

---

# CADERNO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA NO ÂMBITO DA TERAPIA OCUPACIONAL

editora



redeunida



**crefito1**

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E  
TERAPIA OCUPACIONAL DA PRIMEIRA REGIÃO





**CADERNO DE ATENÇÃO  
INTEGRAL À SAÚDE DA  
CRIANÇA NO ÂMBITO DA  
TERAPIA OCUPACIONAL**

editora



redeunida



**crefito1**

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E  
TERAPIA OCUPACIONAL DA PRIMEIRA REGIÃO





# crefito1

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E  
TERAPIA OCUPACIONAL DA PRIMEIRA REGIÃO

## CADERNO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA NO ÂMBITO DA TERAPIA OCUPACIONAL

### **Organizadoras:**

Priscilla Viégas Barreto de Oliveira  
Amanda Cavalcanti Belo  
Flávia Cabral de Farias  
Daniela Sá Leitão Guimarães  
Jéssica Carolina Gomes da Silva  
Fabiana Maria Aguiar Bello  
Tatiany Lisiere Brandão Kunzler Lima

1ª Edição  
Porto Alegre/RS 2018  
Rede UNIDA

editora



redeunida

**Coordenador Nacional da Rede UNIDA**

Túlio Batista Franco

**Coordenação Editorial**

Editor-Chefe: Alcindo Antônio Ferla

Editores Associados: Ricardo Burg Ceccim, Cristian Fabiano Guimarães, Márcia Fernanda Mello Mendes

**Conselho Editorial****Adriane Pires Batiston** - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil**Alcindo Antônio Ferla** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil**Ana Lúcia Abrahão da Silva** - Universidade Federal Fluminense, Brasil**Ángel Martínez-Hernández** - Universitat Rovira i Virgili, Espanha**Angelo Stefanini** - Università di Bologna, Itália**Ardigó Martino** - Università di Bologna, Itália**Berta Paz Lorido** - Universitat de les Illes Balears, Espanha**Celia Beatriz Iriart** - University of New Mexico, Estados Unidos da América**Denise Bueno** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil**Denise Antunes de Azambuja Zocche** - Universidade do Estado de Santa Catarina, Brasil**Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil**Emerson Elias Merhy** - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil**Felipe Proença de Oliveira** - Universidade Federal da Paraíba, Brasil**Francisca Valda Silva de Oliveira** - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Brasil**Izabella Barison Matos** - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil**Hêider Aurélio Pinto** - Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Brasil**João Henrique Lara do Amaral** - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil**José Ivo dos Santos Pedrosa** - Universidade Federal do Piauí, Brasil**Júlio César Schweickardt** - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** - Universidade de São Paulo, Brasil**Laura Serrant-Green** - University of Wolverhampton, Inglaterra**Leonardo Federico** - Universidad Nacional de Lanús, Argentina**Lisiane Böer Possa** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil**Liliana Santos** - Universidade Federal da Bahia, Brasil**Luciano Bezerra Gomes** - Universidade Federal da Paraíba, Brasil**Mara Lisiane dos Santos** - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil**Maria Augusta Nicoli** - Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Itália**Márcia Regina Cardoso Torres** - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil**Marco Akerman** - Universidade de São Paulo, Brasil**Maria das Graças Alves Pereira** - Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Acre, Brasil**Maria Luiza Jaeger** - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil**Maria Rocineide Ferreira da Silva** - Universidade Estadual do Ceará, Brasil**Oswaldo Peralta Bonetti** - Ministério da Saúde, Brasil**Odete Messa Torres** - Universidade Federal do Pampa, Brasil**Paulo de Tarso Ribeiro de Oliveira** - Universidade Federal do Pará, Brasil**Renan Albuquerque Rodrigues** - Universidade Federal do Amazonas/Parintins, Brasil**Ricardo Burg Ceccim** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil**Ricardo Luiz Narciso Moebus** - Escola de Medicina da Universidade Federal de Ouro Preto, Brasil**Rodrigo Tobias de Sousa Lima** - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil**Rossana Staeve Baduy** - Universidade Estadual de Londrina, Brasil**Simone Edi Chaves** - Ideia e Método, Brasil**Sueli Terezinha Goi Barrios** - Ministério da Saúde, Brasil**Túlio Batista Franco** - Universidade Federal Fluminense, Brasil**Vanderléia Laodete Pulga** - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil**Vera Lucia Kodjaoglanian** - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil**Vera Maria Rocha** - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil**Comissão Executiva Editorial**

Márcia Regina Cardoso Torres

Gabriel Calazans Baptista

Letícia Stanczyk

**Projeto gráfica Capa e Miolo**

Editora Rede UNIDA

**Diagramação**

MID Comunicação - (81) 3423.0575

**Arte da Capa**

MID Comunicação - (81) 3423.0575

**Revisão**

Amanda Cavalcanti Belo

Priscilla Viégas Barreto de Oliveira

editora



redeunida

**DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP**

C122 Caderno de atenção integral à saúde da criança, no âmbito da terapia ocupacional [recurso eletrônico] / organizadoras Priscilla Viégas Barreto de Oliveira ... [et al.] ; realização Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Primeira Região ; apoio ABRATO – 1.ed. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2018. 89 p. : il.

Ebook

ISBN: 978-85-54329-08-2

DOI: 1018310/9788554329082

1. Saúde da criança. 2. Terapia ocupacional. 3. Síndrome congênita do vírus Zika. 4. Atenção integral à saúde. 5. Criança. I. Oliveira, Priscilla Viégas Barreto de.

CDU: 615.851.3

NLM: WB555

Bibliotecária Responsável: Jacira Gil Bernardes - CRB 10/463

Copyright © 2018 Priscilla Viégas Barreto de Oliveira, Amanda Cavalcanti Belo, Flávia Cabral de Farias, Daniela Sá Leitão Guimarães, Jéssica Carolina Gomes da Silva, Fabiana Maria Aguiar Bello, Tatiany Lisiere Brandão Kunzler Lima

Todos os direitos desta edição reservados à Associação Brasileira Rede UNIDA

Rua São Manoel, nº 498 - CEP 90620-110, Porto Alegre - RS Fone: (51) 3391-1252

[www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)

# Expediente

## **COORDENAÇÃO TÉCNICA GERAL**

Amanda Cavalcanti Belo  
Priscilla Viégas Barreto de Oliveira

## **AUTORAS**

Priscilla Viégas Barreto de Oliveira  
Amanda Cavalcanti Belo  
Flávia Cabral de Farias  
Daniela Sá Leitão Guimarães  
Jéssica Carolina Gomes da Silva  
Fabiana Maria Aguiar Bello  
Tatiany Lisiere Brandão Kunzler Lima

## **COLABORADORAS**

Adriane Sílvia Castro Ribeiro Carvalho de Oliveira  
Aline Arcelino de Oliveira  
Aneide Rocha de Marcos Rabelo  
Brenda Elizabeth Farias de Amorim  
Bruna Negromonte Silva  
Claudia Maria de Oliveira  
Daniela de Souza Cavalcante  
Daniela Figueirêdo Freitas  
Érika Sitcovsky Santos Pereira  
Janaína Alves de Lima  
Joseilta Vasconcelos de C. Lucena

Juliana Gomes de Oliveira  
Kamila de Oliveira Carvalho  
Kátia Kelly da Silva Santos  
Keise Bastos Gomes da Nóbrega  
Kelly Lins Serafim  
Luanna Karine Pereira Bezerra  
Maíra de Almeida Maciel  
Maria Soraida Silva Cruz  
Mariane Zeni  
Marina Queiroz Ferreira da Silva  
Mayara Francelle Oliveira Barata  
Rejane Florentino Pessoa  
Roberta Alexandra Silva da Mota  
Rosa Luiza Ramos  
Tacia Caroline de Lima Rodrigues  
Tatiana Maria Lopes de Freitas  
Yani Sarmento Pacheco Silva

## **REVISÃO JURIDICA**

Carlos Alberto Lopes  
Marcelo Dourado Costa

## **DIAGRAMAÇÃO E ARTE FINAL**

MID Comunicação



# Palavra do Presidente

Atendendo a uma das funções de um Conselho Regional de garantir uma saúde de qualidade à população, dentro de sua atuação profissional, O Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Primeira Região (CREFITO-1) criou os grupos de trabalho da fisioterapia e da terapia ocupacional voltados às crianças com a Síndrome Congênita do Zika Vírus para os quatro estados de sua circunscrição (Pernambuco, Paraíba, Rio Grande do Norte e Alagoas). Sendo estes estados alvos da epidemia da SCZV e tendo Pernambuco, como o com maior número de casos em todo o Brasil, era fundamental esta nossa intervenção. A nossa preocupação inicial era capacitar os diversos profissionais que temos à disposição nesses quatro estados para que o atendimento aos pacientes e às famílias das crianças com SCZV ocorresse de forma integral e mais plena possível.

Nesse contexto, este caderno tem, como seu objetivo inicial, a capacitação dos profissionais sob os pontos de vista técnico e científico, visando o melhor atendimento a essas crianças, desde o diagnóstico a todas as fases do seu tratamento. Nossa proposta é promover a inclusão social e trabalhar a funcionalidade humana para minimizar as perdas desses indivíduos.

A medida que este caderno foi sendo construído, começamos a perceber outros pontos que também precisavam ser atendidos. Dentre eles, dois se destacavam: na questão da interdisciplinaridade, observamos situações em que precisamos e recomendamos o envolvimento de outros profissionais da saúde, a fim de que essa funcionalidade possa ser trabalhada de forma mais completa; no segundo ponto, observamos que dentro da própria Terapia Ocupacional, tínhamos que atuar com uma abordagem integral, não só quanto à questão da saúde, mas também quanto ao contexto social de ampla inclusão.

Sendo assim, o CREFITO-1 quer, através dessa publicação, deixar a sua contribuição junto aos terapeutas ocupacionais e às outras profissões para que a atenção a essas crianças seja a melhor possível. Para que se cumpra o que dita a constituição brasileira: a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Nós, do CREFITO-1, estamos fazendo a nossa parte para fornecer à sociedade uma terapia ocupacional de melhor qualidade.

*Silano Barros*

*Presidente do CREFITO-1*

# Palavra da Vice-Presidente

No ano de 2015, iniciou-se no Brasil o surto de infecção pelo vírus Zika (ZIKV), transmitido pelo mosquito *Aedes aegypti* e gerando graves danos neurológicos nos recém-nascidos com o diagnóstico da Síndrome Congênita do Zika Vírus. Esse fato ganhou repercussão global quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) declarou a situação como “questão internacional de emergência”.

Nos casos mais graves da SCZV, as alterações neurológicas podem resultar na Microcefalia, que é acompanhada de grande comprometimento funcional e atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, resultando em impacto social relevante nas áreas de desempenho ocupacional.

Diante desse acontecimento, o CREFITO-1 criou um grupo de trabalho de Terapia Ocupacional com a finalidade de criar ações efetivas junto às crianças, cuidadores e pais, visando minimizar os impactos decorrentes das sequelas deixadas pela Síndrome nas esferas de autocuidado, trabalho, lazer e comunitário.

A importância da Terapia Ocupacional dentro dessa equipe multiprofissional é imprescindível onde o foco da intervenção é a criança, através de uma abordagem centrada na família. A intervenção deverá acontecer o mais precoce possível e com a participação direta dos pais, com o intuito de alcançar os objetivos funcionais das crianças através dos treinamentos, das atividades de autocuidado (alimentação, vestir, banho, higiene pessoal), atividades recreacionais (brincar) e interação social. Ressalta-se a importância do enriquecimento domiciliar através de técnicas de facilitação para o ato de cuidar e manusear suas crianças no dia a dia.

A epidemia da SCZV trouxe à tona a carência da utilização desse profissional em diversos setores da saúde e a necessidade de formar e capacitar, cada vez mais, o terapeuta ocupacional para ser um agente de atuação primordial em casos como o de crianças com SCZV. O Grupo de Trabalho de Atenção à Criança com a SCZV do CREFITO-1 foi um dos pioneiros na identificação do problema e na produção de um conteúdo que apresenta através de pesquisas com profissionais da área, estatísticas, ações interdisciplinares e apuração científica. O Caderno de Atenção Integral à Saúde da Criança com Síndrome Congênita do Zika Vírus concretiza o objetivo do GT de garantir à sociedade, em especial às famílias das crianças diagnosticadas com essa síndrome, avaliação e atendimento de excelência.

*Leiliane Gomes*  
*Terapeuta Ocupacional*  
*Vice-presidente do CREFITO-1*



# Sumário

PREFÁCIO	11
APRESENTAÇÃO	13
Características amostrais das terapeutas ocupacionais atuantes no estado de PE que responderam à enquete do GT / CREFITO 1, no primeiro semestre de 2016	15
INTRODUÇÃO	23
Modelo Lógico da Terapia Ocupacional	25
Trabalhando com domínios e competências	28
ORGANIZAÇÃO POR EIXO	29
Avaliação	29
Intervenção	33
Acompanhamento	36
Domiciliar	39
Educativo	43
Trabalho Uniprofissional	45
Trabalho Interprofissional	47
MODELO LÓGICO MULTIPROFISSIONAL	50
EIXOS DE AÇÃO PARA COMPETÊNCIA ARTICULAÇÃO EM REDE	51
Conhecimento da rede e comunicação em rede	51
EIXOS DE AÇÃO PARA COMPETÊNCIA ARTICULAÇÃO INTERSETORIAL	53
Articulação com outros setores	53
EIXOS DE AÇÃO PARA COMPETÊNCIA INFRAESTRUTURA E EQUIPAMENTOS	54
Instalação física	55
Materiais, equipamentos e insumos	56
Recursos Humanos	58
GESTORES: COMO OFERECER À CRIANÇA UMA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA OCUPACIONAL DE QUALIDADE?	59
GLOSSÁRIO	62
REFERÊNCIAS	75
LEITURA RECOMENDADA	81

APOIO



“O projeto que envolveu a construção do Caderno de Atenção Integral à Saúde da Criança, por meio das ações do CREFITO-1 e demais parceiros, coloca as claras um dos principais entraves vivenciado no âmbito do SUS, como seja a garantia de oferta de serviços de saúde em quantidade, qualidade e localização adequadas, em particular quando tratamos dos serviços de reabilitação. Esta situação ganhou novos tons de gravidade com o advento da tríplice epidemia causada pelas arboviroses: Dengue, Zika e Chikugunya, que vem deixando sequelas indeléveis em mulheres e crianças, principalmente quando a situação vincula-se especialmente ao Zika Vírus, pelo grau de comprometimento, e cujas repercussões podem trazer graves alterações no desenvolvimento infantil e consequentemente na qualidade de vida da criança e de seus familiares.

Sendo assim, a iniciativa adotada traz um conjunto de estratégias que ampliam a forma de atuar da fisioterapia e da terapia ocupacional, tendo em vista a busca da ação multi e interprofissional; o exercício de práticas intersetoriais; a mobilização de inúmeros atores para a construção de um conjunto de intervenções; o investimento na educação permanente de docentes, discentes e profissionais; e acima de tudo o exercício do estímulo da prática profissional em prol de ações que garantam os direitos da cidadania já estabelecidos na Constituição Federal a quem mais precisa.

Por tudo isso, esse projeto é acima de tudo um ato político em Defesa da Vida”.

“Informação. Este é um dos maiores benefícios que este Caderno trará para os profissionais e os familiares atendidos por terapeutas ocupacionais, tirando dúvidas, direcionando e padronizando o cuidado com nossas crianças. Atuando e vivenciando causa de pessoas com deficiência, acredito que este manual vai se converter em uma verdadeira mudança de paradigmas na atenção dispensada às famílias atendidas por terapeutas ocupacionais, estes profissionais tão importantes, que facilitam a jornada de vida dos pacientes e suas famílias.

Um grande e importante passo está sendo dado neste momento, pois esta ferramenta nasce da escuta das necessidades das famílias e do encaminhamento destas demandas. A AMAR – Aliança de Mães e Famílias Raras tem orgulho de apoiar e participar deste tipo de iniciativa, que contribui significativamente com a promoção da cidadania para um recorte social tão estigmatizado: as pessoas com patologias raras”.

*Lilian Pollyana Dias Ferreira  
Fundadora e Presidente da AMAR- Aliança de  
Mães e Famílias Raras*

*André Bonifácio  
Fisioterapeuta  
Professor Adjunto da Universidade Federal da  
Paraíba do Departamento de Promoção da Saúde*





Dentre os desafios do Sistema Único de Saúde (SUS) em garantir o que está preconizado na Constituição Federal, em seu artigo 196: “saúde é direito de todos e dever do Estado”, está a garantia da oferta de serviços de saúde em quantidade, qualidade e localização adequadas para garantir a assistência integral à população de forma equânime. O panorama brasileiro advindo da tríplice epidemia: Dengue, Zika Vírus e Febre Chikungunya, de forma mais intensa em Pernambuco (Região Nordeste do Brasil), evidenciou o sofrimento das pessoas acometidas por essas arboviroses, tanto pela apresentação sintomatológica na fase aguda, como na - cada vez mais frequente - possibilidade de sequelas e cronificação do quadro, repercutindo negativamente no desempenho das atividades cotidianas dos indivíduos.

A maior repercussão se deu entre as mulheres grávidas e suas famílias, principalmente diante do risco decorrido do Zika Vírus e o acometimento permanente dos seus filhos: a Síndrome Congênita do Zika Vírus (SCZV), cujas repercussões podem trazer graves alterações no desenvolvimento neuropsicomotor, com efeitos relacionais e sociais que comprometem negativamente a qualidade de vida desses novos cidadãos e seus familiares.

Essa situação preocupante vivenciada por tantas famílias pernambucanas requer uma urgente mobilização e um conjunto de intervenções, tanto ao nível governamental quanto da sociedade civil, que garantam os direitos de cidadania já estabelecidos na Constituição Federal. Dentre esses, o acesso à saúde e educação, talvez sejam os mais preciosos e, ao mesmo tempo, os mais negligenciados ao longo da nossa história de luta pelos direitos humanos.

No caso das pessoas com deficiência, é notório o consenso de que o acesso à reabilitação é uma das maiores dificuldades na garantia da integralidade do cuidado. Considerada uma dívida histórica, pela ineficiência das políticas públicas relacionadas ao cuidado das pessoas com deficiência, os serviços de reabilitação foram delineados no país com forte foco em centros de excelência e concentração em capitais.

A conformação de uma pequena e concentrada disponibilidade de serviços, aliada a uma frágil articulação entre a Atenção Básica e os serviços de referência em reabilitação, têm produzido problemas com relação à demanda reprimida e gerado extensas filas de espera, que, em se tratando de reabilitação, pode representar prejuízos irreparáveis no tocante à recuperação da função perdida.

Ante esse panorama antigo de tantas necessidades, que hoje se torna mais evidenciado com o cenário dramático das famílias das crianças atingidas pela SCZV, é que o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional (COFFITO), em parceria com a Associação Brasileira de Fisioterapia Neurofuncional (ABRAFIN) e com a Associação Brasileira para o Desenvolvimento e Divulgação do Conceito Neuroevolutivo Bobath (ABRADIMENE), confeccionam a *Cartilha - Diagnóstico: Microcefalia. E agora?* com o objetivo de abordar as consequências dessa enfermidade para os pais e para as crianças (COFFITO, 2016).

Já o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª Região (CREFITO-1) instituiu os Grupos de Trabalho (GT) em Fisioterapia e em Terapia Ocupacional na atenção à Síndrome Congênita por Zika Vírus que deram início às atividades, por ambas as profissões em março de 2016. Os



GT foram formalizados através das PORTARIAS Nº 075/2016 e Nº 103/2016 nas quais nomearam seus integrantes, formados por profissionais com notório saber e experiência na saúde pública e, em especial, em saúde da criança, para implementar ações que contribuam na melhoria da qualidade da assistência fisioterapêutica e terapêutica ocupacional ofertada na rede estadual de saúde, em parceria com seus municípios.

Ressalta-se que esses GT, de ambas as profissões, foram criados com o objetivo de garantir à Sociedade Pernambucana, em especial às famílias das crianças diagnosticadas com essa síndrome, avaliação e atendimento de excelência, promovendo ações políticas, regulamentadoras, educativas e fiscalizadoras pautadas na Ética, Dignidade, Compromisso, Respeito, Responsabilidade e Inovação. Dentre as responsabilidades assumidas pelos GT, na perspectiva de alcance de tamanho objetivo, propôs-se a elaboração de um “Caderno de Atenção Integral à Saúde da Criança” nos âmbitos da Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

Partindo do pressuposto de que os membros dos GT precisariam discutir junto a outros profissionais das duas categorias a Atenção à Saúde da Criança, a partir do entendimento de que a experiência vivenciada no cotidiano dos serviços e os conhecimentos frutos da formação de cada um poderiam contribuir na construção do Caderno, os Profissionais Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais do Estado de Pernambuco com experiência na Atenção à Saúde da Criança, atuantes tanto na docência como nos diversos níveis de assistência, foram convidados a participar de “Encontros de Profissionais Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais que atendem o públi-

co Infanto-Juvenil, do Estado de Pernambuco”, objetivando construir coletivamente os pontos a serem abarcados neste Caderno, com vistas a propor uma atenção de qualidade, a partir da realidade dos serviços e dos territórios por eles ocupados.

Com o objetivo de conhecer melhor esses profissionais, suas potencialidades na produção do cuidado e suas necessidades de aprimoramento, visando à melhoria da qualidade da assistência integral à saúde dessa população, bem como mapear os possíveis participantes dos encontros de profissionais propostos pelos GT, seus membros elaboraram um questionário intitulado ‘Conhecendo o perfil do Fisioterapeuta e do Terapeuta Ocupacional que atuam na saúde da criança e do adolescente nos diferentes níveis da Rede de Atenção à Saúde do estado de Pernambuco’, o qual foi enviado para o *e-mail* desses profissionais, via mala direta do CREFITO 1.

Responderam ao questionário 178 profissionais, sendo 135 fisioterapeutas e 43 terapeutas ocupacionais. No quadro 1 pode ser observado o perfil da amostra de terapeutas ocupacionais que responderam ao questionário e que atuam tanto na assistência (rede pública - incluindo a atenção básica - e privada) como na docência, no curso de Terapia Ocupacional do Estado de Pernambuco.

A faixa etária dos profissionais de Terapia Ocupacional variou de 23 a 51 anos, 13,95% concluiu o mestrado, 58,14% trabalham no serviço público. A maioria desses profissionais informou que presta assistência a crianças e adolescentes **‘muito frequentemente’** (55,81%) e **‘frequentemente’** (20,93%) em diversas áreas de especialidades, sendo a ‘Neurologia infantil’ a mais citada (67,44%).



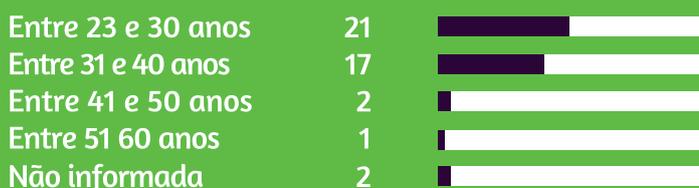
Do total de terapeutas ocupacionais que participaram dessa enquete, 95,35% informaram ter interesse em participar de cursos de formação / capacitação para o cuidado de crianças com a Síndrome Congênita do Zika Vírus e suas famílias, tendo nessa amostra 60,47% declarado já prestar assistência a crianças com essa Síndrome.

## CARACTERÍSTICAS AMOSTRAIS DAS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS ATUANTES NO ESTADO DE PERNAMBUCO QUE RESPONDERAM À ENQUETE DO GT/CREFITO-1, NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2016.

Número de participantes: 43



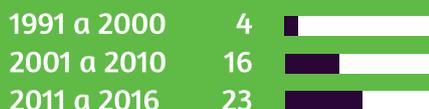
### FAIXA ETÁRIA



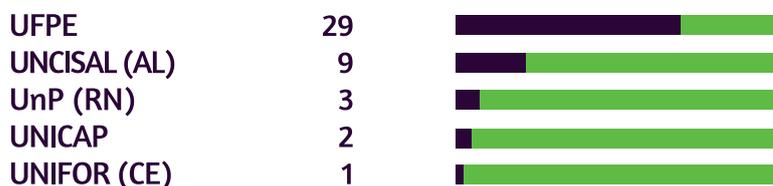
### SEXO



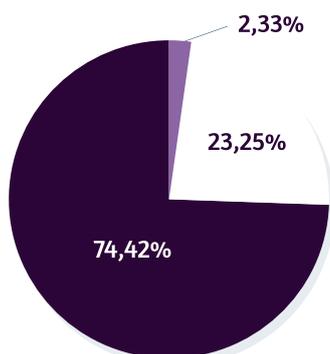
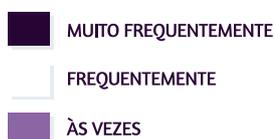
### ANO EM QUE CONCLUIU A GRADUAÇÃO



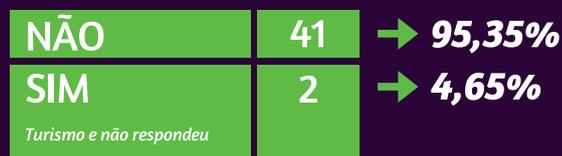
### INSTITUIÇÃO EM QUE CONCLUIU A GRADUAÇÃO



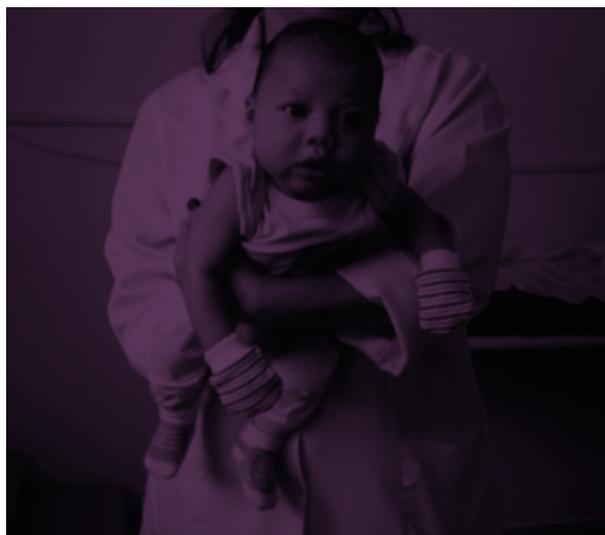
### USO DA INTERNET



### OUTRAS GRADUAÇÕES



Com relação à Educação Continuada e Permanente desses profissionais, observa-se na tabela 2 o seguinte: 100% dos profissionais afirmaram terem feito curso de aperfeiçoamento, sendo os mais citados os cursos de Neurologia Infantil, Integração Sensorial e Saúde Mental; 65,12% têm curso de especialização, sendo que as áreas de Saúde Coletiva e Saúde Mental foram as mais citadas (11,63% cada); 13,95% dos profissionais concluíram o mestrado, sendo 66,66% em Saúde Materno-infantil / Saúde da Criança e do Adolescente.



## INFORMAÇÕES SOBRE EDUCAÇÃO CONTINUADA E PERMANENTE DAS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS ATUANTES NO ESTADO DE PERNAMBUCO QUE RESPONDERAM À ENQUETE DO GT/CREFITO-1, NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2016.

Número de participantes: 43

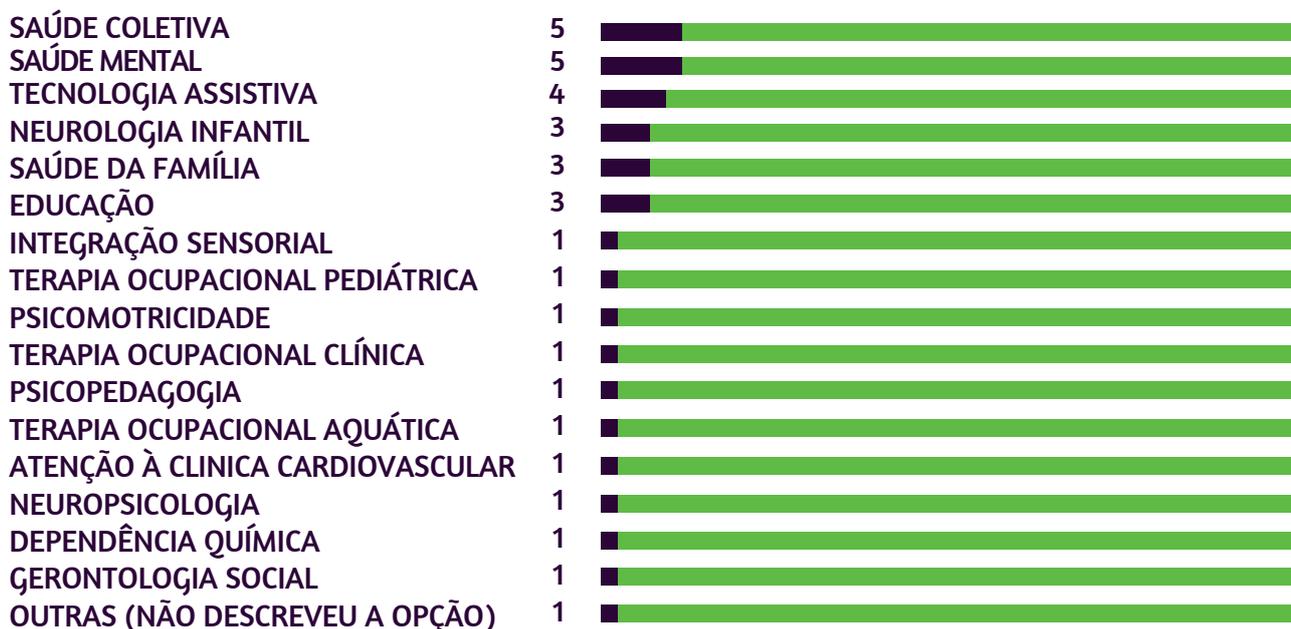
### CURSO DE APERFEIÇOAMENTO / FORMAÇÃO REALIZADO

(entre 180 e 360h de duração)



# CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO / RESIDÊNCIA REALIZADO

(superior à 360h)



## MESTRADO

NÃO	37	→ 86,05%
SIM	6	→ 13,95%

## MESTRADO EM:

SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE	2	
SAÚDE MATERNO INFANTIL	2	
SAÚDE COLETIVA	1	
HEBIATRIA	1	

## DOUTORADO

NÃO	42	→ 97,67%
SIM	1	→ 2,33%

## DOUTORADO EM:

SAÚDE MATERNO-INFANTIL	1	
------------------------	---	--

OBS: Nem todos as participantes responderam todas as questões, além de algumas questões permitirem múltiplas escolhas, por isso não totalizam 43 em todos os itens.

No que diz respeito ao vínculo empregatício, a maior parte das terapeutas ocupacionais (46,51%) trabalha exclusivamente em instituições públicas, enquanto algumas têm tanto vínculo público, como privado (16,28%), as demais trabalham somente em instituições privadas (32,55%) ou não trabalham (4,65%), seja na assistência (rede pública e privada, incluindo a atenção básica) como na docência, no curso de Terapia Ocupacional no Estado de Pernambuco.

A maioria das profissionais que está trabalhando informou que “muito frequentemente” (55,81%) e “frequentemente” (20,93%) presta assistência às crianças e/ou (aos) adolescentes em diversas áreas, sendo a Neurologia Infantil (67,44%) a mais citada. Quando perguntadas se sentiam capacitadas para atuarem com crianças e adolescentes, 44,19% referiram se sentir “capacitado” e 32,56% sentem-se “mais ou menos capacitado” (Tabela 3).

# CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA PRESTADA ÀS CRIANÇAS E/OU (AOS) ADOLESCENTES PELAS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS QUE PARTICIPARAM DA ENQUETE DO GT/CREFITO-1, NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2016

Número de participantes: 43

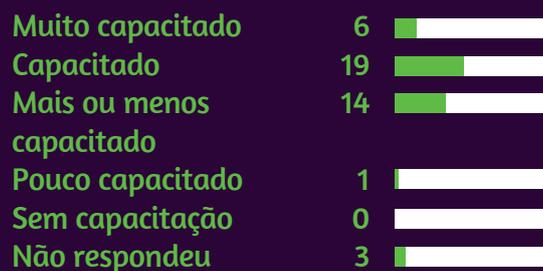
## ATENDIMENTO DE CRIANÇA E/OU ADOLESCENTE NO COTIDIANO



## ÁREA EM QUE A ASSISTÊNCIA PRESTADA ÀS CRIANÇAS ACONTECE



## CAPACIDADE PARA ATUAR COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES





Nesta enquete, ressalta-se que 60,47% das terapeutas ocupacionais participantes afirmaram atender ou já ter atendido crianças diagnosticadas com a SCZV, e quando perguntadas se tiveram dificuldade no manejo a essas crianças, 50% relataram que sim, apesar de terem relatado se sentir capacitados ou muito capacitados no atendimento à crianças/adolescentes. Como principais dificuldades enfrentadas, as terapeutas ocupacionais relataram a falta de organização da rede de atenção à saúde (RAS) (34,62%), a dificuldade da família em levar a criança ao atendimento (26,92%), além de lacunas na formação profissional (23,07%), conforme observado na tabela 4.

Para essas profissionais, foi questionado também se elas gostariam de participar de capacitações para esse fim e que sugerissem o que gostariam que fosse abordado na capacitação. Foi observado que quase todos os profissionais (95,35%) manifestaram desejo de participar das capacitações, incluindo as profissionais que se sentiam capacitadas ou muito capacitadas para a assistência. Ressalta-se que abordagens terapêuticas, métodos de avaliação, cuidados e orientações domiciliares e cuidados e abordagens familiares foram os temas mais apontados como de interesse dessa população para uma Educação Permanente (Tabela 4).

## CARACTERÍSTICAS DA ASSISTÊNCIA PRESTADA ÀS CRIANÇAS COM A SÍNDROME CONGÊNITA DO ZIKA VÍRUS PELAS TERAPEUTAS OCUPACIONAIS QUE PARTICIPARAM DA ENQUETE DO GT/CREFITO-1, NO PRIMEIRO SEMESTRE DE 2016

Número de participantes: 43

**ATENDE/ATENDEU ALGUMA CRIANÇA COM SÍNDROME CONGÊNITA ASSOCIADA AO VÍRUS ZIKA (MICROCEFALIA)**

SIM	26	→ 60,47%
NÃO	17	→ 39,53%

**DIFICULDADE NO MANEJO RELACIONADO À CRIANÇA E SUA FAMÍLIA**

SIM	13	→ 50%
NÃO	13	→ 50%

# PRINCIPAL(IS) DIFICULDADE(S) ENCONTRADA(S) NA ASSISTÊNCIA A ESSE PÚBLICO

LACUNAS NA FORMAÇÃO PROFISSIONAL QUE TRAZEM DIFICULDADES PARA UM ATENDIMENTO MAIS QUALIFICADO

6 

INFRAESTRUTURA PRECÁRIA OU INADEQUADA DO SERVIÇO DE REABILITAÇÃO (ESTRUTURA FÍSICA INADEQUADA, FALTA DE MATERIAIS, INSUMOS, RECURSOS HUMANOS, ENTRE OUTROS)

3 

DIÁLOGO MULTIPROFISSIONAL INEXISTENTE OU RESTRITO (POR AUSÊNCIA DE EQUIPE MULTIPROFISSIONAL, POR DIFICULDADE DE COMUNICAÇÃO ENTRE AS DIFERENTES CATEGORIAS PROFISSIONAIS, ENTRE OUTROS)

2 

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE ORGANIZADA DE MANEIRA PRECÁRIA E RESTRITA

9 

DIFICULDADE NO ACESSO AO HISTÓRICO DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA, AOS EXAMES REALIZADOS E SEUS RESPECTIVOS RESULTADOS, AO ACOMPANHAMENTO EM OUTROS SERVIÇOS

4 

A FAMÍLIA NÃO CONSEGUE LEVAR A CRIANÇA AO ATENDIMENTO NO SERVIÇO DE MANEIRA PERIÓDICA (POR QUESTÕES FINANCEIRAS, POR DIFICULDADE NO ACESSO, POR DIFICULDADE DE TRANSPORTE, ENTRE OUTROS)

7 

A FAMÍLIA NÃO REALIZA AS ORIENTAÇÕES DE CUIDADO E ESTIMULAÇÃO NO DOMICÍLIO

5 

DIFICULDADE NA ABORDAGEM A SER REALIZADA JUNTO À FAMÍLIA (ACOLHIMENTO, ESCUTA, REFERÊNCIA PARA OUTROS SERVIÇOS, ACOMPANHAMENTO CONTINUADO)

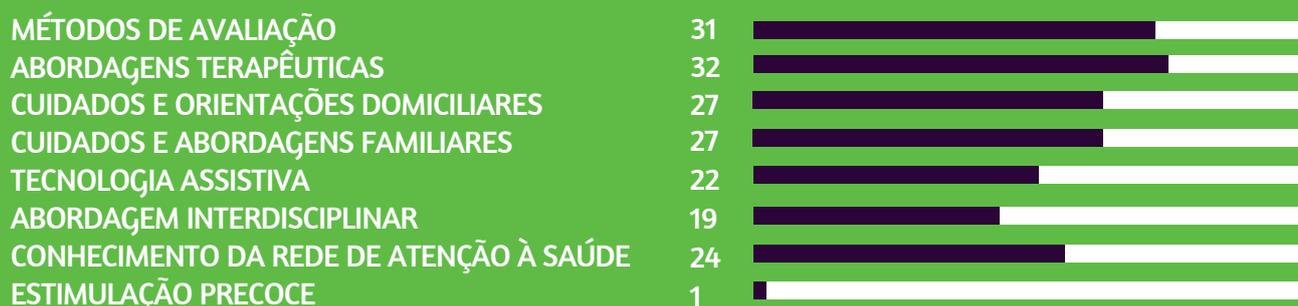
2 

**INTERESSE EM PARTICIPAR  
DE UMA FORMAÇÃO  
VOLTADA PARA O MANEJO  
E CUIDADO A CRIANÇAS  
COM SÍNDROME  
CONGÊNITA DO VÍRUS  
DA ZIKA**



<b>SIM</b>	<b>41</b>	<b>→ 95,35%</b>
<b>NÃO</b>	<b>2</b>	<b>→ 4,65%</b>

# O QUE VOCÊ GOSTARIA QUE FOSSE ABORDADO NA FORMAÇÃO?



OBS: Nem todos os participantes responderam todas as questões, além de algumas questões permitirem múltiplas escolhas, por isso não totalizam 43 em todos os itens.

A partir desta enquete, foi possível conhecer o perfil de parte das (os) terapeutas ocupacionais que, no primeiro semestre de 2016, período de maior prevalência da SCZV, estavam prestando assistência na área pediátrica no Estado de Pernambuco. Logo, a partir desses resultados, a(o)s profissionais especializados na área infanto-juvenil, atuantes tanto na docência como nos diversos níveis de assistência, foram convidados a participar de dois

eventos intitulados “Encontros de Especialistas em Fisioterapia e Terapia Ocupacional Infanto-Juvenil, do Estado de Pernambuco”, objetivando construir coletivamente o “Caderno de Atenção Integral à Saúde da Criança, no âmbito da Terapia Ocupacional”, com vistas a propor uma atenção de qualidade, a partir da realidade dos serviços e dos territórios por eles ocupados.



CUBRA SUA TOSSA



Em face do significativo aumento dos casos de Síndrome Congênita associada ao Zika Vírus, fez-se necessário refletir o papel do terapeuta ocupacional frente às demandas trazidas pelas crianças acometidas, que exigem intervenções que contemplem todos os aspectos do desenvolvimento infantil (neuropsicomotor, de aquisição de linguagem, socialização, estruturação psíquica) voltadas ao melhor desenvolvimento possível desses bebês e ao suporte e estabelecimento do vínculo/acolhimento familiar (AOTA, 2015; CURY, 2011).

Os bebês nascidos com a SCVZ podem apresentar diversas alterações no desenvolvimento, e por isso necessitam serem estimuladas precocemente, em busca da máxima harmonia na inter-relação entre os vários sistemas orgânicos funcionais (motor, sensorial, perceptivo, proprioceptivo, lingüístico, cognitivo, emocional, social). Tendo em vista que os primeiros anos de vida são considerados períodos de grande potencialidade para o desenvolvimento saudável, bem como de maior vulnerabilidade (BRASIL, 2016).

Considera-se enquanto referencial de identificação de alteração, dificuldades e/ou transtornos do desenvolvimento, o conhecimento dos marcos do desenvolvimento infantil típico; no entanto, a partir de uma abordagem ecológica desse desenvolvimento, pontua-se a importância dos fatores contextuais nos quais a criança está inserida enquanto facilitadores ou barreiras de desempenho ocupacional, uma vez que o desenvolvimento infantil se define enquanto processo integral e multidimensional (AOTA, 2015; BRASIL, 2016).

Nessa visão, o foco dá-se nas potencialidades da criança. E nesse sentido, tem-se a estimulação precoce como abordagem de

caráter sistemática e seqüencial, com a qual, a partir dos marcos do desenvolvimento infantil típico, estimula-se a criança visando à ampliação de suas habilidades e minimização dos possíveis efeitos negativos em decorrência da Síndrome, com o olhar voltado para o indivíduo e não para a patologia e/ou dificuldades apresentadas (BRASIL, 2016; MUSTARD; FRASER, 2010).

Partindo desse pressuposto, pode-se afirmar que, apesar do Caderno estar direcionado nominalmente à atenção à criança com a SCZV, busca-se qualificar a intervenção com a criança com desenvolvimento atípico e/ou deficiência, suas famílias e comunidade, na linha do olhar para os indivíduos em seus contextos e rede de suporte e de cuidados, buscando sempre o engajamento máximo do indivíduo em atividades significativas e exercício de seus papéis ocupacionais dentro de suas potencialidades (AOTA, 2015).

A partir da perspectiva de que o terapeuta ocupacional tem sua intervenção voltada a favorecer o engajamento dos indivíduos em atividades que dão suporte à sua participação em contextos de relevância, o que se reflete na qualidade de vida; pode-se afirmar que esse profissional atua na identificação de fatores que contribuam e/ou interfiram no envolvimento dessa criança em atividades que favoreçam o seu desenvolvimento saudável, além de avaliar o impacto nas áreas de desempenho e consequentemente no seu cotidiano (AOTA, 2015).

Diante disso, destaca-se o papel da família nesse processo, enquanto base de apoio, carinho, suporte físico e emocional, para que sejam criadas as condições necessárias ao desenvolvimento social e individual saudável do bebê, partindo do enten-

dimento de que as famílias são únicas e de que a funcionalidade da criança ocorre especialmente no contexto familiar. Por isso, há necessidade de ações centradas no ambiente da criança, de sua família e de toda a comunidade (AOTA, 2015; BRASIL, 2016; MUSTARD; FRASER, 2010).

Portanto, a intervenção terapêutica ocupacional frente à Síndrome Congênita do Vírus Zika é extremamente necessária, uma vez que o terapeuta ocupacional atua de forma a prevenir, minimizar e tratar déficits neuropsicomotores e cognitivos, além de prestar suporte à família e comunidade, objetivando a funcionalidade nas diversas fases da infância, favorecendo o desenvolvimento global, inserção social e a qualidade de vida.

A partir da integração desses conceitos, das responsabilidades do terapeuta ocupacional e das demandas que cercam o trabalho voltado à atenção à Saúde da Criança, este manual traz uma proposta de atuação desse profissional junto aos diversos aspectos que possivelmente permeiam a saúde da criança e interferem nas suas capacida-

des funcionais que repercutem também em seu desenvolvimento emocional e social. Nesse sentido, foram elaboradas recomendações para uma assistência terapêutica ocupacional de qualidade, em crianças com disfunções que repercutem negativamente no desempenho ocupacional, conforme Modelo Lógico (ML) proposto neste Caderno.

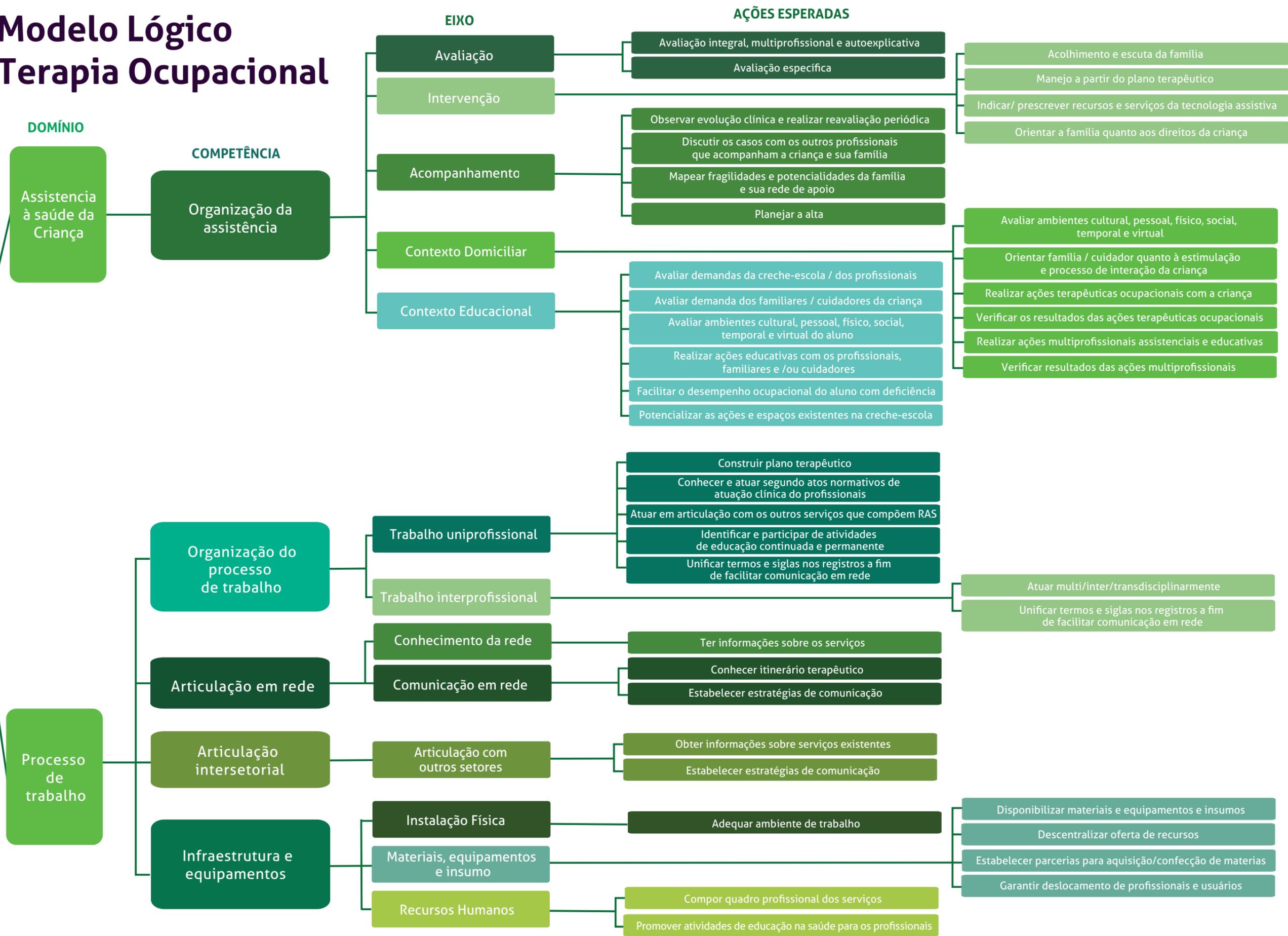
O Modelo Lógico (ML) é uma ferramenta de planejamento, implantação e avaliação de um projeto que possibilita a documentação, descrição e análise de fatores contextuais que envolvem um problema a ser enfrentado. Pelo ML é possível, através de uma representação visual, sistemática e simplificada de ações, apresentar as relações estabelecidas entre intervenções (atividades planejadas), recursos necessários e efeitos esperados (produtos, resultados e impactos) que se pretende alcançar com o projeto (OLIVEIRA et al., 2005; CAVALCANTI et al., 2013; ROMEIRO et al., 2013).

Vide Modelo Lógico para uma Atenção Integral à Criança, no âmbito da Terapia Ocupacional.



# Modelo Lógico Terapia Ocupacional

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA



Neste Caderno é proposta uma série de ações para cada eixo citado no Modelo Lógico proposto, considerando os aspectos a serem observados e os recursos a serem utilizados necessários para que essas ações sejam alcançadas, contribuindo assim para

o alcance de uma atenção integral à saúde da criança, no âmbito da terapia ocupacional. Essas ações serão apresentadas nos diversos quadros que serão dispostos no conteúdo do Caderno, conforme exemplo abaixo.

**DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA**

**DOMÍNIO: ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA**

**COMPETÊNCIA: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA**

**EIXO: AVALIAÇÃO**

Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
<p><b>Construir plano terapêutico</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Achados provenientes da avaliação e/ou dos instrumentos utilizados;</li> <li>&gt; Experiência ou habilidade profissional quanto à aplicação de métodos, técnicas e recursos terapêuticos da terapia ocupacional;</li> <li>&gt; Expectativas, desejos e opinião da criança e familiares;</li> <li>&gt; Competência da família para seguimento no domicílio;</li> <li>&gt; Evidências científicas vigentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Instrumento de avaliação terapêutica ocupacional;</li> <li>&gt; Instrumento/escala/software de avaliação que englobe aspectos específicos da terapia ocupacional;</li> <li>&gt; Prontuários;</li> <li>&gt; Educação permanente e continuada</li> </ul> <p>Bases de dados científicas, como Pubmed, Lilacs, SciELO, Portal</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Saúde Baseada em Evidências; Cadernos e manuais fornecidos pelo Ministério da Saúde entre outros.</li> </ul>

Concomitante à cada ação, o material apresenta ainda as legislações que regulamentam e garantem a exequibilidade de sua concretização, empoderando os profissionais da Terapia Ocupacional para discussão sobre um processo de trabalho compatível com a dignificação e valorização profissional. Essas informações sempre estarão sinalizadas no interior dos quadros como VOCÊ SABIA? e, após os mesmos, serão fundamentadas a partir dessa ao lado.





A principal fonte das legislações apresentadas é o Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional - COFFITO, que é uma Autarquia Federal criada pela Lei Federal nº 6316, de 17 de dezembro de 1975; com objetivos constitucionais de normatizar e exercer o controle ético, científico e social das profissões de Fisioterapeuta e de Terapeuta Ocupacional. O COFFITO busca defender os interesses corporativos das profissões, dedicando-se em defender a inserção profissional nos diversos ambientes no mundo do trabalho, bem como, fomentar a boa formação técnica e humanista dos Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais, para que a sociedade possa receber serviços resolutivos e de excelência ([www.coffito.org.br](http://www.coffito.org.br)).

Ao final da apresentação de todas as ações previstas no ML para a execução de uma intervenção terapêutica ocupacional integral à saúde da criança, este Caderno apresenta ainda um capítulo que fora construído especificamente para Gestão. Nele, é chamada a atenção para algumas ações do DOMÍNIO Processo de Trabalho que interferem diretamente no DOMÍNIO Assistência à

Saúde da Criança. O objetivo é embasar a(o)s Terapeutas Ocupacionais quanto às estratégias legais para a aquisição de serviços de saúde que atendam às necessidades para uma assistência de qualidade às crianças. Os itens de fragilidade que serão discutidos são os de maior prevalência segundo as análises estatísticas do Departamento de Fiscalização (DEFIS) do Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional da 1ª Região, cuja área de circunscrição engloba Alagoas, Paraíba, Pernambuco e Rio Grande do Norte.

Por fim, com o intuito de favorecer a educação permanente da(o)s terapeutas ocupacionais e, principalmente, a uniformização dos termos a serem utilizados no exercício profissional, este Caderno apresenta um glossário com os principais termos e siglas que foram identificados nas discussões dos “Encontros de Profissionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional Infanto-Juvenil, do Estado de Pernambuco”, termos e siglas essas que, em sua maioria, divergiam em consequência do desconhecimento dos profissionais sobre o significado dos mesmos.



## Trabalhando com domínios e competências

Observando o Modelo Lógico aqui apresentado, constata-se que a prática terapêutica ocupacional foi organizada a partir da dimensão “Atenção Integral à Saúde da Criança”. O termo “Dimensão” corresponde “ao número mínimo de variáveis para a descrição analítica de um conjunto que visa dar um valor” (junção de conceitos do dicionário Michaelis online). Por sua vez, “Domínio” corresponde às áreas nas quais se têm um corpo estabelecido de conhecimentos e competências (AOTA, 2015). Já o termo “Competência” pode ser descrito como uma combinação articulada e complexa de capacidades e habilidades, que sintetizam os aspectos teóricos e vivenciais conceitual e funcionalmente, com finalidade de prevenir, reconhecer e/ou solucionar situações-problema que se apresentam no exercício profissional (adaptado do conceito do dicionário Michaelis online).

Dentro dessas definições, o ML proposto tem como Dimensão a “Atenção Integral à Saúde da Criança”. Quando se fala em “Atenção à saúde”, é importante destacar que ela se constitui a partir de uma perspectiva interdisciplinar, coletiva e participativa, na qual a intervenção sobre o processo saúde-doença resulta da interação e do protagonismo de todos os envolvidos no processo de cuidar: trabalhadores, gestores e usuários. Consiste, portanto, numa modalidade ampla de compreensão que engloba tanto atividades assistenciais, quanto ações políticas, sociais e de saúde no campo da promoção (GIACOMOZZI; LACERDA, 2006; MATTA; MOROSINI, 2008). A partir desse entendimento, essa grande dimensão no ML delimita-se em dois grandes domínios de atuação terapêutica ocupacional: “Assistência à Saúde da Criança” e “Processo de Trabalho”.

Tais domínios foram divididos para fins didáticos, mas as ações propostas para cada um deles são interdependentes no cotidiano de atuação dos profissionais. Para fins de compreensão do ML, é importante destacar o significado de cada um desses domínios, segundo a concepção adotada pelos atores envolvidos na sua elaboração. Entende-se “Assistência” como uma categoria da atenção à saúde, baseada no contato direto e na interação do profissional com o usuário, sua família e/ou cuidador, com vistas à resolução das demandas de saúde, pelo desenvolvimento de atividades de caráter assistencial (ambulatório, domiciliar, entre outros), incluindo ações preventivas, educativas, de recuperação e manutenção da saúde (GIACOMOZZI, LACERDA, 2006). Já “Processo de Trabalho” refere-se ao modo como acontece a prática dos trabalhadores inseridos no cotidiano de produção e consumo dos serviços de saúde. Corresponde ao conjunto de metodologias e instrumentos pelos quais o profissional atua, a fim de resolver os problemas e as necessidades de saúde que norteiam seu trabalho (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

Uma vez estabelecidos, para cada domínio foram formuladas as competências profissionais. Para o primeiro foi definida a competência “Organização da Assistência”. Já para o segundo, foram determinadas como competências profissionais: “organização do processo de trabalho”; “articulação em rede”; “articulação intersetorial”; e “infraestrutura e equipamentos”.

A fim de contemplar as competências propostas para cada domínio, as ações esperadas para a prática do/da terapeuta ocupacional foram organizadas em eixos, compostos por indicadores que expressam



as situações de realidade a serem alcançadas, avaliadas e analisadas, a serem desenvolvidos pelo profissional.

Nesse contexto, foram determinados os seguintes eixos:

- No Domínio “Assistência à Saúde da Criança”, em sua competência “Organização da assistência” - Avaliação, Intervenção, Contexto Domiciliar e Contexto Educacional;

- No Domínio “Processo de Trabalho”

- i) Em sua competência “Organização do processo de trabalho” - “Trabalho Uniprofissional” e “Trabalho Interprofissional”;

- ii) Em sua competência “Articulação em Rede” - “Conhecimento da Rede” e “Comunicação em Rede”;

- iii) Em sua competência “Articulação Intersetorial” - “Articulação com outros setores”; e

- iv) Em sua competência “Infraestrutura e equipamentos” - Instalação Física; Materiais, equipamentos e insumos; e Recursos Humanos.

Nas seções seguintes, estão dispostas as ações para cada eixo, de acordo com o que o grupo que compôs os encontros de profissionais considerou como fundamental para uma atenção de qualidade, integral e resolutiva.

## Organização por eixos

### 4.1 Domínio Assistência à saúde da criança

#### 4.1.1 Eixos de ação para a competência Organização da Assistência à saúde da criança

##### 4.1.1.1 Eixo Avaliação

Durante o processo de avaliação terapêutica ocupacional deve ser utilizado um conjunto de procedimentos que incluem além da anamnese a aplicação de avaliações padronizadas e não padronizadas do desenvolvimento infantil, avaliações funcionais e de capacidades específicas e devem ser feitas observações da criança durante atividades apropriadas à sua faixa etária e nos diferentes contextos (MULLIGAN, 2003). Os instrumentos de avaliação para o desenvolvimento infantil podem ser utilizados com fins de triagem, identificação de risco para o desenvolvimento ou ainda para justificar a implantação de programas de estimulação precoce. Estes podem considerar itens gerais, de áreas específicas ou conjuntos de áreas específicas relacionadas ao desenvolvimento infantil (RODRIGUES, 2012).

Segundo a AOTA (2015), a avaliação terapêutica ocupacional tem como objetivo avaliar dois pontos centrais relacionados ao indivíduo: seu perfil ocupacional e fazer a análise do seu desempenho ocupacional. Ambos com objetivo de compreender as necessidades deste indivíduo, seus padrões e interesses, bem como identificar os facilitadores, os suportes, as barreiras e as prioridades relacionadas ao seu desempenho ocupacional, entendendo estes fatores como determinantes para sua saúde, bem-estar e participação social.

A partir das informações levantadas, o terapeuta ocupacional lançará seu olhar específico para aspectos dizem respeito às ocupações, aos fatores do cliente/usuário/família, às habilidades e padrões de desempenho, e aos contextos e ambientes, conforme descritos no Quadro 1. Para isto, além das informações fornecidas por

cuidadores ou responsáveis pela criança, o terapeuta deve se utilizar dos diversos instrumentos de avaliação disponíveis que irão fornecer dados com maior objetividade e confiabilidade. A escolha e utilização de instrumentos específicos irão depender do perfil do paciente, do setting terapêutico e da abordagem teórica adotada pelo profissional (AOTA, 2015).

Durante o processo de avaliação específica o terapeuta deve, através de instrumentos, avaliar os aspectos referentes à criança e ao cuidador no que diz respeito à:

- Desempenho e Perfil Ocupacional
- Ocupações: atividades de vida diária (AVD); atividades instrumentais de vida diária (AIVD); descanso e sono; educação; trabalho; brincar; lazer; participação social.
- Fatores do cliente/usuário/família: valores, crenças e espiritualidade; funções do corpo; estruturas do corpo.
- Habilidades de desempenho: motoras; de processo; interação social.
- Padrões de desempenho: hábitos; rotinas; rituais; papéis.
- Contextos e Ambientes: cultural; pessoal; físico; social; temporal; virtual.

Como meio de obter as informações necessárias, podem ser utilizados diversos instrumentos de avaliação formal e informal, estruturado e não estruturado, com critérios padronizados ou não-referenciados. Algumas sugestões:

- **PEDI (Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade)** - O PEDI oferece informações detalhadas sobre as incapacidades e a necessidade de assistência do cuidador no desenvolvimento das atividades em três áreas – autocuidado, mobilidade e função social (TELES, RESEGUE e PUCCINI, 2016)

- **TIMP (Test of Infant Motor Perfor-**

**mance)** – Identifica precocemente atrasos motores e avalia a eficácia da prática clínica da fisioterapia e da terapia ocupacional. Trata-se de um teste normatizado para avaliar bebês na faixa etária de 34 semanas de idade gestacional corrigida até quatro meses de idade pós-termo. O teste considera as influências da maturação neurológica da criança, do ambiente, da gravidade e da postura no desenvolvimento motor (GUIMARÃES et al, 2011).

- **David Werner** - Avalia o desenvolvimento físico, mental e social da criança (LIMA e LIMA, 2006).

- **Denver II (Teste de Triagem do Desenvolvimento de Denver II)** – Avalia e identifica crianças com risco para apresentar atrasos no desenvolvimento. Avalia quatro áreas/categorias: motor-grosseiro, motor fino adaptativo, linguagem e pessoal-social (SANTOS et al, 2008).

- **Perfil Sensorial (Sensory Profile)** - Mensura através de informações dos pais e cuidadores o quanto o processamento sensorial da criança facilita ou dificulta seu desempenho funcional, identificando transtornos da modulação e processamento sensoriais, respostas emocionais e sociais (ROCHA e DOUNIS, 2013).

- **SPM (Medida de Processamento Sensorial)** – É um sistema de escalas de medição para avaliação de problemas de processamento sensorial, práxis e participação social da criança em idade escolar. Reuni informações fornecidas pelos pais e escola a fim de identificar os comportamentos da criança em casa, na escola e em comunidade, considerando e comparando fatores contextuais (GOMES et al, 2016).

- **Bayley** - Avalia o desenvolvimento cognitivo, motor grosso e fino, fala e linguagem e comportamento sócio emocional com uma escala de desenvolvimento para



crianças de 1 a 42 meses (RODRIGUES, 2012).

- **AIMS (Escala Motora Infantil de Alberta)** – A partir da observação livre da criança desde o nascimento até a idade do andar independente, avalia o desempenho motor amplo através da sua permanência nas posturas, atitude antigravitacional e capacidade da criança em realizar transições de forma independente (SANTOS et al, 2008).

- **COPM (Medida Canadense de Desempenho Ocupacional)** – Medida individual da auto percepção sobre os problemas encontrados no próprio desempenho ocupacional, abrangendo três áreas de desempenho ocupacional: atividades de autocuidado, produtivas e de lazer (CALDAS et al, 2011).

- **GM (Avaliação dos movimentos generalizados)** – Detecta precocemente anormalidades no desenvolvimento de bebês prematuros e crianças a termo de risco baseando-se na observação dos movimentos espontâneos da criança sem intervenção ou estímulo externo. Deve ser realizado a partir do terceiro dia de vida até 20 semanas (SANTOS et al, 2008).

- **Método da Conduta Visual de lactentes** – Verifica através da observação do lactente, os comportamentos visomotores e motores apendiculares do bebê ligados ao desenvolvimento visual para detectar alterações em seu desenvolvimento (GAGLIARDO et al, 2004).

As recomendações listadas neste Caderno pretendem auxiliar a/o terapeuta ocupacional nas ferramentas disponíveis e possíveis de serem aplicadas na avaliação do desenvolvimento infantil em seu contexto de trabalho. Portanto, é fundamental considerar o nível de atenção à saúde no

qual a/o profissional desempenha suas atividades (Atenção Primária, atendimento ambulatorial, atendimento hospitalar ou Unidade de Terapia Intensiva) para a eleição do instrumento de avaliação a ser utilizado.

Vale salientar que o uso de um instrumento de avaliação, além de considerar os aspectos já citados anteriormente, também passa pela necessidade de acompanhamento do desenvolvimento da criança por qualquer profissional da saúde, em qualquer nível de atenção e por alteração decorrente em qualquer sistema, de modo que tal instrumento precisa ser universal e de fácil aplicação para, minimamente, instituir a vigilância sistemática ao desenvolvimento infantil, a fim de nortear a intervenção a ser adotada, bem como servir de triagem para uma avaliação mais especializada e/ou em outro nível de complexidade de atenção, que necessite de um aprofundamento teórico/formação na área.

Por fim, ressalta-se que o processo avaliativo é imprescindível para a construção do plano terapêutico a ser adotado para uma intervenção terapêutica ocupacional de excelência, mas para o alcance desse objetivo, alguns aspectos necessitam ser observados, tais como: os achados provenientes da avaliação e/ou dos instrumentos utilizados; a experiência ou habilidade profissional quanto à aplicação de métodos, técnicas e recursos terapêuticos da terapia ocupacional a serem utilizados; as expectativas, desejos e opinião da criança e familiares; a competência da família para seguimento da intervenção no domicílio; e as evidências científicas vigentes.

**Quadro 1. Ações esperadas referentes ao eixo “Avaliação”**

**DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA**

**DOMÍNIO: ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA**

**COMPETÊNCIA: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA**

**EIXO: AVALIAÇÃO**

**VOCÊ SABIA?**

Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Aplicar instrumento de avaliação integral, multiprofissional e autoexplicativo, que englobe aspectos básicos para nortear condutas e encaminhamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Anamnese;</li> <li>&gt; HDA (gestação e parto);</li> <li>&gt; Procedência do encaminhamento;</li> <li>&gt; Acompanhamentos de outros profissionais;</li> <li>&gt; Medicamento de uso da criança</li> <li>&gt; Idade gestacional;</li> <li>&gt; Pré-natal;</li> <li>&gt; Amamentação;</li> <li>&gt; Acesso e manutenção do serviço;</li> <li>&gt; Aspectos socioeconômicos;</li> <li>&gt; Planejamento familiar;</li> <li>&gt; Benefícios/ documentação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Protocolo;</li> <li>&gt; Prontuários;</li> <li>&gt; Resumo de alta;</li> <li>&gt; Caderneta da criança;</li> <li>&gt; Exames complementares;</li> <li>&gt; Cartão da gestante;</li> <li>&gt; Constelação familiar;</li> <li>&gt; Planejamento familiar;</li> <li>&gt; CIF;</li> <li>&gt; AIDPI.</li> </ul>
Realizar avaliação terapêutica ocupacional do desempenho e perfil ocupacional (criança / cuidador)	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Ocupações: Atividades de Vida Diária (AVD), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), Descanso e Sono, Educação, Trabalho, Brincar, Lazer e Participação Social;</li> <li>&gt; Fatores do cliente / usuário / família: Valores, crenças e espiritualidade, funções do corpo, estruturas do corpo;</li> <li>&gt; Habilidades de desempenho: motoras, de processo e interação social;</li> <li>&gt; Padrões de desempenho: Hábitos, rotinas, rituais e papéis;</li> <li>&gt; Contextos e Ambientes: Cultural, pessoal, físico, social, temporal e virtual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Ficha de avaliação específica elaborada por profissional capacitado;</li> <li>&gt; Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo.</li> </ul>
Adotar Instrumento/escala/softwares de avaliação que englobe aspectos específicos da Terapia Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Validade (conteúdo, população);</li> <li>&gt; Consistência do material;</li> <li>&gt; Confiabilidade;</li> <li>&gt; Aplicabilidade prática (exequibilidade e viabilidade);</li> <li>&gt; Sensibilidade, especificidade e razão de verossimilhança.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; PEDI, AHEMD, TIMP;</li> <li>&gt; David Werner, Denver;</li> <li>&gt; Perfil Sensorial;</li> <li>&gt; Bayley;</li> <li>&gt; AIMS, GMFM, MFM;</li> <li>&gt; Observação clínica de Ayres;</li> <li>&gt; Método da Conduta Visual de lactentes;</li> <li>&gt; PRETCHL.</li> </ul>

Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Construir plano terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Achados provenientes da avaliação e/ou dos instrumentos utilizados;</li> <li>&gt; Experiência ou habilidade profissional quanto à aplicação de métodos, técnicas e recursos terapêuticos da terapia ocupacional;</li> <li>&gt; Expectativas, desejos e opinião da criança e familiares;</li> <li>&gt; Competência da família para seguimento no domicílio;</li> <li>&gt; Evidências científicas vigentes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Instrumento de avaliação terapêutica ocupacional;</li> <li>&gt; Instrumento/escala/software de avaliação que englobe aspectos específicos da terapia ocupacional;</li> <li>&gt; Prontuários;</li> <li>&gt; Educação permanente e continuada</li> <li>&gt; Bases de dados científicas, como Pubmed, Lilacs, SciELO, COCHRANE, Portal Saúde Baseada em Evidências;</li> <li>&gt; Cadernos e manuais fornecidos pelo Ministério da Saúde entre outros.</li> </ul>



Você sabia que é competência do TERAPEUTA OCUPACIONAL elaborar o diagnóstico Terapêutico Ocupacional, prescrever, ordenar todo processo terapêutico, fazer sua indução no paciente a nível individual ou de grupo e dar alta nos serviços de Terapia Ocupacional? (art.1 Res .COFFITO 81/1987).

#### 4.1.1.2 Eixo Intervenção

Esse eixo estabelece as bases de conhecimento teórico-prático relacionadas aos serviços especializados do terapeuta ocupacional. Estas são necessárias para compreensão e padronização de uma abordagem focada nas singularidades e ocupações da criança e dos seus familiares, assim como, nas suas relações interpessoais, considerando que os mesmos estão inseridos no contexto educacional, profissional, de lazer e de participação social (AOTA, 2015; ROCHA; SOUZA, 2011).

A AOTA (2015) afirma que o domínio e o processo da terapia ocupacional reconhece que o envolvimento ativo na ocupação promove, facilita, apoia e mantém a saúde e a participação em situações de vida desejadas. Esse enquadramento da prática da Terapia Ocupacional reafirma e sistematiza o objeto da profissão delineando deste modo, o processo de avaliação e intervenção. No que se refere à intervenção, o acolhimento

e escuta da família; o manejo a partir do plano terapêutico; a indicação e prescrição de recursos e serviços da tecnologia assistiva; e, orientação à família quanto aos direitos da criança, são ações esperadas do processo de trabalho do terapeuta ocupacional.

O acolhimento e a escuta qualificada da família, pode acontecer de forma individual ou em grupo, baseada na Política Nacional de Humanização nas práticas de saúde. O acolhimento favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso da criança e de sua família com a equipe multiprofissional. A escuta qualificada, por sua vez, significa, inicialmente, acolher toda queixa ou relato do usuário mesmo não estando diretamente relacionado com o diagnóstico e tratamento (BRASIL, 2010). Esses fatores são fundamentais para estabelecer uma relação terapêutica saudável favorecendo assim a intervenção. Outra ação esperada relacionada à intervenção é o manejo a partir do plano terapêutico

da criança com deficiência considerando o cotidiano, rotina, autonomia e/ou independência desse sujeito. Contudo, inicialmente, o terapeuta ocupacional deve estar familiarizado com as etapas do desenvolvimento infantil, funções e habilidades e assim correlacionar com as necessidades da criança no contexto saúde e disfunção.

Existe uma especificidade de manuseio do paciente o que faz com que os profissionais busquem se instrumentalizarem para ampliar conhecimento e melhor atenderem as demandas vindas dos seus pacientes. Portanto, é necessário compreender os princípios e em seguida treinar e aplicar os manuseios dentro de uma perspectiva de ganhos funcionais e independência.

A Terapia Ocupacional sempre pensa em estratégias que pode colaborar para que essas pessoas tenham mudanças em seu cotidiano através de uma rotina com atividades enriquecedoras. A atividade ou ocupação está presente na vida de qualquer pessoa e está ligada a diversas funções do seu cotidiano. É impossível pensar no ser humano sem o uso de atividades.

Para o profissional de terapia ocupacional todas as atividades humanas acontecem por uma necessidade individual de produzir, de realizar, de fazer. Toda atividade ou ação acontece por uma causa e todas têm uma explicação desde que se esteja atento a esses atos. As concepções que os terapeutas ocupacionais apresentam da ocupação e de atividades estão relacionadas com seus modelos teórico-práticos assumidos (MARTINELLI, 2011).

Para que possamos propor atividades é preciso que tenhamos analisado previamente essas atividades. Essa análise da atividade é definida como procedimento próprio e exclusivo do Terapeuta Ocupacional, de uma maneira geral, isto significa que o terapeuta ocupacional precisa conhecer as atividades, estudá-las, observar seus componen

tes, as técnicas, os movimentos, as habilidades e as capacidades envolvidas (LIMA, 2014).

Comumente, para favorecer a execução das atividades das pessoas com deficiência fazemos uso dos recursos e serviços da Tecnologia Assistiva que é definida com uma ciência ampla que está relacionada com o planejamento e concepção de produtos. Os terapeutas ocupacionais são habilitados para avaliar as potencialidades, dificuldades e necessidades do indivíduo em diferentes contextos e após a avaliação os mesmos poderão selecionar, indicar, prescrever, confeccionar e adquirir produtos, recursos e serviços de Tecnologia Assistiva. O treino e o acompanhamento também integram esse processo (HOHMANN; CASSAPIAN, 2011).

Inúmeros recursos e serviços da Tecnologia Assistiva são disponibilizados como procedimentos do Sistema Único de Saúde e repassados para os usuários através de órgãos concessionários municipais e estaduais. Entretanto, cabe ao Terapeuta Ocupacional, construir junto aos familiares e/ou cuidadores o empoderamento quanto aos direitos da criança e da pessoa com deficiência através de documentos legais como o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Convenção sobre Direitos da Pessoa com Deficiência e a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência.

Os familiares são corresponsáveis, mas não devem ser vistos como co-terapeutas e, sua ação deve constituir o objetivo principal de um programa de intervenção. Uma vez que a criança faz parte de uma unidade familiar, o profissional deverá programar o tratamento visando beneficiar tanto a criança quanto sua família (ROSA; ROSSIGALLI; SOARES, 2010).



**Quadro 2. Ações esperadas referentes ao eixo “Intervenção”**

**DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA**

**DOMÍNIO: ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA**

**COMPETÊNCIA: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA**

**EIXO: INTERVENÇÃO**

**VOCÊ SABIA?**

Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Realizar acolhimento e escuta da família, individual ou em grupo	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Instrumentos de avaliação conforme apresentado no Eixo Avaliação;</li> <li>&gt; Rede de suporte, renda, rotina doméstica, gestação desejada/planejada, rotina laborativa (quantidade de vínculos / turnos), benefícios;</li> <li>&gt; Fichas de acompanhamento e registro; Prontuários;</li> <li>&gt; Bases de dados científicas, como Pubmed,</li> <li>&gt; Lilacs, PEDro, Portal Saúde Baseada em Evidências (Ministério da Saúde), entre outras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Atendimento grupal e/ou individual;</li> <li>&gt; Visita domiciliar/Relatos individual, grupal, familiar;</li> <li>&gt; Vínculo e comunicação com a família/cuidador;</li> <li>&gt; Orientação à família e cuidadores;</li> <li>&gt; Encaminhamentos e articulação com/para outros profissionais;</li> <li>&gt; Prontuário.</li> </ul>
Realizar assistência terapêutica ocupacional integral, individual e/ou em grupo, a partir do plano terapêutico	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Achados provenientes do Eixo Avaliação: potencialidades, limitações e autonomia da criança;</li> <li>&gt; Informações provenientes da escuta terapêutica contínua do cuidador /família; Processo de avaliação continuada;</li> <li>&gt; Integralidade no cuidado;</li> <li>&gt; Interação entre os achados nas ocupações,</li> <li>&gt; fatores do cliente/usuário /família, habilidades e padrões de desempenho e contextos e ambientes que foram identificados no Eixo Avaliação;</li> <li>Disponibilidade de recursos materiais nos ambientes de intervenção (serviços de saúde e domicílio);</li> <li>Evidências científicas que fundamentem a frequência e a duração dos atendimentos</li> <li>&gt; para assistência terapêutica ocupacional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Na atenção básica (na USF ou no domicílio):</b></li> <li>1. Registro em prontuário (Resolução COFFITO nº. 415/2012);</li> <li>2. Monitoramento sistematizado;</li> <li>3. Intervenções pontuais;</li> <li>4. Atendimento individual e compartilhado;</li> <li>5. Grupo terapêutico;</li> <li>6. Atividades terapêuticas ;</li> <li>7. Análise das atividades;</li> <li>8. Treino de AVD (Competência exclusiva do Terapeuta Ocupacional, de acordo com Resolução COFFITO nº 316/2006);</li> <li>9. Manuseios;</li> <li>10. Tecnologia assistiva (órtese, cadeira de rodas);</li> <li>11. Grupo de orientação;</li> <li>12. Orientação individual;</li> <li>13. Equipamentos sociais.</li> <li>• <b>Na rede especializada:</b></li> <li>1. Prontuário;</li> <li>2. Tecnologia assistiva (órtese, cadeira de rodas);</li> <li>3. Atendimentos sistemáticos - Frequência mínima de 1x/sem;</li> <li>4. Duração mínima do atendimento de 30 minutos, seguindo os Parâmetros Assistenciais da Terapia Ocupacional;</li> <li>5. Grupo de orientação;</li> <li>6. Profissional capacitado;</li> <li>7. Grupo terapêutico;</li> <li>8. Orientação individual;</li> <li>9. Atividades terapêuticas;</li> <li>10. Manuseios;</li> <li>11. Análises das atividades;</li> <li>12. Orientações;</li> <li>13. Treino de AVD ;</li> <li>14. Otimização do tempo de espera para acesso ao tratamento (sala de espera).</li> </ul>

Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Indicar, prescrever e confeccionar recursos e serviços da tecnologia assistiva	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Capacidades físicas, sensoriais e cognitivas das crianças;</li> <li>&gt; Demanda advinda dos déficits estruturais e disfunções do corpo para o uso de recursos e serviços da tecnologia assistiva;</li> <li>&gt; Demanda para uso da tecnologia assistiva por conta das limitações de atividades e restrições à participação;</li> <li>&gt; Conhecimento da natureza do diagnóstico e do prognóstico da deficiência da criança;</li> <li>&gt; Rede de suporte da criança / familiar / cuidador;</li> <li>&gt; Avaliação socioeconômica para ver a indicação do material.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Conhecimento do profissional sobre recursos e serviços que possam ser utilizados pela criança;</li> <li>&gt; Conhecimento do profissional sobre serviços da tecnologia assistiva disponíveis na Rede de Atenção à Saúde - RAS, para prováveis encaminhamentos;</li> <li>&gt; Materiais disponíveis.</li> </ul>
Orientar família quanto aos direitos da criança	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Grau de instrução;</li> <li>&gt; Interesse;</li> <li>&gt; Contexto socioeconômico / psicossocial (risco social/ vulnerabilidade)/ socioambiental e familiar;</li> <li>&gt; Mobilização e controle social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Legislações;</li> <li>&gt; Manuais;</li> <li>&gt; Cartilhas;</li> <li>&gt; Políticas Públicas;</li> <li>&gt; Conhecimento dos locais de referências na rede intersetorial;</li> <li>&gt; Reunião da comunidade (Incentivar a discussão das políticas - informes, palestras, debates);</li> <li>&gt; Conselhos de saúde e Conferências de Saúde/ Conferências e Conselhos da Assistência/ Educação.</li> </ul>



**Você sabia que o TERAPEUTA OCUPACIONAL deve reavaliar sistematicamente o paciente para fins de reajuste ou alterações das condutas terapêuticas próprias empregadas, adequando-as à evolução da metodologia adotada? (art.2 Res. COFFITO 81/1987).**

#### 4.1.1.3 Eixo Acompanhamento

O acompanhamento da resposta da criança relacionada às intervenções terapêuticas ocupacionais está baseado na revisão da intervenção por meio da observação clínica contínua e da reavaliação periódica da mesma. Além desses aspectos faz-se necessário realizar a discussão dos casos

com a equipe multiprofissional que acompanha a criança e seus familiares, fazer o mapeamento das vulnerabilidades e competências dos familiares, identificar a rede de suporte para eles e planejar a alta (AOTA, 2015).

Na observação clínica e na reavaliação periódica é fundamental a contribuição da



família para que ela possa se apropriar das discussões, do estabelecimento das novas metas, do seguimento das mesmas e do planejamento da alta. Mittler (2013) complementa que a família e os profissionais devem trabalhar em conjunto durante a infância impactando positivamente no desenvolvimento da criança e no processo de sua aprendizagem.

Ferigato e Ballarin (2011) acreditam que esse processo terapêutico funcione como incentivador para os processos de mudança do desempenho ocupacional do sujeito desde sua chegada até o momento de sua alta.

A construção da alta e os respectivos critérios utilizados pela Terapia Ocupacional são imprescindíveis para a consolidação da nossa especificidade e aprimoramento de nossas práticas clínicas sem se desvincular dos princípios ético-filosóficos e técnicos, próprios dessa categoria nas distintas áreas da saúde (FERIGATO; BALLARIN, 2011).

Deve-se considerar que, para uma garantia de atenção integral à criança, é preciso a ampliação do olhar para além da Assistência com inter-relação da organização da Assistência com o Processo de Trabalho. Sendo assim, no Eixo Acompanhamento é necessário existir a discussão dos casos com outros profissionais, além da/do terapeuta ocupacional, que acompanham a criança e sua família. Como princípio a ser seguido orienta-se a leitura dos Eixos Trabalho Interprofissional (da Competência Organização do Processo de Trabalho) e Comunicação em Rede (da Competência Articulação em Rede), apresentados neste Caderno no Domínio Processo de Trabalho. Os resultados das atividades terapêuticas realizadas também precisam de reavalia

ção antes da liberação do usuário. Isto é fundamental quando se pensa nos esclarecimentos e encaminhamentos imprescindíveis à garantia de continuidade do cuidado pela equipe de saúde que vai receber o usuário após a alta. Nesse sentido, na prática assistencial, a alta terapêutica consiste numa decisão consensual interprofissional, a fim de que cada categoria possa, em tempo, realizar procedimentos e preparar a contrarreferência para outro ponto de atenção da RAS ou até mesmo para o domicílio (SUZUKI, CARMONA e LIMA, 2011). Mais uma vez, ressalta-se aqui a importância do Domínio Processo de Trabalho no embasamento dessa discussão.

O momento de alta do acompanhante da/do terapeuta ocupacional deve ser planejado com cautela junto à família e ser baseado em aspectos como alcance de objetivos a curto e médio prazo (de acordo com o plano terapêutico), estabelecimento de critérios específicos junto aos serviços especializados e principalmente na possibilidade de estabelecimento de encaminhamento para outros serviços/ou profissionais, bem como, o estabelecimento de rede de apoio à família e suporte social. Nesse sentido, vale ressaltar a importância do conhecimento por parte da/do profissional quanto às potencialidades da família e quanto à rede de apoio de assistência disponível.



**Quadro 3. Ações esperadas referentes ao eixo “Acompanhamento”**

**DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA**

**DOMÍNIO: ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA**

**COMPETÊNCIA: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA**

**EIXO: ACOMPANHAMENTO**

**VOCÊ SABIA?**

Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
<p>Observar evolução clínica e realizar reavaliação periódica da criança</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Aspectos comportamentais da criança (irritabilidade, estado de alerta, interação, motivação, qualidade do sono, tolerância ao manuseio e interação com terapeuta e ambiente);</li> <li>&gt; Aquisições do DNPM;</li> <li>&gt; Capacidade/desempenho funcional a partir da análise do controle postural e do movimento (mobilidade, estabilidade, mobilidade sobre estabilidade);</li> <li>&gt; Dificuldades, limitações e restrições à participação nas atividades registradas no Eixo Avaliação;</li> <li>&gt; Interferência da tecnologia assistiva nos objetivos terapêuticos diretos, principalmente a nível de aquisição de habilidades funcionais; como também nos desenvolvimentos sensorial, motor, cognitivo, perceptivo, emocional e social;</li> <li>&gt; Possibilidades de participação da família.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Percepção dos pais e/ou cuidadores;</li> <li>&gt; Instrumentos de avaliação de acordo com o Eixo Avaliação;</li> <li>&gt; Planos terapêuticos de acordo com o Eixo Intervenção;</li> <li>&gt; Exames Complementares (Laudos e Relatórios);</li> <li>&gt; Prontuário;</li> <li>&gt; Agenda protegida: horário reservado na agenda para realização de reavaliações, a cada 30 dias.</li> </ul>
<p>Discutir os casos com os outros profissionais que acompanham a criança e sua família, de acordo com os Eixos Trabalho Interprofissional e Comunicação em Rede</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Resposta da criança ao tratamento de acordo com a ação “Observar evolução clínica e realizar reavaliação periódica da criança” do Eixo Acompanhamento;</li> <li>&gt; Existência de plano terapêutico de acordo com o Eixo Intervenção;</li> <li>&gt; Potencial da família no cuidado;</li> <li>&gt; Existência de rede de apoio à família;</li> <li>&gt; Critérios segundo a ação “planejar a alta terapêutica ocupacional” do Eixo Acompanhamento;</li> <li>&gt; Encaminhamento para outros profissionais/serviços.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Planos terapêuticos;</li> <li>&gt; Instrumentos de anamnese e avaliação de acordo com o Eixo Avaliação;</li> <li>&gt; Exames Complementares (Laudos e Relatórios);</li> <li>&gt; Instrumento de registro da discussão do caso, inclusive no prontuário;</li> <li>&gt; Agenda protegida para reuniões multiprofissionais e reuniões inter-setoriais, quando necessário.</li> </ul>



Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Mapear fragilidades e potencialidades da família e sua rede de apoio	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Aspectos clínicos, socioeconômicos, culturais da criança;</li> <li>&gt; Interação criança ambiente/terapeut/familiares;</li> <li>&gt; Potencial da família no cuidado/contexto familiar;</li> <li>&gt; Percepção do cuidador em relação à evolução da criança;</li> <li>&gt; Existência de rede de apoio à família/RAS/rede de suporte social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Visita Domiciliar (Atenção Básica);</li> <li>&gt; Comunicação com a família da criança;</li> <li>&gt; Fluxograma dos encaminhamentos e as características dos serviços disponíveis da rede;</li> <li>&gt; Comunicação entre serviços da RAS;</li> <li>&gt; Ficha de referência e contrarreferência;</li> <li>&gt; Ecomapa e Genograma.</li> </ul>
Planejar a alta terapêutica ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Assiduidade da criança;</li> <li>&gt; Alcance de objetivos/metasp do plano terapêutico, segundo eixo trabalho uniprofissional;</li> <li>&gt; Critérios institucionais para “alta”;</li> <li>&gt; Encaminhamento a outros profissionais/serviços;</li> <li>&gt; Existência de rede de apoio à família/RAS/rede de suporte social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Ata de frequência e registro em prontuário;</li> <li>&gt; Instrumentos de avaliação de acordo com o Eixo Avaliação;</li> <li>&gt; Metasp do Plano terapêutico de acordo com o Eixo Intervenção;</li> <li>&gt; Comunicação entre serviços da RAS de acordo com Eixo Comunicação em Rede;</li> <li>&gt; Comunicação com a família da criança;</li> <li>&gt; Instrumentos de referência e contrarreferência.</li> </ul>
Estabelecer estratégias de cuidado e manutenção do vínculo pós-alta	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Existência de comunicação entre os profissionais que acompanham as crianças e suas famílias em diferentes pontos de atenção à saúde e em diferentes setores, segundo eixos comunicação em rede e articulação com outros setores, respectivamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Comunicação entre serviços de acordo com eixos comunicação em rede e articulação com outros setores</li> </ul>



Você sabia que o TERAPEUTA OCUPACIONAL é profissional competente para buscar todas as informações que julgar necessárias no acompanhamento evolutivo do tratamento do paciente sob sua responsabilidade, recorrendo a outros profissionais da Equipe de Saúde, através de solicitação de laudos técnicos especializados acompanhados dos resultados dos exames complementares, a eles inerentes? (art.3 Res. COFFITO 81/1987).

#### 4.1.1.4 Eixo Contexto Domiciliar

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define Assistência Domiciliar como:

“a provisão de serviços de saúde por prestadores formais e informais com o objetivo de promover, restaurar e

manter o conforto, função e saúde das pessoas num nível máximo, incluindo cuidados para uma morte digna.”

A partir de seu diagnóstico clínico e do contexto sociocultural em que está inserido, a

finalidade da intervenção na assistência domiciliar pode ser desenvolvida em cinco âmbitos, de acordo com Cavalcanti et al. (2007):

- **Preventivo:** para vigilância de quadros clínicos situacionais ou de agravamento de quadros crônicos;
- **Curativo:** com objetivo de resolver o quadro atual do doente, buscando-se seu completo restabelecimento;
- **Paliativo:** não havendo possibilidade de cura ou reabilitação, abrange medidas que visam proporcionar conforto (físico, psíquico, social e espiritual);
- **Reabilitador:** para restauração de padrões motores, cognitivos, emocionais e funcionais; e
- **Educativo:** tem como foco a mudança de rotinas e hábitos, através de mecanismos de orientação e aprendizagem.

A assistência no domicílio prestada pelo profissional de saúde deve conceber a família em seu espaço social, abordando de modo integral e individualizado o paciente em seu contexto sócio, econômico e cultural (BRASIL, 2003).

O terapeuta ocupacional, por sua vez, pode se aproximar do cotidiano da pessoa e ampliar possibilidades de compreendê-la no domicílio, no ambiente físico, na rotina e nas relações familiares. É possível também conhecer o contexto social, fazer contato com equipamentos sociais, que podem ser articulados para possibilitar caminhos para inserção e ampliação da rede social e de suporte (FERREIRA; OLIVER, 2010)

Sendo assim, o foco do terapeuta ocupacional com crianças diagnosticadas com a SCZV, além de aspectos gerais já mencionados, deverá estar no brincar, pois esta é a principal atividade significativa para a criança, além de promover seu desenvolvimento global. A família é o principal interlocutor entre terapeuta e criança, além de receberem as orientações sobre os cuidados diários e

intervenção precoce.

segundo Ferreira; Oliver (2010), ao mesmo tempo, é preciso também acolher o familiar em seu sofrimento, oferecendo-lhe espaço de escuta e apoio; são muitas mudanças, novas situações e informações, havendo por vezes, a necessidade de reorganização e adaptação de toda a família – com isso, é imprescindível que a assistência ao familiar seja integral, em suas dimensões física, psíquica, ocupacional, relacional, social e espiritual.

Sabe-se que o envolvimento da família no processo de estimulação é de fundamental importância para a continuidade do tratamento em casa de forma sistematizada, visando melhor desempenho ocupacional da criança, resultando assim em uma melhor qualidade de vida (PAIM et al., 2009, p. 60).

De acordo com Rocha et al (2010), a partir do acompanhamento do terapeuta ocupacional no domicílio, é possível perceber os seguintes resultados: enriquecimento do cotidiano, maximização da independência por meio de recursos de tecnologia assistiva, aumento da circulação social, resgate de atividades significativas, melhoria de funções cognitivas, melhora do estado emocional geral. As autoras explicitam o quanto as intervenções possibilitam melhora da qualidade de vida, com ampliação da independência para atividades de vida diária e diminuição das situações de apatia; além disso, afirmam que com a melhora emocional e a presença de estímulos e atividades em seu cotidiano, ocorrem influências positivas em seu estado clínico, com aumento da capacidade funcional e de seu desempenho ocupacional, evitando-se internações recorrentes.

Conforme pode ser observado no quadro 4, a intervenção terapêutica ocupacional no contexto domiciliar deve ter coerência com as ações desenvolvidas nos outros eixos aqui apresentados: avaliação, intervenção e acompanhamento, pois só assim haverá a continuidade da assistência prestada. Para que o



sucesso esteja garantido, a/o terapeuta ocupacional deve repensar o seu processo de trabalho, valorizando os eixos “trabalho uniprofissional”, “trabalho interprofissional”, “conhecimento da rede” e “comunicação da rede”.

Por exemplo, no “trabalho uniprofissional”, toda(o)s a(o)s terapeutas ocupacionais que prestam a assistência à criança devem ser identificados, independente dos níveis de complexidade que atuem ou dos locais e servi

ços de atuação. A(O)s terapeutas ocupacionais que atuam na atenção básica podem e devem assumir essa responsabilidade sobre o contexto domiciliar. Todas as fragilidades que possam existir na integração desses eixos, e mais especificamente, em relação à RAS serão amenizadas a partir do momento que a família, cuidadores e comunidade sejam escutados e inseridos na assistência, a partir da facilitação e valorização proporcionada pela(o) terapeuta ocupacional.

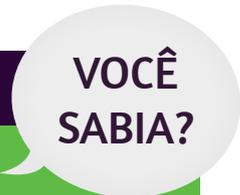
#### Quadro 4. Ações esperadas referentes ao eixo “Contexto Domiciliar”

**DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA**

**DOMÍNIO: ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA**

**COMPETÊNCIA: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA**

**EIXO: CONTEXTO DOMICILIAR**



Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Avaliar ambientes cultural, pessoal, físico, social, temporal e virtual	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Mobiliário, equipamentos, utensílios;</li> <li>&gt; Acessibilidade;</li> <li>&gt; (Demandas de adaptação, utilização como recurso, situações de risco);</li> <li>&gt; Identificação/ caracterização do cuidador;</li> <li>&gt; Desempenho e Perfil Ocupacional(*) (criança/ cuidador) conforme descrito no Eixo Avaliação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Ver ações do Eixo Avaliação Específica;</li> <li>&gt; Instrumentos de avaliação de desempenho e perfil ocupacional / ambiente conforme Eixo Avaliação Específica;</li> <li>&gt; Imagem e/ou filmagem do ambiente e/ou rotina da criança;</li> <li>&gt; Diário de rotina;</li> <li>&gt; Visita domiciliar;</li> <li>&gt; Ecomapa / Genograma.</li> </ul>
Orientar família / cuidador quanto à estimulação e o processo de interação da criança	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Condição clínica da criança;</li> <li>&gt; Dúvidas da família/cuidador quanto à interação/estimulação;</li> <li>&gt; Possibilidade de participação da família/cuidador (níveis econômico, sociocultural, condição de saúde).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Ver ações do Eixo Intervenção e do Eixo Acompanhamento;</li> <li>&gt; Escuta qualificada das demandas trazidas pela família / cuidador;</li> <li>&gt; Diário de rotina;</li> <li>&gt; Orientações quanto ao manuseio/ posicionamento (atividades do cotidiano);</li> <li>&gt; Adaptações, mobiliário, equipamentos e utensílios;</li> <li>&gt; Plano terapêutico ocupacional;</li> <li>&gt; Rede de suporte (desempenho ocupacional do cuidador);</li> <li>&gt; Rede de serviços de saúde e intersetorial.</li> </ul>

Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Realizar ações terapêuticas ocupacionais com a criança	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Condição clínica da criança;</li> <li>&gt; Resultado da avaliação do desempenho e perfil ocupacional conforme</li> <li>&gt; Eixo Avaliação Específica;</li> <li>&gt; Necessidade de encaminhamentos;</li> <li>&gt; Periodicidade de reavaliação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Ver ações do Eixo Intervenção e do Eixo Acompanhamento;</li> <li>&gt; Manuseio/posicionamento (atividades do cotidiano);</li> <li>&gt; Adaptações de rotina, mobiliário, equipamentos e utensílios;</li> <li>&gt; Plano terapêutico ocupacional;</li> <li>&gt; Confeção de recursos da TA (órteses, por exemplo).</li> </ul>
Verificar os resultados das ações terapêuticas ocupacionais realizadas no domicílio	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Aquisições/progressões do desempenho e perfil ocupacional da criança.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Ver ações do Eixo Intervenção e do Eixo Acompanhamento;</li> <li>&gt; Percepção da família quanto ao desempenho e perfil ocupacional da criança</li> </ul>
Realizar ações multiprofissionais assistenciais e educativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Reconhecimento do contexto domiciliar: estrutura, acessibilidade, condição socioeconômica, cultural e de saúde da criança, da família e/ou cuidador;</li> <li>&gt; Reconhecimento da rotina e das necessidades da criança para continuidade do tratamento no domicílio;</li> <li>&gt; Vínculo entre terapeuta, família e criança;</li> <li>&gt; Reconhecimento das relações estabelecidas na família;</li> <li>&gt; Retorno (feedback) da família/cuidador e dúvidas nos âmbitos do cuidar e dos direitos;</li> <li>&gt; Necessidade de encaminhamentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Prontuário;</li> <li>Equipe multiprofissional;</li> <li>&gt; Consulta compartilhada;</li> <li>Comunicação e vínculo entre profissional e família;</li> <li>Orientações sobre os métodos de manuseio para encorajar o desenvolvimento da criança;</li> <li>Materiais, equipamentos e mobiliário disponíveis no domicílio;</li> <li>Legislações, manuais, cartilhas, políticas públicas.</li> </ul>
Verificar os resultados das ações multiprofissionais realizadas no domicílio	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Aquisições/progressões funcionais da criança</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Prontuário;</li> <li>&gt; Ver ações do Eixo Intervenção e do Eixo Acompanhamento;</li> <li>&gt; Percepção da família quanto à evolução funcional da criança;</li> <li>&gt; CIF (de acordo com os Eixos Avaliação e Acompanhamento).</li> </ul>



Você sabia que é obrigatório o registro em prontuário das atividades assistenciais prestadas pelo terapeuta ocupacional aos seus clientes/pacientes/ usuários? (art.1 Res. COFFITO 415/2012).



#### 4.1.1.5 Eixo Contexto Educacional

Junto com o nascimento da criança com deficiência (SCZV) vem a insegurança, impasses familiares, sentimentos de culpa, negação que os pais carregam ao enfrentar o problema. E essa insegurança toma dimensões maiores quando chega o momento da idade escolar. É um assunto delicado tanto para os pais, quanto para a instituição que recebe uma criança com deficiência. O desconhecimento das características dos quadros de doença, a angústia gerada pelo contato com a deficiência, as imprecisões da etiologia destas doenças ou deficiência ou a inconstância de um mesmo padrão comportamental nestes alunos mobiliza sentimentos que vão do temor ao apego maternal, da raiva gerada pela impotência à negação das possibilidades da intervenção pedagógica (DOCUMENTO SUBSIDIÁRIO À POLÍTICA DE INCLUSÃO, 2005, p 32).

Profissionais de terapia ocupacional reconhecem que a saúde é apoiada e mantida quando os clientes são capazes de envolver-se em casa, na escola, no local de trabalho e na vida comunitária. Assim, os profissionais estão preocupados não só com as ocupações, mas também com a variedade de fatores que fortalecem e tornam possível o envolvimento e a participação dos indivíduos em ocupações positivas que promovam saúde (WILCOCK & TOWNSEND, 2014).

Partindo deste princípio, considera-se que o acesso à escola, o aprendizado e a participação na vida escolar é um fator relevante para o desenvolvimento neuropsicomotor e social adequado de crianças, principalmente àquelas com alguma limitação e/ou deficiência. No âmbito escolar, é comum que indivíduos com deficiência apresente dificuldades de aprendizagem, demandando a necessidade de acompanhamento por profissionais que possam criar ambientes de aprendizagens diferenciados, proporcionando a esse aluno compreender suas dificuldades superan suas

limitações.

Há potencialidades e capacidades nas pessoas com deficiência, mas entende-se que, para estas poderem desenvolvê-las, devem lhes ser oferecidas condições materiais e instrumentais adequadas. Com isso, deve-se oferecer a tais pessoas uma educação que lhes oportunize a apropriação da cultura histórica e socialmente construída, para melhores possibilidades de desenvolvimento.

Aprendizagem é a maneira pela qual os valores, comportamentos e conhecimentos são alcançados ou alterados, como produto de formação e experiências. Esta relação pode ser examinada de diferentes maneiras, levando-se em consideração diferentes teorias de aprendizagem (VELÁSQUEZ, 2001): segundo Vygotsky (1991, p.55) “o aprendizado é mais do que a aquisição de capacidade para pensar; é a aquisição de muitas capacidades especializadas para pensar sobre várias coisas”.

As escolas têm pouco conhecimento da atual política inclusiva e mantém práticas que não colaboram para o desenvolvimento das crianças e não há política de articulação entre os profissionais da escola que seja voltada para a pedagogia inclusiva o que se reflete como a exclusão dessas crianças de algumas atividades (DANTAS, 2012).

A Terapia Ocupacional contribui na instituição escolar quando avalia, articula e planeja um ambiente adequado e que possua uma maior acessibilidade, contribuindo com a interação e socialização dos alunos.

É consenso que a pessoa com necessidades educacionais atípicas se beneficia das interações sociais e da cultura na qual está inserida, sendo que essas interações, quando desenvolvidas de maneira adequada, serão propulsoras de mediações e conflitos necessários ao desenvolvimento pleno do indivíduo e à construção dos processos mentais superiores (Vygotsky, 1991). Para este autor, a transformação dos processos mentais elementares em funções

superiores ocorre por meio das atividades mediadas e por meio das ferramentas psicológicas, o que implica que a formação da subjetividade individual decorre do relacionamento com os outros.

Desta forma, a inclusão escolar pressupõe mudanças físicas relacionadas a posturas frente às concepções que coabitam na escola, sendo que um dos embates de maior significância é o que se refere à formação de professores em níveis teóricos, práticos e pessoais, que, na maioria das vezes, se mostra bastante insólita para edificar práticas que realmente estimulem a autonomia, a criatividade e a ampliação das competências do aluno com deficiência múltipla.

É necessária uma adequação curricular dos professores e uma comunicação intersetorial ampliada e constante para o compartilhamento do conhecimento a cerca de todos os aspectos que envolvem o aprendizado e o desenvolvimento global das crianças com alguma limi

tação e/ou deficiência. E que venha a ser utilizado não só para um determinado aluno, entende-se que todas as crianças podem se beneficiar com a aplicação dessa prática educativa. A adequação curricular e comunicação intersetorial têm de ser aplicadas não só aos professores, mas também a toda a equipe interdisciplinar. Uma equipe interdisciplinar poderá ser constituída por profissionais da educação especial, pedagogo, psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, bem como profissionais que atuam como conselheiros tutelares, agentes comunitários de saúde, e outros conforme o contexto de cada comunidade.

**Quadro 5. Ações esperadas referentes ao eixo “Contexto Educacional”**

<b>DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA</b>
<b>DOMÍNIO: ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA</b>
<b>COMPETÊNCIA: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA</b>
<b>EIXO: CONTEXTO EDUCACIONAL</b>



Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
<p>Avaliar demandas da creche-escola / dos profissionais</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Mobiliário, equipamentos e utensílios;</li> <li>&gt; Acessibilidade (Demandas de adaptação, utilização como recurso, situações de risco);</li> <li>&gt; Identificação e caracterização dos profissionais;</li> <li>&gt; Conhecimento dos profissionais quanto à inserção da criança com deficiência nos ambientes da creche-escola;</li> <li>Demandas quanto ao cuidado e relações</li> <li>&gt; com esse aluno nos ambientes da creche-escola.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Ver ações do Eixo Avaliação Específica;</li> <li>&gt; Instrumentos de avaliação dos ambientes (cultural, pessoal, físico, social, temporal e virtual);</li> <li>&gt; Diário de rotina escolar;</li> <li>&gt; Projeto Político-Pedagógico.</li> </ul>



Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Realizar ações educativas com os profissionais, familiares e/ou cuidadores (creche-escola) locais para práticas esportivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Resultado da avaliação dos ambientes da creche-escola;</li> <li>&gt; Resultado da avaliação do desempenho e perfil ocupacional da criança/família-ares/cuidador</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Ver ações do Eixo Intervenção e Eixo Acompanhamento;</li> <li>&gt; Orientações;</li> <li>&gt; Legislações, manuais, cartilhas, políticas públicas;</li> <li>&gt; Atividades educativas quanto ao cuidado com esse aluno no ambiente da creche-escola.</li> </ul>
Facilitar o desempenho ocupacional do aluno com deficiência na creche-escola	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Resultado da avaliação de desempenho e perfil ocupacional / ambiente na creche-escola</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Ver ações do Eixo Avaliação, Eixo Intervenção e Eixo Acompanhamento;</li> <li>&gt; Orientações;</li> <li>&gt; Manuseio/ posicionamento (atividades do cotidiano);</li> <li>&gt; Adaptações de rotina, mobiliário, equipamentos e utensílios;</li> <li>&gt; Plano terapêutico ocupacional</li> <li>&gt; Confeção de recursos da TA (órgeses, por exemplo).</li> </ul>
Potencializar as ações e os espaços existentes na creche-escola	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Identificação e caracterização das ações e espaços existentes (físicos/discussão);</li> <li>&gt; Projeto Político-Pedagógico;</li> <li>&gt; Identificação da possibilidade de ações intersetoriais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Reuniões intersetoriais;</li> <li>&gt; Orientações;</li> <li>&gt; Conhecimento e articulação da rede.</li> </ul>



Você sabia que o prontuário terapêutico ocupacional deve ser minimamente composto de: Identificação do cliente/ paciente/ usuário; História clínica; Exame Clínico/ Educacional/ Social; Exames complementares; Diagnóstico e Prognóstico terapêutico ocupacional; Plano terapêutico ocupacional; Evolução da condição de saúde, qualidade de vida e participação social do cliente/ paciente/ usuário; e Identificação do profissional que prestou a assistência com a assinatura do terapeuta ocupacional que prestou a assistência terapêutica ocupacional, seu carimbo identificando seu nome completo e o seu número de registro no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional? (art.1 Res. COFFITO 415/2012).

### 4.2.1.2 Eixo Trabalho Uniprofissional

Segundo o Conselho Nacional de Educação (BRASIL, CNE/CES, 2002), a formação do terapeuta ocupacional deve ser pautada na aquisição e desenvolvimento de competências e habilidades baseadas no (re) conhecimento de que os fatores sociais, econômicos, culturais e políticos se interrelacionam à problemática, entendida como conjunto articulado e

tica dos indivíduos e os contextos nos quais estão inseridos, com impacto na emancipação e autonomia exercida pela população, sendo este o objetivo de intervenção terapêutica ocupacional.

A resolução do CNE (2002, p. 2) traz ainda que compete, entre outros, a este profissional:

- III - reconhecer a saúde como direito e atuar de forma a garantir a integralidade da assis-

contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; IV - compreender as relações saúde-sociedade como também as relações de exclusão-inclusão social, bem como participar da formulação e implementação das políticas sociais, sejam estas setoriais (políticas de saúde, infância e adolescência, educação, trabalho, promoção social, etc) ou intersetoriais.

Portanto, pode-se afirmar que a atuação terapêutica ocupacional abarca perspectivas sócio-político-culturais em contextos tempo-ambientais.

Nesse sentido, a Síndrome Congênita do Zika Vírus, por gerar uma má formação no sistema nervoso central que poderá incorrer em problemas no crescimento e desenvolvimento do bebê, demanda a intervenção terapêutica ocupacional. Diante disto, o terapeuta ocupacional deve iniciar a sua intervenção de forma precoce, acompanhando e estimulando as etapas do desenvolvimento, visando desenvolver as habilidades necessárias para que a criança atinja o mais alto nível de desempenho funcional em seus ambientes doméstico, escolar e social, apesar das suas incapacidades. Para isso, o profissional buscará identificar as habilidades funcionais da criança, bem como compreender as suas capacidades e limitações sensorio-motoras, perceptuais, cognitivas, psicossociais, levando em consideração seus contextos e necessidades da família (AOTA, 2008;

HALLAL, MARQUES, BRACCIALLI, 2008).

Durante a intervenção, o terapeuta ocupacional irá guiar a criança no aprendizado, na adaptação e no treino das atividades diárias inerentes a criança, como o brincar e o autocuidado, a fim de alcançar os seus níveis máximos de função. Para isso pode ser necessário identificar métodos adaptativos para a criança poder realizar tarefas, graduando as atividades de acordo com a capacidade da criança. Até mesmo crianças com casos graves podem se beneficiar da terapia ocupacional, principalmente através do uso de equipamentos de tecnologias assistivas e adaptações especializadas. Nessa circunstância, um terapeuta ocupacional irá desenvolver, modificar e ensinar as crianças a usar equipamentos especializados (AOTA, 2008; SOUZA, MARINO, 2013).

Desde o momento em que uma criança é diagnosticada, os pais se preocupam com a qualidade de vida dos seus filhos. A terapia ocupacional pode ajudar a aliviar alguns desses medos sendo facilitador do vínculo familiar, superando as limitações de interação da criança. Além disso, o profissional irá desenvolver junto com a família estratégias para favorecer o cuidado e a estimulação das habilidades da criança, resultando numa melhor qualidade de vida para ambos (AOTA, 2008; SOUZA, MARINO, 2013).

#### Quadro 6. Ações esperadas referentes ao eixo “Trabalho uniprofissional”

<b>DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA</b>		
<b>DOMÍNIO: ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA</b>		
<b>COMPETÊNCIA: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA</b>		
<b>EIXO: TRABALHO UNIPROFISSIONAL</b>		
<b>Ações esperadas</b>	<b>Aspectos a serem observados</b>	<b>Recursos a serem utilizados</b>
Construir plano terapêutico	> Aspectos descritos na ação “Construir plano terapêutico” do Eixo Avaliação.	> Recursos descritos na ação “Construir plano terapêutico” do Eixo Avaliação.

**VOCÊ SABIA?**



Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Conhecer e atuar segundo atos normativos de atuação profissional, incluindo os que definem os papéis de outros profissionais da equipe interprofissional	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Legislações vigentes junto ao Governo Federal e ao Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional - COFFITO;</li> <li>&gt; Existência de atos normativos e diretrizes para atuação terapêutica ocupacional.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Atos normativos e diretrizes para atuação da Terapia Ocupacional.</li> </ul>
Atuar em articulação com os outros serviços que compõem a RAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Plano terapêutico;</li> <li>&gt; Serviços que compõem a RAS;</li> <li>&gt; Existência de protocolos clínicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Fichas de acompanhamento e registro; Matrizes de intervenção;</li> <li>&gt; Protocolos clínicos;</li> <li>&gt; Instrumentos de referência e contrarreferência;</li> <li>&gt; Agenda protegida: horário reservado na agenda para discussão de casos clínicos e processo de trabalho.</li> </ul>
Identificar e participar de atividades de educação permanente e continuada	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Demandas identificadas para desenvolvimento de atividades de educação permanente/continuada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Agenda protegida: horário reservado na agenda para planejamento e desenvolvimento de atividades de educação permanente/continuada.</li> </ul>
Unificar termos / siglas utilizados nos registros a fim de facilitar a comunicação em rede	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Existência de termos/siglas padronizados nos instrumentos de registro, referência e contrarreferência.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Termos técnicos universais;</li> <li>&gt; CIF.</li> </ul>



Você sabia que o terapeuta ocupacional é obrigado a manter sigilo de todas as informações contidas no prontuário do cliente/ paciente/ usuário? (art.2 Res. COFFITO 415/2012).

### 4.2.1.2 Eixo Trabalho Interprofissional

As diferentes categorias profissionais em saúde possuem como atribuição comum o cuidado ao indivíduo em toda sua complexidade e multidimensionalidade (SCHERER, PIRES e JEAN, 2013). Tal objeto de trabalho requer uma abordagem em equipe interprofissional e com enfoque interdisciplinar, a fim de buscar a garantia da integralidade e da resolutividade do cuidado em saúde. Particularmente ao terapeuta ocupacional, no artigo 5º da resolução nº 6/2002 do Conselho Nacional de

Educação, que trata das Diretrizes Curriculares Nacionais da Graduação em Terapia Ocupacional, já é prevista para sua formação a adoção de competências e habilidades específicas, dentre elas a “atuação inter, multi e transdisciplinar e transcultural pautada pelo profissionalismo, ética e equidade de papéis” (BRASIL. CNES/CES, 2002). Na reformulação das práticas em saúde, a finalidade do processo de trabalho é promover o cuidado a partir de um conjunto de ações e serviços articulados em rede, tendo como base a atuação

em equipe interprofissional e interdisciplinar na construção de projetos terapêuticos, nos quais profissionais de diferentes categorias atuam juntos, contribuindo de acordo com o seu conhecimento específico em busca da definição de prioridades e ações individuais e coletivas (SOUZA et al., 2013).

O trabalho em equipe a partir de uma atuação interdisciplinar valoriza a diferença de saberes como possibilidade de ampliação e potencialização da resolutividade da atenção aos problemas de saúde enfrentados por uma dada população, visto que pressupõe o intercâmbio significativo de conceitos, teorias, métodos e práticas, promovendo a integração e a articulação dos profissionais envolvidos no processo de cuidar (BACKES et al., 2014). Nesse contexto, a interdisciplinaridade permite a comunicação entre as categorias profissionais, ultrapassando as fronteiras territoriais demarcadas pelos excessos disciplinares, distinguindo as competências específicas e comuns dessas categorias, ampliando o objeto de trabalho sem indefinição de seus respectivos papéis, concretizando a íntima relação entre conhecimento e ação, servindo como instrumento complexo de entendimento e enfrentamento de dificuldades do cotidiano, a partir de finalidades compartilhadas por coletivos de trabalho (SCHERER, PIRES e JEAN, 2013; BACKES et al., 2014).

A partir do entendimento de que o processo saúde-doença é gerado socialmente, no conjunto das relações existentes estabelecidas entre as pessoas, o meio ambiente e o estilo de vida e no uso que se faz dos recursos disponíveis, o trabalho em saúde torna-se sustentável na medida em que se compreende a dinâmica do contexto da clínica e os atravessamentos que agem no estado de saúde das pessoas. Nesse sentido, faz-se necessário um trabalho transdisciplinar: os profissionais precisam agir mediante suas competências, porém sob o entendimento do sujeito e seu repertório expressivo diante do contexto sociocultural, considerando a realidade da vida, do território e da clínica. Nesse processo, as demandas que surgem da reflexão diante do sujeito, da clínica, das práticas e dos saberes na saúde podem gerar aspectos que até então fogem da racionalidade científica, extrapolando aquilo que é de conhecimento específico profissional, mas transversalizam o trabalho, a partir do momento em que o diálogo é estabelecido entre os profissionais, promovendo uma discussão crítica ante as demandas reais e possibilitando a geração de novas práticas e novos saberes, num processo contínuo de criação em busca da resolutividade dos problemas apresentados (TEIXEIRA, BARBOSA e SILVA, 2014).

**Quadro 7. Ações esperadas referentes ao eixo “Trabalho Interprofissional”**

<b>DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA</b>	<b>VOCÊ SABIA?</b>
<b>DOMÍNIO: ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA</b>	
<b>COMPETÊNCIA: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA</b>	
<b>EIXO: ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO</b>	

Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Atuar de maneira multi/inter/transdisciplinar para contribuir com a integralidade da atenção	>Existência de ações de matriciamento: interconsultas, atividades de educação permanente/discussões temáticas; >Atribuições de cada categoria profissional envolvida no cuidado.	> Ferramentas de análise e planejamento de intervenções; > Plano terapêutico; > Agenda protegida; > Ferramentas tecnológicas do Apoio Matricial; > Apoio do Telessaúde.



Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Unificar termos/siglas utilizados nos registros a fim de facilitar a comunicação em equipe e em rede	> Utilização de termos/siglas padronizados nos instrumentos de registro, referência e contrarreferência.	> Termos técnicos universais; > CIF; > Atos normativos e diretrizes para atuação da Terapia Ocupacional.



Você sabia que o período de guarda do prontuário do cliente/ paciente/ usuário deve ser de, no mínimo, cinco anos a contar do último registro? Decorrido este prazo de guarda legal e não havendo interesse do terapeuta ocupacional e/ ou da instituição onde a assistência terapêutica ocupacional foi prestada da guarda em maior tempo, é responsabilidade do terapeuta ocupacional e/ou da instituição onde a assistência terapêutica ocupacional foi prestada a destruição deste documento, em forma que garanta o sigilo das informações ali contidas? (art.2 Res. COFFITO 415/2012).

Mediante conscientização da importância do trabalho interprofissional, esse Grupo de Trabalho fomentou oficinas para discussão dessa temática na perspectiva da Atenção integral à saúde da criança, com profissionais de diversas categorias, com experiência clínica e de gestão. Assim, no III Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde (2017), organizado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) foi construído o Modelo Lógico Multiprofissional, entendendo que este instrumento é um facilitador organizacional a ser utilizado na rotina do exercício profissional (vide ao lado).

# Modelo Lógico Multiprofissional

ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

## DOMÍNIO

Assistência à saúde da criança

## COMPETÊNCIA

Organização da assistência

### EIXO

Avaliação

Intervenção e Acompanhamento

Contexto Domiciliar

Contexto Educacional e Desportos

Contexto Social e Comunitário

Trabalho em rede

Articulação em rede intra e intersectorial, governamental e não governamental

Instalação Física

Materiais, equipamentos, insumos e transporte

Recursos Humanos

### SUB-EIXO

Avaliação

Intervenção e Acompanhamento

Contexto Domiciliar

Contexto Educacional e Desportos

Contexto Social e Comunitário

Trabalho uniprofissional (olhar de núcleo)

Trabalho interprofissional

Conhecimento da rede

Comunicação em rede

Instalação Física

Materiais, equipamentos, insumos e transporte

Recursos Humanos

### AÇÕES ESPERADAS

- Avaliar ambientes cultural, pessoal, físico, social, temporal, virtual e espiritual
- Realizar e registrar avaliação integral, multiprofissional e autoexplicativa
- Identificar e avaliar necessidades, potencialidades e fragilidades da criança/família/cuidadores
- Realizar acolhimento e escuta da família
- Construir plano terapêutico da criança
- Conhecer itinerário terapêutico dentro da RAS e de outros setores
- Realizar acolhimento e escuta da família
- Indicar e analisar ações uni e multiprofissionais assistenciais e educativas no domicílio
- Orientar família/cuidador quanto à estimulação da criança
- Estabelecer estratégias de cuidado longitudinal e manutenção do vínculo com a rede de cuidado pós-alta
- Realizar assistência profissional orientada por plano terapêutico
- Mapear potencialidades e fragilidades da família e de sua rede de apoio
- Orientar a família quanto a sinais de alerta que indiquem necessidade de avaliação profissional
- Indicar/prescrever e confeccionar recursos da tecnologia assistiva e outras práticas
- Realizar acolhimento e escuta da família
- Estabelecer estratégias de cuidado longitudinal e manutenção do vínculo com a rede de cuidado pós-alta
- Estabelecer parcerias e identificar/fortalecer rede de apoio
- Desenvolver ações previstas no ML de categoria
- Atuar em articulação com os outros serviços que compõem a RAS
- Estabelecer parcerias e identificar/fortalecer rede de apoio
- Realizar registro/notificação das informações nos sistemas de informação para vigilância em saúde
- Obter informações sobre os serviços existentes
- Conhecer itinerário terapêutico dentro da RAS e de outros setores
- Estabelecer estratégias de comunicação em rede
- Ter informações sobre os serviços
- Descentralizar / ampliar oferta de serviços e adequar ambiente de trabalho
- Disponibilizar materiais, equipamentos e insumos e descentralizar a oferta de recursos
- Garantir deslocamento dos profissionais e usuários
- Estabelecer parcerias para aquisição/confeção de materiais de assistência à criança
- Garantir estrutura para registro de informação (em prontuários eletrônicos ou em similares)
- Compor quadro profissional do serviço e fortalecer Educação Permanente em saúde
- Estimular a participação do profissional na estruturação do processo de trabalho

- Atuar multi/inter e transdisciplinarmente
- Realizar acolhimento e escuta da família
- Realizar assistência profissional orientada por plano terapêutico
- Orientar família/cuidador quanto à estimulação da criança
- Orientar a família quanto aos direitos da criança
- Planejar alta
- Observar e registrar evolução clínica
- Estabelecer estratégias de cuidado longitudinal e manutenção do vínculo com a rede de cuidado pós-alta
- Identificar rede de apoio, estabelecer parcerias e atuar em articulação com outros setores e da RAS
- Discutir os casos com outros profissionais que acompanham a criança e sua família
- Mapear fragilidades e potencialidades da família e de sua rede de apoio
- Orientar a família quanto a sinais de alerta que indiquem necessidade de avaliação profissional
- Informar as famílias sobre os serviços existentes e como acessá-los
- Indicar/prescrever e confeccionar recursos da tecnologia assistivas e outras práticas
- Realizar acolhimento e escuta da família
- Realizar acolhimento das demandas dos professores, ADIs e demais profissionais
- Dar orientações quanto ao cuidado com as crianças no ambiente da creche/escola
- Intervir no ambiente da creche/escola para facilitar habilidades funcionais e inclusão da criança nesses espaços
- Potencializar as ações e espaços existentes na creche/escola
- Indicar/prescrever e confeccionar recursos da tecnologia assistiva e outras práticas
- Realizar ações multiprofissionais assistenciais e educativas na creche/escola
- Unificar termos e siglas nos registros para facilitar a comunicação em rede
- Estabelecer parcerias e identificar/fortalecer rede de apoio
- Construir plano terapêutico
- Atuar multi/inter e transdisciplinarmente por meio de ações assistenciais e educativas com profissionais, famílias e cuidadores
- Realizar registro/notificação das informações nos sistemas de informação para vigilância em saúde
- Discutir os casos com outros profissionais que acompanham a criança e sua família
- Identificar e participar de ações de Educação Permanente



## 4.2.2 Eixos de ação para a competência Articulação em Rede

### 4.2.2.1 Eixos Conhecimento da rede e Comunicação em rede

A partir da compreensão de que nenhum serviço isoladamente dispõe da totalidade de recursos e competências necessários à resolução dos problemas de saúde da população em seus diferentes ciclos de vida, a RAS foi delineada com o objetivo de integrar os serviços de saúde, promovendo a complementaridade e a interdependência dos atores e organizações (BRITO et al., 2013). A RAS estrutura-se a partir de diferentes pontos de atenção com densidades tecnológicas distintas e propõe a organização de sistemas de serviços de saúde mais integrados e coordenados entre si, objetivando proporcionar atenção contínua, integral, menos onerosa e de melhor qualidade (GIOVANELLA, 2011).

A descentralização da oferta é fundamental à garantia do acesso da população aos serviços de saúde, o que só é possível com a ênfase na municipalização, propondo ações e serviços organizados de forma regionalizada e hierarquizada, a fim de cobrir os 'vazios regionais de infraestrutura'. Uma vez que não seria viável alocar todos os serviços em todos os lugares, independentemente de seu tamanho, território e disponibilidade de equipamentos e recursos humanos, os serviços de saúde devem organizar-se de modo associativo, numa complementação permanente entre serviços mais simples e mais complexos, com estabelecimento de mecanismos de referência e contrarreferência (CARVALHO, 2013). Isso vale, inclusive, para os serviços de tecnologia assistiva e exames complementares.

A implantação da RAS permite restabelecer

a coerência entre a situação de saúde e o sistema de atenção à saúde e sua constituição se dá a partir de organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde em que todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente. Os pontos de atenção à saúde implicam uma continuidade da atenção nos níveis primário, secundário e terciário, possuem missão e objetivos comuns e devem operar de maneira cooperativa e interdependente, intercambiando constantemente seus recursos. Devem ainda funcionar sob coordenação da APS e prestar atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente. A falta de articulação entre os diferentes pontos da RAS, a insuficiência de fluxos formais entre os diferentes níveis de atenção e a desarticulação das políticas que os normatizam são entraves à garantia do cuidado integral, tornando incompleto esse processo na rede (MENDES, 2010).

O trabalho em rede, por sua vez, depende do modo como cada serviço atua diante do que é de sua responsabilidade, o que causa impactos sobre o agir do outro e pode gerar ou não a continuidade na produção do cuidado. Para a continuidade desse cuidado, faz-se necessário a integração entre os profissionais envolvidos no cuidado, entre esses e os usuários e entre os níveis assistenciais e os serviços que compõem a rede de atenção (BRITO et al., 2013). O mapeamento da rede de serviços de saúde por gestores e profissionais significa o primeiro passo para o estabelecimento de referência para população adscrita. Posto isso, são fundamentais a boa relação entre os diferentes pontos de atenção, o estabelecimento de instrumentos comuns de referência e contrarreferência, a criação

e o fortalecimento de estruturas regulatórias, a organização dos fluxos e contrafluxos de atendimento e a implantação de

sistema de informação com prontuário eletrônico, auxiliando na resolutividade da atenção (ERDMANN et al., 2013).

**Quadro 8. Ação esperada referente ao eixo “Conhecimento da rede”**

<b>DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA</b>
<b>DOMÍNIO: ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA</b>
<b>COMPETÊNCIA: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA</b>
<b>EIXO: CONHECIMENTO DA REDE</b>

Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Ter informações sobre os serviços existentes na RAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Existência de serviços que compõem a RAS;</li> <li>&gt; Existência e organização da Rede Cegonha e da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência;</li> <li>&gt; Dados de cobertura;</li> <li>&gt; Perfil de atendimento (profissional/demanda/serviço);</li> <li>&gt; Existência de fluxograma de acesso e encaminhamento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Informativos, manuais, cartilhas;</li> <li>&gt; Página virtual;</li> <li>&gt; Fluxogramas;</li> <li>&gt; Protocolos de atenção.</li> </ul>

**Quadro 9. Ações esperadas referente ao eixo “Comunicação em rede”**

<b>DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA</b>
<b>DOMÍNIO: ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA</b>
<b>COMPETÊNCIA: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA</b>
<b>EIXO: COMUNICAÇÃO EM REDE</b>

Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Conhecer itinerário terapêutico da criança e sua família dentro da RAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Existência de: instrumentos de referência e contrarreferência; sistema de informação unificado e atualizado; bancos de dados dos serviços; e preenchimento da caderneta da criança.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Contato telefônico e/ou e-mail;</li> <li>&gt; Prontuários/caderneta da criança preenchida;</li> <li>&gt; Instrumentos de referência e contrarreferência;</li> <li>&gt; Sistema de informação unificado e atualizado;</li> <li>&gt; Reuniões interprofissionais;</li> <li>&gt; Central de regulação.</li> </ul>



Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Estabelecer estratégias de comunicação (Atenção Básica e especializada) para compartilhar e gerenciar o cuidado na RAS	> Existência de comunicação entre os profissionais que acompanham as crianças e suas famílias em diferentes pontos de atenção à saúde.	> Contato telefônico e/ou e-mail; > Prontuários/caderneta da criança preenchida; > Instrumentos de referência e contrarreferência; > Sistema de informação unificado e atualizado; > Reuniões interprofissionais.

### 4.2.3 Eixos de ação para a competência Articulação Intersetorial

#### 4.2.3.1 Eixo Articulação com outros setores

O conceito ampliado de saúde exige muito mais do que garantir a disponibilidade e o acesso aos serviços de saúde, mas demanda dos profissionais e equipes o trabalho articulado com serviços que compõem outros setores. Enquanto fenômeno complexo, a saúde depende da articulação que é produzida entre os seus diversos determinantes e condicionantes sociais, tais como condições de vida, de trabalho, do meio ambiente e da cultura, sendo fundamental considerar a promoção da saúde enquanto processo resultante de um conjunto de ações intersetoriais. Educação, saúde, trabalho, transporte, assistência social, dentre outros devem ser setores envolvidos na formulação de ações estratégicas, planejadas em conjunto para o fortalecimento das ações em saúde (BRASIL, 2010a; GARCIA et al., 2015).

Para enfrentar os determinantes do processo saúde-doença e alcançar resultados em saúde, a articulação intersetorial torna-se imprescindível, de modo que os diferentes equipamentos devem estabelecer estratégias de comunicação, dentro e fora do seu setor, estruturadas por meio de conexão próxima entre seus diferentes profissionais, criando uma interdependência e corresponsabilização

entre os equipamentos na direção da garantia do atendimento integral e constituindo uma rede de proteção aos usuários (FERRO et al., 2014).

Atuar intersetorialmente significa ultrapassar a fragmentação do conhecimento e da prática em busca da unidade e da diversidade para melhor entendimento da realidade, integrando sujeitos de setores sociais diversos e articulando diferentes saberes, poderes e vontades, a fim de abordar um tema ou situação em conjunto (GARCIA et al., 2015). Trabalhar, governar e construir políticas públicas na premissa da intersetorialidade contribui nas decisões de processos administrativos para o enfrentamento de problemas complexos, com ações voltadas aos interesses coletivos, o que pode produzir efeitos mais significativos na saúde da população, melhorando a eficiência da gestão política e dos serviços prestados (BRASIL, 2010a).



**Quadro 10. Ações esperadas referentes ao eixo “Articulação com outros setores”**

<b>DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA</b>
<b>DOMÍNIO: ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA</b>
<b>COMPETÊNCIA: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA</b>
<b>EIXO: ARTICULAÇÃO COM OUTROS SETORES</b> (EDUCAÇÃO, ASSISTÊNCIA SOCIAL, JUSTIÇA, ESPORTE E LAZER, CULTURA, ETC.)

Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Obter informações sobre os serviços existentes em outros setores de ações governamentais	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Existência de serviços que compõem outros setores e ofertas disponíveis para auxiliar o cuidado integral;</li> <li>&gt; Existência de fluxograma de acesso e encaminhamento do serviço/setor ao qual a criança será assistida.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Informativos, manuais, cartilhas, legislações;</li> <li>&gt; Página virtual;</li> <li>&gt; Fluxogramas.</li> </ul>
Estabelecer estratégias de comunicação para compartilhar e gerenciar o cuidado intersetorialmente	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Existência de comunicação entre os profissionais que acompanham as crianças e suas famílias em diferentes setores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Contato telefônico e/ou e-mail;</li> <li>&gt; Reuniões interprofissionais;</li> <li>&gt; Instrumentos de referência e contrarreferência.</li> </ul>

**4.2.4 Eixos de ação para a competência Infraestrutura e equipamentos**

Os eixos dispostos para essa competência são entendidos como responsabilidade da gestão dos serviços de saúde, sendo componentes diretamente ligados à qualidade dos serviços e importantes para a garantia da integralidade da atenção. Nesse sentido, é fundamental salientar que o estabelecimento de medidas que reforcem a responsabilização dos gestores no sentido de aperfeiçoar os processos de planejamento das ações e de alocação de recursos tecnológicos, considerando a importância da redução das desigualdades geográficas e sociais e do desperdício de recursos públicos, é condição necessária para a obtenção da equidade e da integralidade do cuidado no setor saúde, com vistas a melhoria da qualidade dos serviços prestados (AMORIM, PINTO JUNIOR, SHIMIZU, 2015).



Você sabia que quando a assistência terapêutica ocupacional for prestada no âmbito domiciliar de seu cliente/ paciente/ usuário, o prontuário deverá ser guardado no próprio domicílio deste, devendo o terapeuta ocupacional orientar a todos os integrantes do núcleo familiar a manter sigilo de todas as informações contidas no prontuário do cliente/ paciente/ usuário? E em sua proteção, em caso de assistência terapêutica ocupacional domiciliar, o terapeuta ocupacional poderá manter em seu poder, cópia do prontuário do cliente/ paciente/ usuário, bem como a assinatura deste ou de seu representante legal, atestando que a assistência terapêutica ocupacional foi prestada? (art.2 Res. COFFITO 415/2012).

#### 4.2.4.1 Eixo Instalação Física

No campo das políticas públicas de saúde, propõe-se a transformação dos modelos de atenção e gestão nos serviços e sistemas de saúde na perspectiva da humanização, sinalizando a necessidade de construção de novas relações entre usuários e trabalhadores, tornando-os protagonistas e corresponsáveis no processo de cuidar (BESTETTI, 2014). No âmbito dos serviços de saúde, a atenção prestada não pode ser desvinculada do espaço físico no qual ela é promovida, uma vez que o ambiente influencia o trabalho e produz formas de cuidar, revelando-se também como uma importante estratégia de promoção da saúde. Nesse sentido, a instalação física de uma unidade de saúde deve oferecer condições dignas aos trabalhadores e usuários para concretizarem processos de grande complexidade (GARCIA et al., 2015). Para tanto, a Unidade de Saúde deve possuir boa condição de ambiência, acústica, ventilação, iluminação, fluxo de usuários, pisos, paredes e tetos apropriados, além de instalações hidráulicas e elétricas adequadas (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Humanização representa um marco por considerar o ambiente enquanto lugar promotor de saúde, trazendo à tona a necessidade de reorganização dos serviços a partir das diretrizes centrais da acessibilidade e integralidade, buscando melhorias de sua ambiência (RONCHI e AVELLAR, 2013). A Ambiência na Saúde relaciona-se ao tratamento dado ao ambiente físico, compreendido enquanto espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve possibilitar atenção humana, acolhedora e resolutiva. A aplicação do conceito de ambiência no campo da saúde representa um avanço

qualitativo no debate da humanização dos territórios de encontros do SUS, pois reconhece o serviço não só pelo seu aspecto concreto estrutural, vai além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, incorporando os recursos humanos, a interação e o vínculo sociais estabelecidos entre usuários, familiares e trabalhadores, passando a considerar as situações que são construídas e que interferem no tratamento dos indivíduos e no processo de trabalho (BRASIL, 2010b; GARCIA et al., 2015).

Nesse sentido, o ambiente físico dos serviços de saúde precisa ser visto como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, devendo assegurar conforto físico e subjetivo para intervenções mais efetivas, como a disponibilidade de mobiliários apropriadas, comunicação visual agradável, lugares adequados para momentos de conversas com os usuários, garantindo o direito à privacidade e o respeito à individualidade, valorizando uma atenção integral à saúde e estimulando atendimentos comprometidos com a produção de saúde (RONCHI e AVELLAR, 2013; GARCIA et al., 2015).



**Quadro 11. Ações esperadas referentes ao eixo “Instalação física”**

**VOCÊ SABIA?**

**DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA**

**DOMÍNIO: ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA**

**COMPETÊNCIA: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA**

**EIXO: INSTALAÇÃO FÍSICA**

Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Adequar ambiente de trabalho	> Existência de: acessibilidade e ergonomia para o profissional e para a criança; boas condições de higiene; boa ventilação/climatização; iluminação e acústica adequadas; e garantia de privacidade.	> Incentivo financeiro; Portarias do Ministério da Saúde e da ANVISA; > Normas da ABNT de acessibilidade, ambiência e segurança; > Legislações vigentes do COFFITO que tratem da temática em questão, a fim de garantir à sociedade uma assistência terapêutica ocupacional de qualidade.

**4.2.4.2 Eixo Materiais, Equipamentos e Insumos**

Uma maior resolutividade das ações de saúde também depende da disponibilização de infraestrutura e equipamentos/materiais mínimos necessários ao cuidado prestado nos serviços de saúde. Desse modo, o planejamento das compras de equipamentos, insumos e material permanente deve ser realizado de modo a garantir a regularidade do abastecimento, o controle dos estoques e a manutenção dos equipamentos, visando a sua adequação e suficiência em tempo oportuno, a fim de assegurar a qualidade das ações ofertadas. Mais ainda, o planejamento e a execução dos serviços de manutenção devem ser realizados de maneira preventiva e corretiva, contínua e sistemática, uma vez que são essenciais para o bom funcionamento das instalações físicas, equipamentos e instrumentais das unidades de saúde (BRASIL, 2012). Fazendo um recorte para a APS, segundo o Caderno de Atenção Básica número 39 (CAB-39), é de responsabilidade dos gestores garantir ainda condições



Você sabia que é de exclusiva competência do Terapeuta Ocupacional, no âmbito de sua atuação, avaliar as habilidades funcionais do indivíduo, elaborar a programação terapêutico-ocupacional e executar o treinamento das funções para o desenvolvimento das capacida

des de desempenho das Atividades de Vida Diária (AVDs) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs) para as áreas comprometidas no desempenho ocupacional, motor, sensorial, percepto-cognitivo, mental, emocional, comportamental, funcional, cultural, social e econômico de pacientes? (art.1 Res. COFFITO 316/2006).

para o deslocamento dos profissionais do NASF entre as UBS cobertas e para a realização de visitas domiciliares por meio de transporte oficial, ajuda de custo ou vale-transporte, sempre que necessário (BRASIL, 2014). Paralelo a isso, os Equipamentos de Proteção Individual (EPI), como óculos de acrílico, luvas,

máscaras, capotes, gorros, entre outros, são de uso obrigatório garantido por lei e devem ser disponibilizados pelos serviços, a fim de promover proteção contra riscos capazes de ameaçar a segurança e a saúde tanto dos profissionais quanto dos usuários (BRASIL, 2012).

**Quadro 12. Ações esperadas referentes ao eixo “Materiais, Equipamentos e Insumos”**

<b>DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA</b>	<b>VOCÊ SABIA?</b>
<b>DOMÍNIO: ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA</b>	
<b>COMPETÊNCIA: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA</b>	
<b>EIXO: MATERIAIS, EQUIPAMENTOS E INSUMOS</b>	

Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Disponibilizar materiais, equipamentos e insumos necessários ao trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Existência de equipamentos de Proteção Individual (EPI);</li> <li>&gt; Existência de materiais, equipamentos e insumos necessários ao trabalho;</li> <li>&gt; Condição, limpeza, conservação, manutenção de materiais, equipamentos e insumos;</li> <li>&gt; Reposição de materiais, equipamentos e insumos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; EPI;</li> <li>&gt; Materiais, equipamentos e insumos;</li> <li>&gt; Incentivo financeiro;</li> <li>&gt; Portarias do Ministério da Saúde e da ANVISA;</li> <li>&gt; Legislações vigentes do COFFITO que tratem da temática em questão, a fim de garantir à sociedade uma assistência terapêutica ocupacional de qualidade.</li> </ul>
Descentralizar oferta de tecnologias assistivas e exames complementares	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Disponibilização e divulgação de serviços de tecnologias assistivas;</li> <li>&gt; Exames complementares de maneira descentralizada e hierarquizada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Serviços de tecnologias assistivas;</li> <li>&gt; Serviços para realização de exames complementares, de forma descentralizada e hierarquizada.</li> </ul>
Estabelecer parcerias com Instituições de Ensino Superior (IES) para aquisição / confecção de materiais necessários ao trabalho	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Existência de demanda, encaminhamentos e projetos para aquisição/confecção de materiais necessários ao trabalho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Contato interinstitucional (serviços de saúde e IES);</li> <li>&gt; Projetos de pesquisa e/ou extensão.</li> </ul>
Garantir deslocamento dos profissionais (Atenção Básica) e dos usuários, garantindo o acesso aos serviços	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Existência de meios de deslocamento, segundo preconizado pelo Ministério da Saúde;</li> <li>&gt; Existência de casa de apoio dos municípios aos usuários.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Portarias do Ministério da Saúde;</li> <li>&gt; Veículo de TFD;</li> <li>&gt; Casas de apoio;</li> <li>&gt; Custeio de transporte/transporte institucional para deslocamento dos profissionais</li> </ul>



Você sabia que os parâmetros assistenciais da Terapia Ocupacional recomenda o quantitativo máximo de pacientes que podem ser acompanhados por um profissional de terapia ocupacional, de acordo com a especialidade clínica e o local de intervenção, afim de garantir a qualidade da assistência à população atendida? E que o descumprimento destes parâmetros incorre na abertura de processo ético disciplinar para o profissional que o descumprir? (Res COFFITO 445/2014).

#### 4.2.4.3 Eixo Recursos Humanos

Os recursos humanos constituem-se como elemento crucial na organização e no desempenho de qualquer estrutura social. No campo da saúde, as mudanças das práticas e a lógica do trabalho em rede exigem uma reordenação no campo da formação, além do vínculo e da qualificação permanente dos trabalhadores no sistema de saúde. No contexto da saúde pública, a precariedade do vínculo empregatício, com a dificuldade de adesão e fixação de trabalhadores nos diferentes territórios, apresenta-se como um dos principais empecilhos à implantação e ao pleno desenvolvimento das RAS. A rotatividade de trabalhadores dificulta a longitudinalidade e a continuidade do cuidado, além de exigir maior gasto de recursos públicos para capacitação e preparação dos novos profissionais que chegam aos serviços (ASSIS, ALVES e SANTOS, 2008; GONÇALVES et al., 2014).

Paralelo a isso, a insuficiência de profissionais preparados e/ou capacitados para o desempenho das atividades no sistema de saúde é considerada uma situação angustiante, que dificulta o desenvolvimento das ações necessárias à saúde da população e a resolução de demandas diagnosticadas na comunidade, gerando insatisfação no trabalho (ASSIS, ALVES e SANTOS, 2008; SILVA et al., 2015). Os cenários de atuação dos profissionais de saúde são os mais diversos e exigem diariamente atitudes que envolvem inteligência emocional, relações interpessoais, conhecimento e desenvolvimento de competências e habilidades para tomada de decisões a partir de uma postura crítico-reflexiva, o que denota a necessidade de formação para além da graduação. Nesse processo, as instituições de serviço têm papel fundamental no desenvolvimento das capacidades dos profissionais, de

maneira a contribuir para essa formação, a fim de tornar os profissionais aptos a atuarem na perspectiva da integralidade do cuidado, buscando a segurança deles próprios como trabalhadores e dos usuários e a resolubilidade do sistema de saúde (SILVA et al., 2015; FALKENBERG et al., 2014)

O enfrentamento desses problemas requer estratégias que supram necessidades que vão desde a formação, a inserção e a disponibilidade de profissionais no mundo do trabalho até o vínculo dos trabalhadores com o sistema de saúde, o que exige avanços das políticas de recursos humanos. Para tanto, tornam-se cruciais: a desprecarização do processo de trabalho; o desenvolvimento de iniciativas de valorização dos trabalhadores; a adequação do perfil profissional e a implantação de estratégias de educação continuada/permanente que permitam ascensão profissional e maior motivação, respeitando-se as necessidades dos serviços e a satisfação dos trabalhadores; a regulamentação de plano de carreira, cargos e salários; e mecanismos de compensação salarial (ASSIS, ALVES e SANTOS, 2008).



**Quadro 13. Ações esperadas referentes ao eixo “Recursos Humanos”**

<b>DIMENSÃO: ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA</b>
<b>DOMÍNIO: ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA</b>
<b>COMPETÊNCIA: ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA</b>
<b>EIXO: RECURSOS HUMANOS</b>



Ações esperadas	Aspectos a serem observados	Recursos a serem utilizados
Compor quadro profissional dos serviços	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Existência de profissionais em quantidade adequada à demanda;</li> <li>&gt; Tipo de vínculo empregatício.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Profissionais, no quantitativo a fim de atender os Parâmetros Assistenciais da Terapia Ocupacional;</li> <li>&gt; Concurso público/processo seletivo;</li> <li>&gt; CLT/prestação de serviços.</li> </ul>
Promover atividades de educação na saúde para os profissionais dos serviços	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Existência de:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Formação complementar – especialização;</li> <li>2. Atualização/aperfeiçoamento;</li> <li>3. Política de educação permanente;</li> <li>4. Conhecimento e experiência profissional;</li> <li>5. Grupos de estudo.</li> </ol> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&gt; Código de Ética de Terapia Ocupacional;</li> <li>&gt; Liberação de carga horária;</li> <li>&gt; Custeio;</li> <li>&gt; Plano de cargos e carreira – progressão por qualificação;</li> <li>&gt; Telessaúde.</li> </ul>



Você sabia que o terapeuta ocupacional presta assistência ao ser humano, tanto no plano individual quanto coletivo, participando da promoção, prevenção de agravos, tratamento, recuperação e reabilitação da sua saúde e cuidados paliativos, bem como estabelece a diagnose, avaliação e acompanhamento do histórico ocupacional de pessoas, famílias, grupos e comunidades, por meio da interpretação do desempenho ocupacional dos papéis sociais contextualizados, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto, segundo os princípios do sistema de saúde, de assistência social, educação e cultura, vigentes no Brasil? (art. 4 Res COFFITO 425/2013).

### **GESTORES: Como oferecer à criança uma assistência terapêutica ocupacional de qualidade?**

Esse capítulo direciona-se à gestão dos serviços de saúde e tem como objetivo embasar a(o)s Terapeutas Ocupacionais quanto às estratégias legais para o estímulo ao oferecimento de serviços de saúde que atendam às necessidades para uma assistência de qualidade às crianças. Além das ações propostas direcionadas aos ges

tores nos eixos dispostos na Competência Infraestrutura e equipamentos do Domínio Processo de Trabalho, faz-se necessário, para a execução de uma intervenção terapêutica ocupacional integral à saúde da criança, ressaltar os itens mais prevalentes de fragilidade na assistência prestada à sociedade, segundo mapeamento do Departamento de Fiscalização (DEFIS) do Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional da 1ª Região.

As infrações mais comuns aos atos normativos que regem o exercício profissional

da(o)s terapeutas ocupacionais foram apresentados ao longo desse Caderno no item **VOCÊ SABIA?**, em ambos os Domínios: assistência e processo de trabalho. Evidenciamos que algumas ações do Domínio Processo de Trabalho interferem diretamente no Domínio Assistência à Saúde da Criança.

No que tange, especificamente à competência da Terapia Ocupacional, o Código de Ética vigente (RESOLUÇÃO COFFITO nº 425/2013) fundamenta a(o) profissional, resumidamente, sobre os principais aspectos a serem atendidos e que, numa relação de trabalho deve ser respeitada pelos Gestores de serviço:

a) Para o exercício profissional da Terapia Ocupacional é obrigatória a inscrição no Conselho Regional da circunscrição em que atuar na forma da legislação em vigor, devendo a(o) terapeuta ocupacional portar sua identificação profissional sempre que em exercício. Esse profissional deve observar as normatizações e recomendações emanadas pelo Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, mantendo-se sempre atualizado.

b) A(O) terapeuta ocupacional somente deve aceitar atribuição ou assumir encargo, após avaliar sua própria capacidade técnica, a fim de garantir um desempenho seguro para a criança, em respeito aos direitos humanos, sempre tendo em vista a qualidade de vida da mesma e de sua família, sem discriminação de qualquer forma ou pretexto, segundo os princípios do sistema de saúde vigente no Brasil.

c) A(O) profissional deve se atualizar e aperfeiçoar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, amparando-se nos princípios da beneficência e da não maleficência, no desenvolvimento de sua profissão, inserindo-se em programas de educação continuada e de educação permanente.

d) Todo fato em que a(o) Terapeuta Ocupacional tenha conhecimento, e que seja tipificado como crime, contravenção ou infração ética, deve ser comunicado à chefia imediata da instituição em que trabalha ou à autoridade competente, a fim de que a criança/família sob sua responsabilidade esteja protegida contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde. Se necessário, essa comunicação deve ser formalizada à chefia imediata, à instituição, ao Conselho Regional de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional e/ou outros órgãos competentes, a fim de que sejam tomadas as medidas cabíveis para salvaguardar a saúde, a participação social, o conforto e a intimidade da criança e das famílias, ou mesmo a reputação profissional dos membros da equipe.

e) O cumprimento dos Parâmetros Assistenciais e do Referencial Nacional de Procedimentos Terapêuticos Ocupacionais normatizados pelo COFFITO devem ser valorizados, para que assim a qualidade da assistência prestada seja garantida. A título de exemplificação sobre os parâmetros assistenciais preconizados para a Terapia Ocupacional, no caso da assistência ambulatorial de crianças em contexto de centro de reabilitação (alta complexidade), numa jornada de trabalho diária de 06 horas, só é permitida a realização de estimulação e/ou tratamento de habilidades de desempenho ocupacional e/ou aplicação de métodos, técnicas e abordagens específicas de até oito (08) pacientes. Qualquer excedente nessa relação do número de atendimentos e horas de trabalho será considerada como uma infração.

f) A(O) terapeuta ocupacional deve zelar pela provisão e manutenção de adequada

assistência ao seu cliente/paciente/usuário, amparados em métodos e técnicas reconhecidos ou regulamentados pelo Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional, devendo se responsabilizar pela elaboração do diagnóstico terapêutico ocupacional, instituir e aplicar o plano de tratamento e conceder alta para o cliente/paciente/usuário/família, ou, quando julgar necessário, encaminhar o mesmo a outro profissional. É proibido ao profissional prescrever tratamento terapêutico ocupacional sem realização de consulta, exceto em caso de indubitável urgência. Toda a assistência prestada deve ser registrada em prontuário e ser mantida fora do alcance de estranhos à equipe de saúde da

instituição, salvo quando outra conduta seja expressamente recomendada pela direção da instituição e que tenha amparo legal.

g) É proibido a(o) terapeuta ocupacional atender crianças que saiba estar em tratamento com colega, ressalvadas as seguintes hipóteses: a pedido do colega; em caso de indubitável urgência; e quando procurado espontaneamente pelo cliente/paciente/usuário/família. É terminantemente proibido o desvio de forma antiética para si ou para outrem, e, nos casos em que receber alguma criança para assistência confiado por colega, em razão de impedimento eventual deste, deve reencaminhar o cliente ao colega uma vez.

# Glossário

**Abordagem de intervenção:** Estratégias específicas selecionadas para direcionar o processo de intervenção que são baseadas no resultado desejado pelo cliente, nos dados da avaliação e na evidência.

**Acessibilidade:** tem amplo significado. Pode consistir na possibilidade de acesso a um lugar ou conjunto de lugares. Significa não apenas permitir que pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida participem de atividades que incluem o uso de produtos, serviços e informação, mas a inclusão e extensão do uso destes por todas as parcelas presentes em uma determinada população, visando sua adaptação e locomoção, eliminando as barreiras. Na arquitetura e no urbanismo, a acessibilidade visa eliminar os obstáculos existentes ao acesso, modernizando e incorporando essas pessoas ao convívio social, possibilitando a inclusão de toda população. Em informática, programas que provêm acessibilidade são ferramentas ou conjuntos de ferramentas que permitem que pessoas com deficiência (as mais variadas) se utilizem dos recursos que o computador oferece.

**ADI (Agente de Desenvolvimento Infantil):** é o profissional que auxilia no atendimento de crianças em creches e escolas, auxilia o professor na atuação junto ao processo educativo das crianças, e também na execução de atividades pedagógicas e recreativas diárias dos alunos.

**AIDPI:** Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. É considerada a principal intervenção disponível para melhorar as condições de saúde na infância nos países em desenvolvimento. Também representa um instrumento útil para a detecção preco-

ce e tratamento efetivo das principais doenças que afetam a saúde das crianças menores de 5 anos de idade, contribui para melhorar os conhecimentos e as práticas das famílias, para a prevenção de doenças e para a promoção de saúde. A sua aplicação nos serviços de saúde e na comunidade pode produzir um importante impacto na redução do número de mortes na infância, na diminuição do número e gravidade das doenças que acometem esse grupo etário, assim como nas condições nutricionais e de desenvolvimento dos menores de cinco anos de idade.

**AIMS (Alberta Infant Motor Scale):** A Escala Motora Infantil de Alberta incorpora o conceito neuromaturacional e a teoria dos sistemas dinâmicos, além de ser usada para medir a maturação do motor amplo de recém nascido desde o nascimento até a idade do andar independente.

**Ambiente físico:** Ambiente não-humano natural ou construído, incluindo os objetos pertencentes a eles. O ambiente natural inclui o terreno geográfico, as plantas e os animais, bem como as qualidades sensoriais do entorno natural. O ambiente construído inclui edifícios, mobiliário, ferramentas e dispositivos.

**Ambiente social:** A presença, os relacionamentos e as expectativas de pessoas, grupos e populações com os quais os indivíduos têm contato (por exemplo, a disponibilidade e as expectativas das pessoas significativas, como cônjuge, amigos e cuidadores, a comunidade).

**Aplicabilidade prática (exequibilidade e viabilidade):** trata-se da pesquisa ligada à

prática de conhecimento científico para fins explícitos de intervenção na realidade, mas sem perder o rigor metodológico. A exequibilidade refere-se ao fato de que algo pode ser exequível, possível, realizável ou executável. Viabilidade, por sua vez, é o ato ou efeito de algo ser viável, ou seja, ter possibilidades de ser realizado, levando-se em consideração vários fatores, como se vai ter vantagens ou desvantagens, quais as consequências, qual a perspectiva.

**Áreas de conhecimento:** As áreas fundamentais do conhecimento humano compreendem as ciências naturais, sociais, humanas e da saúde.

**ASQ-3 (Ages and Stages Questionnaires):** é um instrumento para avaliação da criança, abrangendo cinco domínios do desenvolvimento infantil: (1) comunicação, (2) coordenação motora ampla, (3) coordenação motora fina, (4) resolução de problemas e (5) pessoal/social. Cobre todas as idades da primeira infância, desde um mês de vida até os cinco anos e meio de idade e, portanto, pode ser aplicado nas crianças em creche e em pré-escola. Caracteriza-se pela facilidade na aplicação, exigindo apenas que o informante conheça muito bem a criança avaliada.

**Assistência Integral:** Constitui-se num conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema.

**Aspectos Psicossociais:** A capacidade de interagir na sociedade e processar as emoções (envolve valores, interesses, habilida-

des interpessoais, autocontrole).

**Aspectos Sensório motores:** A capacidade de receber estímulo, processar as informações e produzir uma reação.

**Articulação em Rede:** em essência, corresponde à articulação entre serviços e sistemas de saúde, e às relações entre atores que aí atuam, mediante relações de interdependência entre os pontos da Rede.

**Articulação intersetorial:** relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor – educação, assistência social, justiça, entre outros - que se tenha formado para atuar em um tema visando alcançar resultados de saúde de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só (TEIXEIRA, 2002; GARCIA et al., 2014).

**Atitude:** Responsável pelo modo como o sujeito se comporta frente a uma situação. Esta envolve a postura ética, crítica e reflexiva, investigativa, humana, comunicacional. Como por exemplo: forma como o sujeito age e comporta em situações de cuidado (relação terapeuta-paciente), de trabalho em equipe, de solução de problemas de saúde. As atitudes são um dos aspectos que junto com outros elementos compõem as competências.

**Atividade:** É a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Ela representa a perspectiva individual da funcionalidade.

**Avaliação:** Processo de obtenção e interpretação dos dados necessários para a intervenção. Isso inclui planejar e documen-

tar o processo de avaliação e seus resultados.

**Barreiras:** São fatores ambientais que, através da sua ausência ou presença, limitam a funcionalidade e provocam a incapacidade. Estes fatores incluem aspectos como um ambiente físico inacessível, falta de tecnologia de assistência apropriada, atitudes negativas das pessoas em relação à incapacidade, bem como serviços, sistemas e políticas inexistentes ou que dificultam o envolvimento de todas as pessoas com uma condição de saúde em todas as áreas da vida.

**Bases de dados científicas:** são bases de dados bibliográficas, que têm como conteúdo referências de artigos e documentos científicos, com ou sem resumo. As principais bases de dados em saúde são: LILACS (Base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), SciELO, MEDLINE (Base de dados especializada em ciências biomédicas e ciências da vida), COCHRANE, entre outras.

**BAYLEY:** Escala Bayley de desenvolvimento infantil para bebês e crianças de 0 a 3 anos - avalia o desenvolvimento cognitivo, motor grosso e fino, fala e linguagem e comportamento sócio emocional.

**Bem estar:** É um termo geral que engloba o universo total dos domínios da vida humana, incluindo os aspectos físicos, mentais e sociais, que compõem o que pode ser chamado de uma “vida boa”.

**Brincar:** “Qualquer atividade espontânea ou organizada que proporciona prazer, diversão, distração, divertimento ou entretenimento”.

**Caderneta da Criança:** também chamada de caderneta de saúde da criança. Foi desenvolvida pelo Ministério da Saúde com o objetivo de reunir aspectos importantes da vida da criança, favorecendo o acompanhamento da mesma por parte dos profissionais e pais, como informações sobre vacinação, sobre crescimento entre outras. Também contém orientações gerais, como amamentação, quais vacinas devem ser aplicadas e o que fazer em caso de acidente doméstico.

**Capacidade:** É um constructo que indica, como qualificador, o nível máximo possível de funcionalidade que uma pessoa pode atingir, num dado momento, em algum dos domínios incluídos em Atividades e Participação. A capacidade é medida num ambiente uniforme ou padrão refletindo assim a capacidade do indivíduo ajustada para o ambiente. O componente dos Fatores Ambientais pode ser utilizado para descrever as características deste ambiente uniforme ou padrão.

**CIF:** Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. É hoje o modelo da Organização Mundial da Saúde (OMS) para saúde e incapacidade, constituindo a base conceitual para definição, mensuração e formulação de políticas nesta área (CIF, 2015).

**Crescimento:** é o aumento do tamanho corporal e, portanto, ele cessa com o término do aumento em altura (crescimento linear). De um modo mais amplo, pode-se dizer que o crescimento do ser humano é um processo dinâmico e contínuo que ocorre desde a concepção até o final da vida, considerando-se os fenômenos de

substituição e regeneração de tecidos e órgãos (BRASIL-CAB11, 2002).

**Competência:** Substantivo que representa a capacidade profissional de mobilizar os recursos disponíveis, de modo articulado, para a resolução de determinada situação (PERRENOUD, 2002).

**Conceito:** dá o significado exato das expressões da linguagem e pode ser compreendido de modo universal por todas as pessoas.

**Concepção:** Modo como a pessoa percebe/concebe determinada questão, tema ou conceito ao relacionar seu próprio eu com o seu fazer profissional e o meio no qual está inserido (como: instituição, cenário, alunos, professores). Pode ser entendido como a representação daquilo que a pessoa construiu, como ser gerativo (que gera/produz) a partir de suas experiências e vivências, como seu modo de ver/conceber determinado tema.

**Condição de saúde:** São as circunstâncias na saúde das pessoas que se apresentam de formas mais ou menos persistentes e que exigem respostas sociais reativas ou proativas, eventuais ou contínuas e fragmentadas ou integradas. Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças. A Organização Mundial de Saúde (OMS) também define saúde com um olhar mais funcional: “A medida em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abranger os

recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas).

**Confiabilidade:** é o grau com que o resultado de um teste reflete o quanto os valores observados estão correlacionados aos verdadeiros valores (CARMINES & ZELLER, 1979; CROCKER & ALGINA, 2006).

**Conhecimento:** Pode ser compreendido pelas áreas do saber (conhecimentos teóricos e conceituais), áreas do saber fazer (da prática) bem como do saber o porquê (justificação do saber fazer) que se fazem necessários a formação profissional (GARCIA, 1999). São oriundos de diferentes áreas como, por exemplo, saúde, sociais, humanas, exatas, naturais, dentre outras e que coadunam para a formação científica. Os conhecimentos são um dos aspectos que, em conjunto com outros elementos, compõem as competências.

**Consistência do material:** é quando os resultados de observações feitas por diferentes autores ou pelo mesmo autor são iguais todo o tempo.

**Contexto:** Variedade de condições inter-relacionadas dentro e em torno do indivíduo que influenciam o desempenho, incluindo os contextos culturais, pessoais, temporais e virtuais.

**Cuidado centrado no cliente (prática centrada no cliente):** Abordagem de serviços que incorpora o respeito e a parceria com os clientes, vistos como participantes ativos no processo de terapia. Esta abordagem enfatiza o conhecimento e a experiência, a força, a capacidade de escolha e a autonomia geral do cliente.

**Deficiência:** perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente.

**DENVER II:** Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver II (TTDD-R), para crianças de 0-6 anos de idade. Avalia quatro áreas do desenvolvimento neuropsicomotor: motor-grosseiro, motor fino-adaptativo, linguagem e pessoal-social.

**Desempenho:** É um constructo que descreve, como qualificador, o que os indivíduos fazem no seu ambiente habitual, incluindo assim o aspecto do envolvimento de uma pessoa nas situações da vida.

**Desempenho Ocupacional:** Ato de realizar e completar uma ação selecionada (componente de desempenho), atividade ou ocupação, que é resultado da transação dinâmica entre o cliente, o contexto e a atividade. Fornecendo ou capacitando as habilidades e padrões em desempenho ocupacional que levam ao envolvimento em ocupações ou atividades.

**Desenvolvimento:** é um conceito amplo que se refere a uma transformação complexa, contínua, dinâmica e progressiva, que inclui, além do crescimento, a maturação, a aprendizagem e os aspectos psíquicos e sociais (BRASIL-CAB11, 2002).

**Desenvolvimento Afetivo:** É o estudo do desenvolvimento que está relacionado principalmente com os aspectos sociais e emocionais do desenvolvimento humano (= domínio social-emocional). Exemplo: motivação.

**Desenvolvimento Cognitivo:** É o estudo do

desenvolvimento intelectual humano.

**Desenvolvimento Físico:** Inclui todos os tipos de mudanças corporais aos quais as pessoas estão expostas, do tipo crescimento e desenvolvimento, como peso, altura, amplitude de movimento, força muscular, flexibilidade, endurance, entre outras variáveis.

**Desenvolvimento Motor:** É o estudo das mudanças que ocorrem no comportamento motor humano durante as várias fases da vida, os processos que servem de base para essas mudanças e os fatores que os afetam.

**Diário de Rotina:** Instrumento utilizado por profissionais de saúde a partir de registro da rotina do indivíduo atendido (atividades, local, horário, grau de envolvimento) para subsidiar a avaliação, intervenção e acompanhamento terapêutico.

**Dimensão:** Grandes eixos concernentes às áreas de conhecimento, relativo às competências profissionais.

**DNPM:** Desenvolvimento Neuropsicomotor.

**Domínio:** Subdivisão da Dimensão, apresentando-se como áreas ou subáreas de conhecimento que gerarão as competências.

**Ecomapa:** É um diagrama das relações entre a família e a comunidade e ajuda a avaliar os apoios e suportes disponíveis e sua utilização pela família.

**Educação Continuada:** processo de aquisição sequencial e acumulativa de informa-

ções técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele.

**Educação Permanente:** ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde.

**Eixo:** Pode ser compreendido, neste contexto, como linha condutora do processo formativo e em torno do qual os demais elementos deverão ser mobilizados e orientados. Consiste no centro do acontecimento que servirá como apoio para o desenvolvimento dos demais elementos.

**ESF (Estratégia Saúde da Família):** É composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal (ou equipe de Saúde Bucal-eSB): cirurgião-dentista generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

**Equipamentos sociais:** constituem a base físico-espacial a partir da qual são prestados

os serviços públicos relativos a diferentes setores das políticas sociais tais como saúde, educação, assistência social, esportes, cultura e lazer. Como exemplo de equipamentos de saúde pode-se citar as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e de Unidades Básicas de Saúde (UBS).

**Equipe de Saúde da Família (eSF):** uma equipe multiprofissional composta por, no mínimo: (I) médico generalista, ou especialista em Saúde da Família, ou médico de Família e Comunidade; (II) enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; (III) auxiliar ou técnico de enfermagem; e (IV) agentes comunitários de saúde. Podem ser acrescentados a essa composição os profissionais de Saúde Bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

**Equipe Interprofissional:** composta por agentes de diferentes áreas de conhecimento que atuam na condução de um caso.

**Especialista:** o profissional que apresenta domínio aprofundado em determinado campo/subárea de conhecimento. Detém conhecimentos e habilidades para atuar em determinadas situações específicas.

**Especificidade:** é um dos parâmetro fundamentais para a definição de um teste diagnóstico. Quanto maior a especificidade de um teste, maior a capacidade de o teste positivo indicar a doença, pois diminui a probabilidade de falso positivo, Um aumento da especificidade do teste decorre de uma diminuição da sensibilidade do mesmo e vice-versa (GREINER e GARDNER, 2000).

**Estratégia Saúde da Família (ESF):**

modelo que visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade.

**Estruturas do corpo:** São as partes estruturais ou anatômicas do corpo, tais como órgãos, membros e seus componentes classificados de acordo com os sistemas orgânicos. O padrão para essas estruturas é a norma estatística para a população humana.

**Facilitadores:** são fatores ambientais que, através da sua ausência ou presença, melhoram a funcionalidade e reduzem a incapacidade de uma pessoa. Estes fatores incluem aspectos como um ambiente físico que seja acessível, disponibilidade de tecnologia de assistência apropriada, atitudes positivas das pessoas em relação à incapacidade, bem como serviços, sistemas e políticas que visam aumentar o envolvimento de todas as pessoas com uma condição de saúde em todas as áreas da vida. A ausência de um fator também pode ser um facilitador, por exemplo, a ausência de estigma ou de atitudes negativas. Os facilitadores podem impedir que uma deficiência ou limitação de atividade se transforme numa restrição de participação, já que o desempe-

nho real de uma ação é potenciado, apesar do problema da pessoa relacionado com a capacidade.

**Fatores contextuais:** são os fatores que, em conjunto, constituem o contexto completo da vida de um indivíduo e, em particular, a base sobre a qual os estados de saúde são classificados na CIF. Há dois componentes dos fatores contextuais: Fatores Ambientais e Fatores Pessoais.

**Fatores ambientais:** constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem sua vida. Constituem um componente da CIF e referem-se a todos os aspectos do mundo externo ou extrínseco que formam o contexto da vida de um indivíduo e, como tal, têm um impacto sobre a funcionalidade dessa pessoa. Os fatores ambientais incluem o mundo físico e as suas características, o mundo físico criado pelo homem, as outras pessoas em diferentes relacionamentos e papéis, as atitudes e os valores, os serviços e os sistemas sociais, as políticas, as regras e as leis.

**Fatores pessoais:** são fatores contextuais relacionados com o indivíduo, tais como, idade, sexo, nível social, experiências de vida, etc., que não são classificados na CIF, mas que os utilizadores podem incorporar nas suas aplicações da classificação.

**Funcionalidade:** É um termo genérico para as funções do corpo, estruturas do corpo, atividades e participação. Ele indica os aspectos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus fatores contextuais (ambientais e pessoais).

**Funções do corpo:** São as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas). “Corpo” refere-se ao organismo humano como um todo e, portanto, inclui o cérebro. Assim, as funções mentais (ou psicológicas) são consideradas parte das funções do corpo. O padrão para essas funções é a norma estatística para a população humana.

**GMFCS (Gross Motor Function Classification System):** Esse sistema tem por objetivo classificar a função motora grossa da criança com ênfase no movimento de sentar e caminhar por meio de cinco níveis motores presentes em cada uma das quatro faixas etárias (0 a 2 anos, 2 a 4 anos, 4 a 6 anos e 6 a 12 anos), caracterizando o desempenho motor da criança ao levar em consideração diferentes contextos como casa, escola e espaços comunitários. É capaz de prever o prognóstico da função motora grossa da criança com paralisia cerebral. A classificação da criança em relação ao nível motor do GMFCS permanece estável ao longo do tempo, o que certifica que, além de garantir uma maior uniformidade na classificação da função motora grossa, esse instrumento também colabora com a previsão de um prognóstico para a criança (HIRATUKA, 2010).

**GMFM (Gross Motor Function Measure):** é um instrumento de avaliação das mudanças longitudinais na função motora grossa em crianças com PC. Descreve o nível da função motora de uma criança, documentando a quantidade de atividades motoras que essas crianças são capazes de executar (e não a qualidade dessa movimentação).

**Generalista:** Diz-se generalista àquele pro-

fissional que apresenta conhecimentos gerais e conceitos básicos em múltiplas dimensões das sub-áreas de conhecimento e dos campos de atuação da profissão sendo capaz de articular esses conhecimentos e mobilizar recursos para a resolução de problemas, de acordo com as necessidades das pessoas, comunidades e populações.

**Genograma:** É a elaboração da árvore da família que fornece informações demográficas, de posição funcional, recursos e acontecimentos críticos na dinâmica familiar.

**Habilidades:** Relaciona-se ao saber fazer. Consiste na aptidão da pessoa em realizar determinada ação, oriundas da destreza manual e habilidade psicomotora envolvida nas ações. Como por exemplo: a capacidade de raciocínio, de comunicação, de aplicação de determinada técnica avaliativa ou terapêutica, aptidão para o cumprimento de tarefas com destreza. As habilidades são um dos aspectos que junto com outros elementos compõem as competências.

**Incapacidade:** É um termo genérico para deficiências, limitações de atividade e restrições na participação. Ele indica os aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus fatores contextuais (ambientais e pessoais).

**Interconsulta:** principal instrumento de apoio matricial, pode ser definida como uma ação colaborativa entre profissionais de diferentes áreas, constituindo uma prática interdisciplinar para a construção do modelo integral do cuidado. Pode ser operacionalizada por meio de discussão de casos, construção de planos terapêuticos ou Projeto Terapêutico Singular (PTS) e con-

sultas compartilhadas.

**Intervenção em grupo:** Conhecimentos especializados e utilização de técnicas de liderança em diferentes ambientes para facilitar a aprendizagem e aquisição de competências pelos indivíduos em todo o ciclo de vida, visando a participação e incluindo habilidades básicas de interação social, ferramentas de autorregulação, o estabelecimento de metas e tomada de decisão positiva, através da dinâmica de grupo e interação social. Os grupos podem ser usados como um método de intervenção e prestação de serviço.

**Itinerário terapêutico:** recurso que possibilita a construção de projetos terapêuticos cuidadosos, que levem em consideração as experiências, significados, trajetórias, desejos e necessidades da pessoa na elaboração de seu próprio processo de tratamento (M NGIA e MURAMOTO, 2008).

**Limitações de atividade:** são dificuldades que um indivíduo pode ter na execução de atividades. Uma limitação de atividade pode variar de um desvio ligeiro a grave em termos da quantidade ou da qualidade na execução da atividade comparada com a maneira ou a extensão esperada em pessoas sem essa condição de saúde.

**Manejo:** É a ação de conjugar as atividades manuais com a tecnologia disponível, com o objetivo de definir ou traçar decisões a serem tomadas.

**Matriciamento ou apoio matricial:** suporte realizado por profissionais e diversas áreas especializadas dado a uma equipe interdisciplinar com o intuito de ampliar o

campo de atuação e qualificar suas ações (CHIAVERINI, 2011).

**Maturação:** é a organização progressiva das estruturas morfológicas, já que, como o crescimento, seu potencial está geneticamente determinado. A maturação neurológica engloba os processos de crescimento, diferenciação celular, mielinização e o aperfeiçoamento dos sistemas que conduzem a coordenações mais complexas (BRASIL-CAB11, 2002).

**Método de Conduta Visual de Lactentes:** é um roteiro para avaliação de funções visuais em lactentes no primeiro trimestre de vida.

**MFM:** Motor Function Measure (Mensuração da Função Motora) é uma escala quantitativa que faz com que seja possível medir as habilidades motoras funcionais de uma pessoa afetada por uma doença neuromuscular.

**Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF):** são equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais), compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem o seu escopo de ofertas.

**Observações Clínicas de Ayres:** identificação de disfunções sensoriais (disfunção da

modulação sensorial, disfunção da discriminação sensorial e disfunção do planejamento motor).

**ONG:** Organização não governamental. São todas as organizações, sem fins lucrativos, criadas por pessoas que trabalham voluntariamente em defesa de uma causa, seja ela, proteção do meio ambiente, defesa dos direitos humanos, erradicação do trabalho infantil etc.

**Participação:** é o envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real. Ela representa a perspectiva social da funcionalidade.

**PEDI:** O Pediatric Evaluation of Disability é um instrumento de avaliação do desenvolvimento de habilidades e o nível de independência no desempenho de atividades funcionais para crianças de 6 meses a 7 anos e meio.

**Perfil:** Agrega o conjunto de características da pessoa-profissional que envolve não apenas conhecimentos e habilidades técnicas, mas também afetos, experiências, valores e atitudes que representam a proposta formativa definida em determinado projeto que tem como fruto o graduado com certo alinhamento frente a categoria profissional respeitando, entretanto, as peculiaridades de cada proposta.

**Perfil Sensorial de Winnie Dunn:** – Questionário dirigido para pais e cuidadores, que busca identificar problemas de Modulação, Processamento Sensorial e respostas Emocionais e Sociais.

**Plano terapêutico:** conjunto de objetivos

terapêuticos de acordo com o nível de atenção e processo de trabalho e, no caso da criança, a partir do conhecimento do DNPM típico.

**Portal Saúde Baseada em Evidências:** é uma iniciativa da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES/MS) em parceria com a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/MEC) para o desenvolvimento de uma biblioteca eletrônica com o objetivo de aprimorar o exercício dos trabalhadores da saúde por meio do acesso a conteúdos cientificamente fundamentados, na perspectiva de melhor atender à população. Trata-se de uma parceria junto à Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Organização Mundial da Saúde (OMS) no Brasil e Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde da OPAS/OMS (BIREME/OPAS/OMS) para incorporação da Prática Baseada em Evidências no processo de trabalho dos profissionais de saúde e de acadêmicos das áreas da saúde.

**Prática Baseada em Evidências:** é uma metodologia para a prática clínica difundida entre os profissionais de saúde. Consiste na utilização de evidências científicas, produzidas por estudos desenvolvidos com rigor metodológico, para tomada de decisões sobre as melhores condutas frente a cada caso. É um importante movimento de mudança nas práticas assistenciais.

**Prechtl:** ferramenta diagnóstica para avaliação de lactentes, que leva o mesmo nome do seu autor (Heinz Prechtl), onde os movimentos generalizados espontâneos, presentes desde a oitava semana intra-útere

ro até 20 semanas de vida pós natal, são observados quanto a sua presença, intensidade e variabilidade.

**Princípios:** são as disposições fundamentais, as proposições básicas que delinham determinado tema/assunto. Consistem ainda nas bases que assentam os encaminhamentos necessários as condições subsequentes. São os alicerces dos conceitos, domínios, dimensões estudadas.

**Projeto Terapêutico Singular (PTS):** É um conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva, de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário.

**Qualidade de vida:** Apreciação dinâmica em relação à satisfação com a vida (percepção do progresso em direção aos objetivos identificados), a auto percepção (crenças e sentimentos sobre si mesmo), saúde e funcionamento (por exemplo, condições de saúde, capacidade de autocuidado), e fatores sócioeconômicos (por exemplo, vocação, educação, renda).

**Raciocínio clínico:** Processo usado por profissionais para planejar, dirigir, executar e refletir sobre o cuidado do cliente. O termo raciocínio profissional, considerado mais amplo, as vezes também é empregado.

**RAS (Redes de Atenção à Saúde):** são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

**Razão de Verossimilhança (likelihood ratio):** é aplicada para estimar a probabilidade de resultado positivo de um teste ser correto, ou a probabilidade de um resultado negativo ser incorreto. É o quociente entre duas probabilidades, sendo consideradas as proporções de pacientes que o teste identifica, correta e incorretamente, como tendo o diagnóstico e não os números absolutos de pacientes. A probabilidade de um resultado positivo ser correto é dada pela razão entre a proporção de pacientes corretamente identificados pelo teste e a proporção de pacientes incorretamente identificados pelo mesmo teste (JULL, 2002).

**Reabilitação:** É um processo de consolidação de objetivos terapêuticos, com uma proposta de atuação multiprofissional voltada para a recuperação e o bem-estar biopsicossocial do indivíduo.

**Recursos:** Consistem no conjunto de conhecimentos, saberes, habilidades, esquemas mentais, afetos, crenças, princípios, funções psicológicas, posturas que, ao serem mobilizados adequadamente nas relações e em ações conduzem ao desenvolvimento de competências.

**Referência e Contrarreferência:** Referenciar um paciente implica transferi-lo a um serviço de saúde especializado a partir de uma unidade básica de saúde. O processo deve ocorrer também no sentido oposto, ou seja, por meio da contrarreferência. Devem existir normas claras para o estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contrarreferência, objetivando garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e às ações de saúde de acordo com as suas necessidades.

**Resolubilidade:** É a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência (ABC do SUS, 1990).

**Resolutividade:** A resolutividade proposta pelo SUS faz inferência às possibilidades de resolução dos problemas de saúde dentro dos níveis de complexidade as quais foram detectadas (ABC do SUS, 1990).

**Restrições de participação:** são problemas que um indivíduo pode enfrentar quando está envolvido em situações da vida real. A presença da restrição de participação é determinada pela comparação entre a participação individual com aquela esperada de um indivíduo sem deficiência naquela cultura ou sociedade.

**Saberes:** Abrange, em sentido amplo, os conhecimentos, habilidades, experiências e percepções que compõem a aptidão do sujeito para a atividade profissional, construídos ao longo de uma trajetória. A acumulação de repostas sobre um determinado fenômeno, informações diferentes sobre algo, constitui o mundo dos saberes (GAMBOA, 2009). São plurais e heterogêneos, constituídos processualmente na existência das pessoas.

**Sensibilidade:** é um dos parâmetros fundamentais para a definição de um teste diagnóstico. Assim, quanto maior a sensibilidade do teste, maior a capacidade de o teste negativo afastar a doença, pois ocorre uma diminuição da probabilidade de falso negativo. Um aumento da sensibilidade decorre

de uma diminuição da especificidade e vice-versa (GREINER; GARDNER, 2000).

**Tecnologia assistiva - Recursos:** Todo e qualquer item, equipamento ou parte dele, produto ou sistema fabricado em série ou sob medida utilizado para aumentar, manter ou melhorar as capacidades funcionais das pessoas com deficiência. Podem variar de uma simples bengala a um complexo sistema computadorizado. Estão incluídos brinquedos e roupas adaptadas, computadores, softwares e hardwares especiais, que contemplam questões de acessibilidade, dispositivos para adequação da postura sentada, recursos para mobilidade manual e elétrica, equipamentos de comunicação alternativa, chaves e acionadores especiais, aparelhos de escuta assistida, auxílios visuais, materiais protéticos e milhares de outros itens confeccionados ou disponíveis comercialmente.

**Tecnologia assistiva - Serviços:** Definidos como aqueles que auxiliam diretamente uma pessoa com deficiência a selecionar, comprar ou usar os recursos acima definidos. São aqueles prestados profissionalmente à pessoa com deficiência visando selecionar, obter ou usar um instrumento de tecnologia assistiva. Como exemplo, podemos citar avaliações, experimentação e treinamento de novos equipamentos. Os serviços de Tecnologia assistiva são normalmente transdisciplinares envolvendo profissionais de diversas áreas.

**Tecnologia dura:** relacionada a equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas organizacionais (MERHY, 1997).

**Tecnologia leve-dura:** que compreende

todos os saberes bem estruturados no processo de saúde (MERHY, 1997).

**Tecnologia leve:** que se refere às tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização (MERHY, 1997).

**TIMP:** O Teste de Desempenho Motor Infantil (TIMP) é uma avaliação de postura e do movimento infantil que pode ser utilizada com RN de 32 semanas de IG até quatro meses de idade corrigida. Além disso, o TIMP é sensível às mudanças na coordenação motora conforme a idade e discrimina crianças com muitas complicações médicas, que tem significativamente scores mais baixos que as crianças saudáveis.

**Trabalho interdisciplinar:** é medido pelo grau de integração entre as disciplinas e a intensidade de trocas entre os especialistas na condução da linha de cuidado de um caso.

**Trabalho transdisciplinar:** é a forma de trabalhar envolvendo a integração, diálogo, e o entrelaçamento entre as diferentes áreas de conhecimento dentro de um trabalho de equipe.

**UBS:** Unidade Básica de Saúde.

**USF:** Unidade de Saúde da Família.

**Validade (de conteúdo e de população):** O conceito de “validade” trás subjetividade em si, pois ao afirmar que um instrumento de medição é válido, surge a pergunta: válido para qual propósito? A validade é o grau em que um determinado instrumento mede o que ele deveria medir (para um determinado conteúdo ou para uma determinada população) (CARMINES e ZELLER, 1979). Validade é, em fim, o grau de acurácia ou exatidão do resultado de uma medição, por exemplo, é o quanto o resultado se aproxima do que se pretende medir (ALEEN e YEN, 2003).

# Referências

ALLEN, M. J., YEN, W. M. **Introduction to measurement theory**. WaveLand Press, 2003.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (AOTA). Estrutura da prática da terapia ocupacional: domínio & processo. **Revista Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo**; jan.-abr. 2015; 26 (ed. esp.):1-49. 3ed.

AMORIM, A. S.; PINTO JUNIOR, V. L.; SHIMIZU, H. E.O desafio da gestão de equipamentos médico-hospitalares no Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v.39, n.105, p.350-62, abr-jun, 2015.

ASSIS, M.M.A.; ALVES, J.S.; SANTOS, A.M. Políticas de recursos humanos e a (re) significação das práticas dos trabalhadores no Sistema Único de Saúde (SUS): apontamentos para o debate. **Rev Baiana de Saúde Pública**, v. 32, p. 7-14, 2008.

BERODT, E. D. **Microcefalia**. Disponível em: <<http://www.compartir-educacionespecial.org>>. Acesso em: 20 de março de 2016.

BESTETTI, M. L. T. Ambiente, espaço físico e comportamento. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v.17, n.3, p. 601-610, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília; 1990.

BRASIL. **Caderneta de Saúde da Criança: menina**. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Caderneta de Saúde da Criança: menino**. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação Superior. Resolução CNE/CES n. 6, de 19 de fevereiro de 2002. **Institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em Terapia Ocupacional**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 de março de 2002. Seção 1, p.12.

BRASIL. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. **Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências**. Diário Oficial da União. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm)

BRASIL. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. **Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência** (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União. Brasília, 7 jul. 2015. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato20152018/2015/Lei/L13146.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato20152018/2015/Lei/L13146.htm).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 44 p.: il. color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

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: Ministério da Saúde, 2016. 123p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Aten-

ção Básica. **Saúde da criança:** acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 100 p.: il. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 11) (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF:** Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência.** 2. ed. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Autoavaliação para a Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica:** AMAQ. Brasília, DF, 2012. 134 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual AIDPI neonatal** 4. ed. – Brasília, DF, 2013. 228 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual de assistência domiciliar na atenção primária à saúde;** organizado por José Mauro Ceratti Lopes. Porto Alegre: Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília, DF, 2014. 116 p.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil** : texto constitucional

mulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília : Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496 p.

BRITO, M. J. M. et al. **Atenção familiar na estruturação da rede de saúde.** Esc Anna Nery (impr.) v.17, n.4, p.603 – 610, 2013.

CALDAS, A. S. C. et al. O uso da Medida Canadense de Desempenho Ocupacional em estudos brasileiros: Uma revisão sistemática. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 3, p. 238-244, set./dez. 2011

CARMINES, E. G., ZELLER, R. A., **Reliability and validity assessment.** Sage University paper, 1979.

CARVALHO, G. **A saúde pública no Brasil.** Estudos avançados, v.27, n.78, p.7-26, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142013000200002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso 03 Nov. 2016.

CAVALCANTI, A.; GALVÃO, C. R.C. **Terapia ocupacional:** fundamentação & prática. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

CAVALCANTI, P. C.S. et al . **Um modelo lógico da Rede Cegonha.** Physis, v 23, n.4, p. 1297-1316, 2013.

CHIAVERINI, D.H. **Guia prático de matriciamento em Saúde Mental.** Brasília: Ministério da saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.

proCIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais em Português, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla - 1ª ed, 2. reimp. atual. - São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2015.

COFFITO. Cartilha - **Diagnóstico: Microcefalia. E agora?** Material desenvolvido pelo Conselho Federal de Fisioterapia e de Terapia Ocupacional. (COFFITO, com apoio das associações ABRAFIN e ABRADIMENE, e colaboração dos profissionais entrevistados). 2016.

COFFITO. Resolução nº 08, de 20 de fevereiro de 1978. **Aprova as Normas para habilitação ao exercício das profissões de fisioterapeuta e terapeuta ocupacional e dá outras providências.** 1978.

COFFITO. Resolução nº 81, de 09 de maio de 1987. **Baixa Atos Complementares à Resolução COFFITO-8, relativa ao exercício profissional do TERAPEUTA OCUPACIONAL, e à Resolução COFFITO-37, relativa ao registro de empresas nos Conselhos Regionais de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, e dá outras providências.** Diário Oficial da União nº 93, Brasília, DF, 21 mai. 1987. Seção I, p. 7610.

COFFITO. Resolução nº 316, de 19 de julho de 2006. **Dispõe sobre a prática de Atividades de Vida Diária, de Atividades Instrumentais da Vida Diária e Tecnologia Assistiva pelo Terapeuta Ocupacional e dá outras providências.** Diário Oficial da União nº 158, Brasília, DF, 03 ago. 2006. Seção 1, p. 79.

COFFITO. Resolução nº 368, de 20 de maio de 2009. **Adota o Referencial Nacional de Honorários Terapêuticos Ocupacionais como padrão mínimo remuneratório-deontológico para o exercício profissional da Terapia Ocupacional e dá outras providências.** Diário Oficial da União nº 114, Brasília, DF, 18 jun. 2009. Seção 1.

COFFITO. Resolução nº 415, de 19 de maio de 2012. **Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro em prontuário pelo terapeuta ocupacional, da guarda e do seu descarte e dá outras providências.** Diário Oficial da União nº 99, Brasília, DF, 23 mai. 2012, Seção 1.

COFFITO. Resolução nº 425, de 08 de julho de 2013. **Estabelece o Código de Ética e Deontologia da Terapia Ocupacional.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 1 ago. 2013. Seção 1.

COFFITO. Resolução nº 445, de 26 de abril de 2014. **Altera a Resolução-COFFITO nº 418/2011, que fixa e estabelece os Parâmetros Assistenciais Terapêuticos Ocupacionais nas diversas modalidades prestadas pelo Terapeuta Ocupacional.** Diário Oficial da União nº 203, Brasília, DF, 21 out. 2014. Seção 1, p. 128-132.

CROCKER, L.; ALGINA, J. **Introduction to classical & modern test theory.** Flórida: Thonson, 2006. 571p.

CURY, V.C.R. **Reabilitação em Paralisia Cerebral.** Rio de Janeiro: Medbook, 2011.

DANTAS, E. B. **O processo de inclusão escolar estudo de caso de uma aluna com deficiência intelectual e síndrome de Angel-**

mem, 2012.

DIAS, M. B. et al. A Política Nacional de Atenção Domiciliar no Brasil: potencialidades, desafios e a valorização necessária da atenção primária à saúde. **J Manag Prim Heal Care**, v.6, n.1, p.1-7, 2015.

ERDMANN, A. L, et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.21, p. 131-139, 2013.

FALKENBERG, M. B. et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p.847-852, 2014.

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

FERREIRA, T. G.; OLIVER, F. C. A atenção domiciliar. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 21, n. 3, p. 189-197, set./dez. 2010. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/viewFile/14104/15922>. Acesso em 02 dez 2016.

FERRO, L. F. et al. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**, v.38, n.2, p.129-138, 2014.

GAGLIARDO, H. et al. Método para avaliação da conduta visual de lactentes. **Arq. Neuro-Psiquiatr.**, São Paulo , v. 62, n. 2a, p.

-306, June 2004 .

GARCIA, A. C. P. et al. Ambiência na Estratégia Saúde da Família. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, v.3, n.2, p. 36-41, 2015.

GARCIA, et al. Intersetorialidade na saúde no Brasil no início do século XXI: um retrato das experiências. **Saúde Debate**, v.38, n.103, p. 966-980, 2014.

GIACOMOZZI, C. M.; LACERDA, M. R. A prática da assistência domiciliar dos profissionais da estratégia de saúde da família. **Texto contexto - enferm [online]**, v.15, n.4, p.645-653, 2006.

GIOVANELLA, L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, s.1, p.1081-1096, 2011.

GOMES, M.D. et al. Translation and Cross-cultural Adaptation to Portuguese of the Sensory Processing Measure-Preschool (SPM-P). **Research and Networks in Health**, v. 1, n. 2, 2016.

GONÇALVES, C. R. et al. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. **Saúde Debate**, v.38, n.100, p.26-34, 2014.

GREINER, M.; GARDNER, I. A. Epidemiologic issues in the validation of veterinary diagnostic tests. **Preventive veterinary medicine**, n.45, p.3-22, 2000.

GUIMARÃES C.L.L.N. et al. Desenvolvimento

300motor avaliado pelo Test of Infant Motor Performance: comparação entre lactentes pré-termo e a termo. **Rev Bras Fisioter.** 2011;15(5):357-62.

HALLAL, C. Z., MARQUES, N. R., BRACCIALLI, R. M. P. Aquisição de habilidades funcionais na área de mobilidade em crianças atendidas em um programa de estimulação precoce. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.** v.18, n.1, p.27-34, 2008.

HIRATUKA, E.; MATSUKURA, T.S.; PFEIFER, L.I.. Adaptação transcultural para o Brasil do sistema de classificação da função motora grossa (GMFCS). **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v.14, n.6, p.537-44, 2010.

HOHMANN, P.; CASSAPIAN, M. R. Adaptações de baixo custo: uma revisão de literatura da utilização por terapeutas ocupacionais brasileiros. **Revista Terapia Ocupacional Universidade São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 10-18, jan./abr. 2011.

JULL, A. Evaluation of studies of assessment and screening tools, and diagnostic tests. **Evidence Based Nursing**, v.5, n.3, p.68-72, 2002.

LIMA, E.M.F.A. A análise de atividade e a construção do olhar do terapeuta ocupacional. **Revista Terapia Ocupacional Universidade de São Paulo**, v. 15, n. 2, p. 42-8, maio/ago., 2004.

MÂNGIA, E. F.; MURAMOTO, M. T. Itinerários terapêuticos e construção de projetos terapêuticos cuidadores. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v.19, n.3, p.176-182, 2008.

MARTINELLI, S. A. A Importância De Atividade

de De Lazer Na Terapia Ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, Jan/Abr 2011, v. 19, n.1, p. 111-118.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. Atenção à Saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde**. PEREIRA, I.B.; LIMA, J. C. F. (Orgs). 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Organização Pan-Americana da Saúde**, v. 549, 2011.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Práxis em salud um desafio para lo público**. São Paulo: Hucitec; 1997.

MITTLER, P. **Educação Inclusiva: Contextos Sociais**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

MULLIGAN, S. **Occupational therapy evaluation for children: a pocket guide**. Lippincott: Williams & Wilkins, 2003.

MUSTARD, J. FRASER. Desenvolvimento cerebral inicial e desenvolvimento humano. **Enciclopédia sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [on-line]**. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development, 2010.

OLIVEIRA, M. I. C. et al. Promoção, proteção e apoio à amamentação na atenção primária à saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil: uma política de saúde pública baseada em evidência. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, n.6, p.1901-1910, 2005.

PAIM, A. M. G. et al. Terapia Ocupacional:

Contribuindo para a Função. In: DINI, L. I.; DALACORTE, A. (Orgs.). **Cuidando do doente em casa: Um guia auxiliar para a reabilitação do paciente neurológico.** Porto Alegre: Livre Comércio, 2009. p. 55-66.

PAULON, S.M. et al. **DOCUMENTO SUBSIDIÁRIO À POLÍTICA DE INCLUSÃO.** 2005. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/docsubsidiariopoliticaeinclusao.pdf>>. Acesso em: 03 de janeiro de 2016.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de Trabalho em Saúde. In: **Dicionário da educação profissional em saúde.** PEREIRA, I.B.; LIMA, J. C. F. (Orgs). 2.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

ROCHA, C. R. et al. Terapia Ocupacional em Assistência Oncológica Domiciliar – a Experiência da “São Paulo Internações Domiciliares”. In: OTHERO, M. B. (Org.). **Terapia Ocupacional: Práticas em Oncologia.** São Paulo: Roca, 2010. p. 365-387.

ROCHA, E. F.; SOUZA, C. C. B. X. Terapia Ocupacional em reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 36-44, jan./abr. 2011.

ROCHA, F.B. , DOUNIS, A.B. Perfil sensorial de estudantes da primeira série do ensino fundamental: análise e comparação com o desempenho escolar. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 373-382, 2013.

RODRIGUES, O. M.P.R. Escalas de desenvolvimento infantil e o uso com bebês. **Educ. rev.**, Curitiba , n. 43, p. 81-100, Mar. 2012 .

ROMEIRO, C. et al. O modelo lógico como ferramenta de planejamento, implantação e avaliação do programa de Promoção da saúde na estratégia de saúde da família do Distrito Federal. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 18, n. 1, p. 132-142, 2013.

RONCHI, J. P.; AVELLAR, L. Z. Ambiência na Atenção Psicossocial InfantoJuvenil: um estudo no CAPSi. **Saúde e Sociedade**, v.22, n.4, p.1045-1058, 2013.

ROSA, S.D.; ROSSIGALLI, T.M.; SOARES, C.M. Terapia Ocupacional e o Contexto Familiar. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, Jan-Abr 2010, v. 18, n.1, p 7-17.

SANTOS R.S. et al. Diagnóstico precoce de anormalidades no desenvolvimento em prematuros: instrumentos de avaliação. **J Pediatr** (Rio J.) 2008; 84:289-99.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D. E. P.; JEAN, R. A construção da interdisciplinaridade no trabalho da Equipe de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 11, p. 3203-3212, 2013.

SILVA, A. C. D. et al. Fatores associados ao desenvolvimento neuropsicomotor em crianças de 6-18 meses de vida inseridas em creches públicas do Município de João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v.31, n.9, p.1881-1893, 2015.

SOUZA, A. C., MARINO, M. S. F. The role of the Occupational Therapist with children with neuropsychomotor development delay. **Cadernos de Terapia Ocupacional da**

**UFSCar**, v.21, n.1, p.149-153, 2013.

SUZUKI, V. F.; CARMONA, E. V.; LIMA, M. H. M. Planejamento da alta hospitalar do usuário diabético: construção de uma proposta. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n.2, p. 527-532, 2011.

TEIXEIRA, E. R.; BARBOSA, M. S.; SILVA, C. M. C. Trabalhando a transdisciplinaridade na clínica do cuidado em saúde. **REVISTA ENFERMAGEM PROFISSIONAL**, v.1, n.2, p.315-330, 2014.

TELES, F.M.; RESEGUE, R.; PUCCINI, R.F. Habilidades funcionais de crianças com deficiências em inclusão escolar: barreiras para uma inclusão efetiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 10, p. 3023-3031, Out. 2013.

VELÁSQUEZ, F. R. **Enfoques sobre el aprendizaje humano**. Venezuela, 2001.

VYGOTSKY, L. **A formação social da mente**: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 4ª.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

WILCOCK, W.; TOWNSEND, E. A. Occupational justice. **Willard and Spackman's occupational therapy**, p. 541-552, 2014.

### LEITURA RECOMENDADA

CASE-SMITH, J.; CLARK, G. J. F.; SCHLABACH, T. L. Systematic review of interventions used in occupational therapy to promote motor performance for children ages birth–5 years. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 67, n. 4, p. 413-424, 2013.

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.

EL-MAKSOU, G. M. A.; GHARIB, N. M.; HUSSEIN, R. Visual-Based Training Program for Motor Functions in Cerebral Palsied Children with Cortical Visual Impairment. **International Journal of Therapies and Rehabilitation Research**, v. 5, n. 4, p. 265-277, 2016.

IDE, M. G.; YAMAMOTO, B. T.; SILVA, C. C. B. Identificando possibilidades de atuação da Terapia Ocupacional na inclusão escolar. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 19, n. 3, p. 323-332, 2011.

FAVILLA, M. et al. Avaliação da visão funcional de uma criança prematura com cegueira congênita. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 22, n. 2, p. 429-434, 2014.

FIORINI, B.; ARAÚJO, R. C. T. Apoio de Terapia Ocupacional para a participação escolar de criança com artrogripose múltipla congênita: um estudo de caso. **Revista Educação Especial**, Santa Maria, v. 1, n. 1, p. 209-224, 2014.

FONSÊCA, M. E. D.; SILVA, Á. C. D. Concepções e uso do brincar na prática clínica de terapeutas ocupacionais. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 3, 2015.

GALHEIGO, S. M.; ANGELI, A. A. C. Terapia Ocupacional e o cuidado integral à saúde de crianças e adolescentes: a construção do Projeto ACCALANTO. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 19, n. 3, p. 137-143, 2008.

HOHMANN, P.; CASSAPIAN, M. R. Adaptações de baixo custo: uma revisão de literatura da utilização por terapeutas ocupacionais brasileiros. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 10-18, 2011.

JENG, S.F. et al. Alberta infant motor scale: reliability and validity when used on preterm infant in Taiwan. **Physical therapy**, v.80, n.2, p.168, 2000.

KNOX, V.; EVANS, A. L. Evaluation of the functional effects of a course of Bobath therapy in children with cerebral palsy: a preliminary study. **Developmental Medicine & Child Neurology**, v. 44, n. 7, p. 447-460, 2002.

LEONARD, H. C.; HILL, E. L. Review: the impact of motor development on typical and atypical social cognition and language: a systematic review. **Child and Adolescent Mental Health**, v. 19, n. 3, p. 163-170, 2014.

MANACERO, S; NUNES, M. L. Evaluation of motor performance of preterm newborns during the first months of life using the Alberta Infant Motor Scale (AIMS). **Jornal de Pediatria**, v.84, n.1, p.53-59, 2008.

MANCINI, M. C. et al. Efeito moderador do risco social na relação entre risco biológico e desempenho funcional infantil.

**RevBras Saúde MaternInfant**, Recife, v. 4, n. 1, p. 25-34, 2004.

MUSTARD, J. F. Desenvolvimento cerebral inicial e desenvolvimento humano. **Enciclopédiasobre o Desenvolvimento na Primeira Infância [on-line]**. Montreal, Quebec: Centre of Excellence for Early Childhood Development, 2010.

NOVAK, I. Evidence-based diagnosis, health care, and rehabilitation for children with cerebral palsy. **Journalofchild-neurology**, v. 29, n. 8, p. 1141-1156, 2014. OTHERO, M. B.; DALMASO, A. S. W. Pessoas com deficiência na atenção primária. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 13, n. 28, p. 177-188, 2009.

PAZIN, A. C.; MARTINS, M. R. I. Desempenho funcional de crianças com Síndrome de Down e a qualidade de vida de seus cuidadores. **Revista de Neurociências**, v. 15, n. 4, p. 297-303, 2007.

REYNOLDS, L. C. et al. Parental presence and holding in the neonatal intensive care unit and associations with early neurobehavior. **JournalofPerinatology**, v. 33, n. 8, p. 636-641, 2013.

SANT'ANNA, M. M. M.; BLASCOVI-ASSIS, S. M.; MAGALHÃES, L. M. Lúdico: Favorecendo o Brincar da Criança com Deficiência Física. **Revista da Associação Brasileira de Atividade Motora Adaptada**, Marília, v. 16, n. 1, p. 15-18, 2015.

SILVA, R. S. et al. Proposta interdisciplinar do Design de Produtos com a Terapia Ocupacional no Processo de Desenvolvimento

de Produtos para crianças com baixa visão. **Design & tecnologia**, Porto Alegre, v. 5, n. 7, p. 10-19, 2014.

SOUZA, A. C.; MARINO, M. S. S. Atuação do Terapeuta Ocupacional com criança com atraso do desenvolvimento neuropsicomotor. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 1, p. 149-153, 2013.

TSAI, Li-Ting et al. A New Visual Stimulation Program for Improving Visual Acuity in Children with Visual Impairment: A Pilot Study. **Frontiers in human neuroscience**, v. 10, apr. 2016.

VAN SCHAİK, E. E.; SOUZA, C. C.B. X., ROCHA, E. F. **Reflexões sobre a atenção às crianças com deficiência na atenção primária à saúde.**

REALIZAÇÃO



# crefito1

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E  
TERAPIA OCUPACIONAL DA PRIMEIRA REGIÃO

APOIO





# crefito1

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E  
TERAPIA OCUPACIONAL DA PRIMEIRA REGIÃO

**PRESIDENTE:** Silano Souto Mendes Barros

**DIRETORIA:** Leiliane Gomes | Flávio Maciel | Amanda Cavalcanti Belo

**CONSELHEIROS EFETIVOS:** Eliete Moreira Colaço | Francisca Rego Oliveira de Araújo | Iara Lucena Barbosa de Lima | Talita Santos Camêllo | Valderlene Guimarães Santos

**CONSELHEIROS SUPLENTEs:** Charles Petterson Andrade de Omena | Cinthia Rodrigues de Vasconcelos | Dimitri Taurino Guedes | Francimar Ferrari Ramos | Joana Valeriano de Almeida Aguiar e Silva | Tarcísio Fulgêncio Alves da Silva | Tereza Cristina Rocha Pedroza





# crefito1

CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E  
TERAPIA OCUPACIONAL DA PRIMEIRA REGIÃO

editora



redeunida