Junqueira MFPS. A mãe, seu filho hospitalizado e o brincar: um relato de experiência. *Est Psicol*. 2003; 8(1):193-7.
23. Cury VCR, Mancini MC, Melo AP, Fonseca ST, Sampaio RF, Tirado MGA. Efeitos do uso de órtese na mobilidade funcional de crianças com paralisia cerebral. *Rev Bras Fisioter*. 2006; 10(1):67-74.
24. Bobath K. Base neurofisiológica para o tratamento da paralisia cerebral. São Paulo: Manole; 2001.
25. Pereira KKG. O vínculo materno-infantil durante a hospitalização da criança e o papel do psicólogo como mediador desta relação [TCC]. Curso de Psicologia. Governador Valadares: Universidade Vale do Rio Doce; 2010 jun.