

Diagnóstico situacional e intervención de terapia ocupacional en la unidad de terapia intensiva pediátricos onco-hematológico**Diagnóstico situacional e intervenções de terapia ocupacional em unidade de terapia intensiva onco-hematológica pediátrica****Situational diagnosis and occupational therapy contributions in a pediatric onco-hematologic intensive care unit****Recibido: 05/06/2017****Aprobado: 15/11/2017****Publicado: 30/03/2018****Mariana de Paiva Franco¹****Aide Mitie Kudo²**

El objetivo de este estudio fue trazar el diagnóstico situacional de una Unidad de Terapia Intensiva Onco-hematológica Pediátrica (UTIOP) y verificar las posibles intervenciones de Terapia Ocupacional (TO). Este es un relato de experiencia retrospectivo y descriptivo, realizado en 2014 considerando el período de cuatro meses después de la inserción de la TO en la UTIOP de un Hospital terciario de la ciudad de São Paulo. A partir de la comprensión del perfil de los pacientes y de la dinámica de la Unidad, fue posible la elaboración de un instrumento de evaluación. Para el periodo la TO atendió 25 de 29 niños internados, con predominio de edad de hasta 7 años y diagnóstico de leucemia, con la condición de internación de consiente o sedado y tiempo de internación de hasta 7 días. La Terapia Ocupacional realizó 97 intervenciones: evaluación, orientaciones a los cuidados, posición en el lecho, Tecnología Asistida. A partir de la experiencia clínica se puede afirmar que el TO posee competencia para intervenir junto a los pacientes y de sus familiares en el espacio de la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica y Oncológica, contribuyendo significativamente con el equipo multiprofesional y en la calidad de vida de los pacientes/cuidadores asistidos.

Descriptor: Terapia ocupacional; Unidades de cuidado intensivo pediátrico; Servicio de oncología en hospital.

O objetivo deste estudo foi traçar o diagnóstico situacional de uma Unidade de Terapia Intensiva Onco-hematológica Pediátrica (UTIOP) e verificar as possíveis intervenções de Terapia Ocupacional (TO). Este é um relato de experiência retrospectivo e descriptivo, realizado em 2014 considerando o período de quatro meses após a inserção da TO na UTIOP de um Hospital terciário da cidade de São Paulo. A partir da compreensão do perfil dos pacientes e da dinâmica da Unidade, foi possível a elaboração de um instrumento de avaliação. Para o período a TO atendeu 25 de 29 crianças internadas, com predominância de idade de até 7 anos e diagnóstico de leucemia, com a condição de internação de consciente ou sedado e tempo de internação de até 7 dias. a TO realizou 97 intervenções: avaliação, orientações aos cuidadores, posicionamento no leito, Tecnologia Assistiva. A partir da experiência clínica pode se afirmar que o TO possui competência para intervir junto aos pacientes e seus familiares no espaço da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Oncológica, contribuindo significativamente com a equipe multiprofissional e na qualidade de vida dos pacientes/cuidadores assistidos.

Descritores: Terapia ocupacional; Unidades de terapia intensiva pediátrica; Serviço Hospitalar de Oncologia.

The objective of this study was to trace the situational diagnosis of a Pediatric Onco-hematological Intensive Care Unit (POICU) and verify the possible interventions of Occupational Therapy (OT). This is a retrospective and descriptive experience report carried out in 2014, considering the period of four months after insertion of OT in the POICU of a tertiary hospital in the city of São Paulo. Based on the understanding of the patients' profile and the dynamics of the Unit, it was possible to create an assessment instrument. For the period studied, 25 out of 29 hospitalized children aged over 7 years and diagnosed with leukemia were admitted to the hospital in conscious or sedated state at the moment of hospitalization, and the length of hospitalization was up to 7 days. Occupational Therapy performed 97 interventions: assessment, guidance to caregivers, bed positioning, Assistive Technology. The clinical experience made it possible to affirm that OT has competence to intervene in the case of patients and families in the space of Pediatric Onco-hematological Intensive Care Unit, significantly contributing to the multiprofessional team and to the quality of life of the patients/careers assisted.

Descriptors: Occupational therapy; Pediatric intensive care units; Hospital oncology service.

¹Terapeuta Ocupacional. Especialista en Salud Mental. Especialista en Intervención Neuro-pediátrica. ORCID: 0000-0001-7933-1256 E-mail: mariana.franco@hc.fm.usp.br

² Terapeuta Ocupacional. Especialista en Administración Hospitalaria. Supervisora del Servicio Hospitalario y Coordinadora del Servicio de Terapia Ocupacional del Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. ORCID: 0000-0003-2233-5701 E-mail: aide.kudo@hc.fm.usp.br

INTRODUCCIÓN

EL cáncer en niños y adolescentes entre 0 y 19 años, es un conjunto de enfermedades que presenta características propias, principalmente en relación al comportamiento clínico y a la histopatología.

Es considerada rara, correspondiendo entre 1% y 3% de todos los tumores malignos. En Brasil, muertes de niños y jóvenes causadas por el cáncer representan 7%, siendo considerada la mayor causa de muerte ligada a enfermedades. En 2013, ocurrieron 2.835 muertes relacionadas al cáncer de niños y jóvenes de 1 a 19 años. Los diagnósticos de neoplasias más comunes en la infancia son las leucemias, tumores del sistema nervioso central, linfomas, neuroblastoma, tumor de Wilms, retinoblastoma, tumor germinativo, osteosarcoma y sarcomas¹.

En los últimos 40 años, el progreso en el tratamiento del cáncer en la infancia y adolescencia fue significativo, ocurriendo suceso en el tratamiento en 70% de los casos, cuando fueron diagnosticados precozmente y tratados en centros especializados².

El creciente avance del conocimiento científico, de la tecnología en el diagnóstico y de los recursos terapéuticos, han contribuido en la eficacia del tratamiento de niños portadores de patologías onco-hematológicas, con todo, la propia evolución de la enfermedad y complicaciones clínicas con riesgo de muerte durante el tratamiento aún es una realidad. En esa fase, los recursos de la unidad de terapia intensiva son fundamentales para superar esa etapa crítica del tratamiento³.

La Unidad de Terapia Intensiva se caracteriza por una unidad con estructura capaz de prestar asistencia especializada a pacientes graves, en estado crítico que necesitan de controles rigurosos e intensivos de los parámetros vitales y que presentan potencial de riesgo de muerte⁴. Estos hechos requieren atención multi-profesional especializada de forma continua, materiales específicos y tecnologías necesarias al diagnóstico, monitorización y terapia.

En cuanto a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica, ella no difiere de la

Unidad de Adulto, y es definida, según la Resolución nº 7, de 24 de febrero de 2010, del Ministerio de Salud, como área crítica destinada a la internación de pacientes graves con edad de 29 días a 14 o 18 años, siendo este límite variable de acuerdo con cada institución⁵.

Debido a esas condiciones, el paciente en terapia intensiva, normalmente es un paciente: clínicamente grave/crítico; hemodinámicamente inestable; con nivel de consciencia alterado (pudiendo estar en vigilia, en coma o coma inducido); en monitorización continua de las señales vitales; con necesidad de ventilación mecánica (para pacientes con insuficiencia respiratoria); con accesos venosos periféricos o central para infusión de medicaciones, drenaje y sondas; manipulado constantemente, por los profesionales, debido a los procedimientos clínicos invasivos, controles y medicaciones; y, restringido al lecho³.

En cuanto al ambiente físico, la UTI es caracterizada por ser una unidad cerrada, restringida y limitada para acceso de las personas; con los lechos pudiendo ser separados por divisorias, dispuestos de manera que posibiliten observación constante por los profesionales; utilización de diversos equipamientos de monitorización y de soporte básico de vida, como ventiladores mecánicos (VM), monitores de señales vitales, equipamientos para infusión continua y control de fluidos; iluminación, normalmente artificial, continua y colectiva; con ruidos intermitentes debido a los equipamientos con alertas sonoras³.

Aún en relación a la Resolución nº 7, de 24 de febrero de 2010, del Ministerio de Salud, el 18º artículo, recomienda que una Unidad de Terapia Intensiva Adulto y Pediátrico, debe garantizar la asistencia de Terapia Ocupacional por medios propios o tercerizados⁵.

Ante esto, el terapeuta ocupacional insertado en el equipo multiprofesional de la Unidad de Terapia Intensiva puede contribuir con la atención integral al paciente y su familiar.

La mirada del terapeuta ocupacional considerando el individuo en sus aspectos personal, social y afectivo puede minimizar los sufrimientos causados por el proceso de enfermedad e internación utilizando los recursos terapéuticos ocupacionales adecuados al ambiente de terapia intensiva y las condiciones clínicas del paciente⁶.

La Terapia Ocupacional actúa en la prevención y promoción de acciones para la manutención de los desempeños ocupacionales que posibilitan la mejoría de la salud, calidad de vida y autonomía del paciente, responsable por analizar y promover la vida ocupacional del paciente en sus diferentes aspectos⁷.

En contexto hospitalario pediátrico, la actuación de la Terapia Ocupacional está volcada para la promoción de la salud, buscando alternativas para potencializar la calidad de vida del paciente y resignificación de lo cotidiano que fue interrumpido, en función de la enfermedad y de la internación⁸.

La actuación profesional en este contexto debe abarcar aspectos físicos, orgánicos y funcionales, así como los del ámbito psicosocial inherentes al curso de la enfermedad, tratamiento y hospitalización, como dolor y ruptura de lo cotidiano, riesgo eminente de muerte, así como las expectativas de los pacientes y familiares a respecto del tratamiento, cuidados e impactos en su cotidiano y rutina intra y extra-hospitalaria⁷.

En este sentido, la actuación es amplia, abordando aspectos físicos de la funcionalidad; prevención de úlceras por presión en función de la inmovilidad en el lecho; auxilio en la comunicación e interacción del paciente; y aspectos emocionales resultantes de la clínica del paciente y del ambiente estresor de la unidad de terapia intensiva.

Así, el objetivo de este estudio fue trazar el diagnóstico situacional de una Unidad de Terapia Intensiva Onco-hematológica Pediátrica (UTIOP) y verificar las posibles intervenciones de TO.

MÉTODO

El presente estudio se caracteriza como un relato de experiencia que busca presentar el análisis en retrospectiva sobre la actuación de

la Terapia Ocupacional, realizada en el período de abril/2014 a agosto/2014, durante el inicio de la asistencia terapéutica ocupacional en una Unidad de Terapia Intensiva, insertada en la Unidad de Onco-hematología Pediátrica de un Hospital Terciario especializado, vinculado a una Institución de Enseñanza Superior de la ciudad de São Paulo.

El proceso de inserción de la Terapia Ocupacional inició en la primera quincena de abril de 2014, concomitantemente con la inauguración de la referida Unidad. En agosto de 2014, se juzgó necesario realizar un análisis retrospectivo, trazando un diagnóstico situacional de la Unidad Intensiva y buscando comprender el perfil de los pacientes, dinámica de la unidad y las posibles intervenciones terapéuticas ocupacionales en este contexto.

Se trata de un estudio descriptivo, realizado por medio de observaciones clínicas, registros de internaciones, datos personales y clínicos contenidos en prontuario y registro de intervenciones realizadas por la terapeuta ocupacional de referencia de la Unidad y, de discusión clínica con el equipo multi-profesional. Los datos fueron analizados y presentados en forma de gráficos.

RESULTADOS

Las actividades de la UTIOP tuvieron inicio en la segunda quincena de abril de 2014, con capacidad operacional para siete lechos, pero solamente con tres lechos activos en el período del análisis.

El público albo fueron pacientes de 0 a 18 años con diagnóstico de enfermedades Onco-hematológicas o que habían sido sometidas a Trasplante de Células Tronco Hematopoyéticas (TCTH). En este período (2^a quincena de abril a 1^a quincena de agosto de 2014), la unidad prestó asistencia a 29 pacientes.

La inserción de la Terapia Ocupacional en este contexto, ocurrió concomitantemente con la inauguración de la Unidad y en este período, fueron atendidos por el Servicio de Terapia Ocupacional, 25 pacientes, con edad entre 5 meses y 22 años, con predominancia de 0 a 8 años (Gráfico 1).

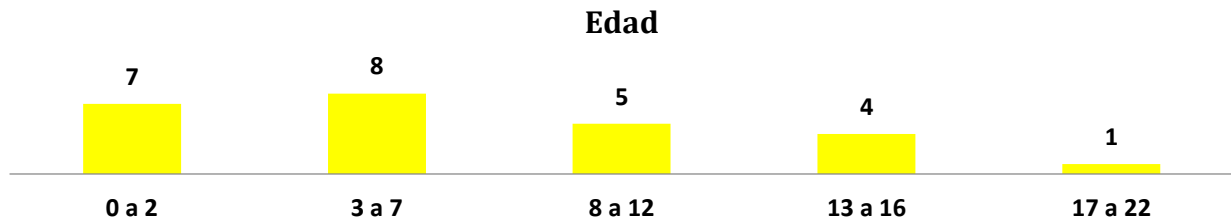


Gráfico 1. Grupo de edad de internados en la UTI pediátrica entre abril al agosto de 2014. HC-FMUSP, 2014.

En cuanto al diagnóstico de base, se observaron las siguientes patologías: leucemias (LMA e LLA) (40%), tumores del SNC (28%) –entre estos, el medulloblastoma tuvo la mayor prevalencia (16%^{x'}) - , neuroblastoma (8%), seguidos por linfoma

(4%), anemia hemolítica auto inmune (AHAI) (4%), adrenoleucodistrofia (4%), síndrome de la inmunodeficiencia combinada (SCID) (4%), osteopetrosis (4%) e histiocitosis (4%), conforme el Gráfico 2.

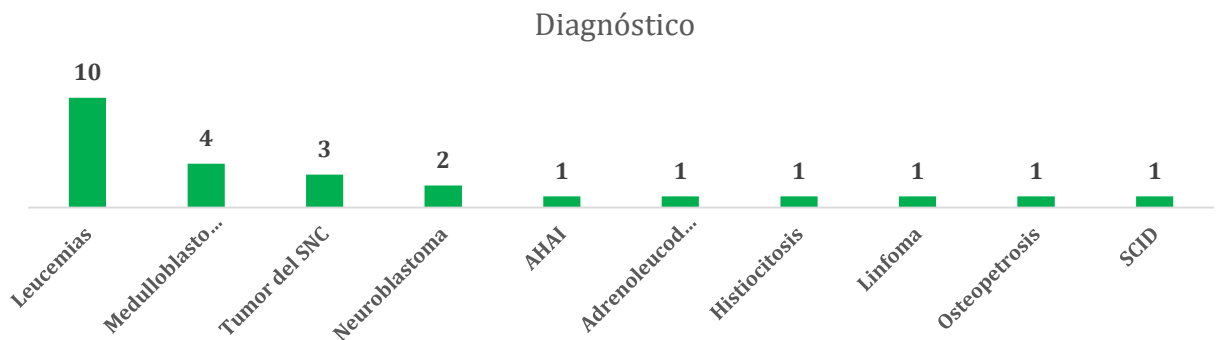


Gráfico 2. Diagnóstico de internados en UTI pediátrica entre abril al agosto de 2014. HC-FMUSP, 2014.

Los motivos para transferencia para UTIOP fueron: sepsis (28%), riesgo de lisis tumoral (16%), rebajamiento del nivel de consciencia (12%), complicaciones después TCTH (12%), abdomen agudo (8%), seguidos

por riesgo de hemorragias (4,8%), accidente vascular encefálico (AVE) (4,8%), hipertensión refractaria (4,8%), mal convulsivo (4,8%) y complicaciones respiratorias (4,8%), como en el Gráfico 3.

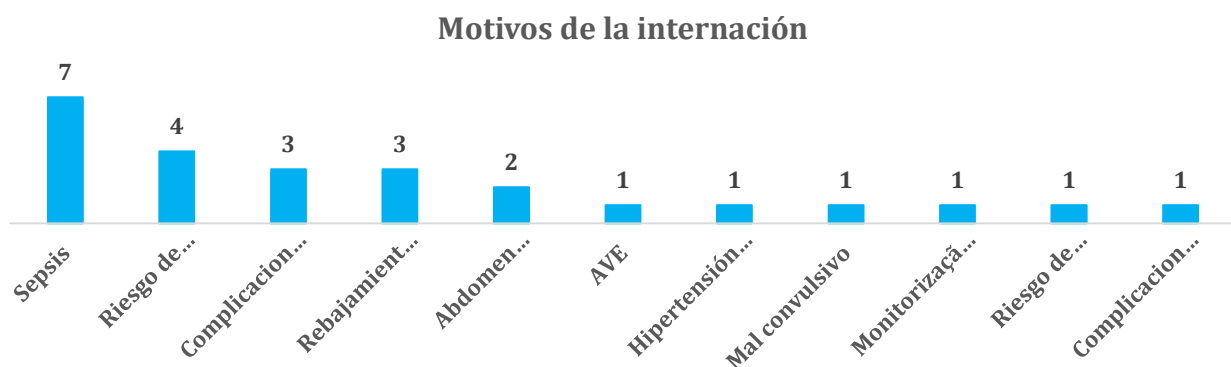


Gráfico 3. Motivos de la internación en la UTI pediátrica entre abril al agosto de 2014. HC-FMUSP, 2014.

En las condiciones presentadas por los pacientes durante las intervenciones en el requisito comunicación/interacción, se clasificó en cuatro categorías: contactante;

sedado, rebajamiento del nivel de consciencia; y, sedado/contactante. En la categoría 1 – contactante, fueron incluidos los pacientes con posibilidad de comunicación verbal o no

verbal. En la categoría 2 - rebajamiento del nivel de consciencia, aquellos que no establecen ningún tipo de comunicación debido al nivel de consciencia rebajado. En la categoría 3 - sedado, aquellos que no establecen contacto debido a la necesidad del uso de medicaciones para sedación debido a la

condición clínica y/o necesidad de intubación oro traqueal (IOT). Ya en la categoría 4 - sedado/ contactante, aquellos que la terapeuta ocupacional realizó intervenciones en dos momentos distintos, durante el período de sedación y después desentubación, conforme el Gráfico 4.

Condiciones de internación

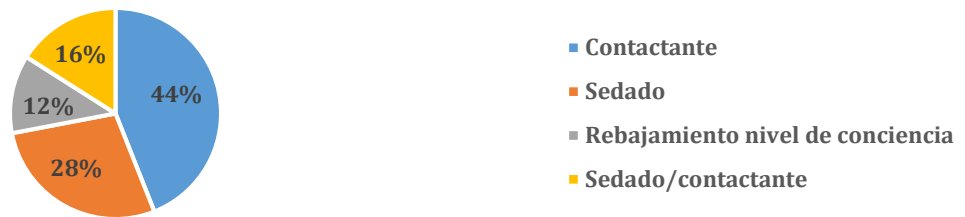


Gráfico 4. Condiciones de internación en la UTI pediátrica entre abril a agosto de 2014. HC-FMUSP, 2014.

En cuanto al tiempo de permanencia en la UTIOP de los pacientes atendidos por la Terapia Ocupacional hubo una variable entre 1 e 98 días. Habiendo una mayor prevalencia entre 1 a 7 días, representado por 52% de los

casos, seguidos por 24% en el período entre 8 a 14 días, 16% entre 15 a 21 días y 4% entre 22 a 28 días y el mismo porcentaje para hasta 98 días de permanencia en la unidad, como en el Gráfico 5.

Tiempo de permanencia (días)

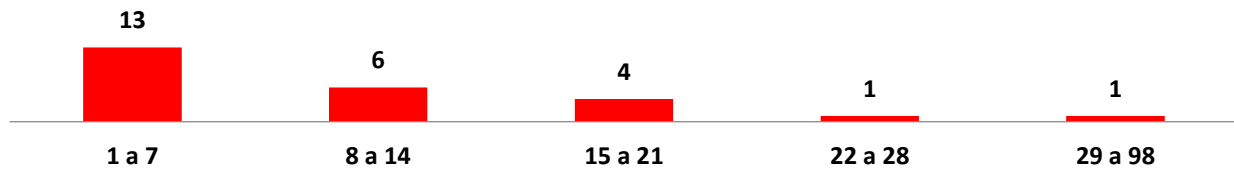


Gráfico 5. Días de internación en la UTI pediátrica entre abril al agosto de 2014. HC-FMUSP, 2014.

En las formas de alta o salida hubieron tres tipos: óbito, para la residencia y transferencias. Las transferencias se dieron

para otras unidades vinculadas al referido hospital y retorno al servicio de origen, conforme Gráfico 6.

Tipos de alta



Gráfico 6. Tipos alta-salida de la UTI pediátrica entre abril al agosto de 2014. HC-FMUSP, 2014.

En el período analizado, fueron realizadas 97 intervenciones de Terapia Ocupacional y se constituyeron por: evaluación, orientaciones a los cuidadores, posicionamiento en el lecho, Tecnología Asistida – evaluación y confección de ortesis de MMSS y adaptación para el jugar; realización de actividad de interés y acogimiento de padres o acompañantes.

DISCUSIÓN

Los hallazgos en este estudio en relación a lo que señala a la leucemia (40%) y los tumores del sistema nervioso central (SNC) como los principales diagnósticos de los pacientes atendidos en esta Unidad, están en relación a lo que es descrito por el INCA, 2017, donde refieren que las leucemias representan el mayor porcentaje (26%), seguida de los linfomas (14%) y tumores del sistema nervioso central en la población pediátrica; así como, la estimativa de ocurrencia de 12.600 nuevos casos de cáncer en el grupo de edad de cero a 19 años en 2017⁹.

En relación a las condiciones de interacción presentadas por los pacientes, se observa que, la mayoría de los pacientes se encuadró en la categoría 1 – contactantes (44%), lo que posibilitó una gran variación de estrategias para el atendimento terapéutico ocupacional, sin embargo vale la pena resaltar que, debido a la ausencia de unidad de internación semi intensiva en este servicio, pacientes con demandas para este tipo de cuidado, se internaron en la UTIOP, pudiendo ocurrir alteraciones en este perfil después de la implantación de la unidad semi intensiva.

Un formulario de evaluación fue elaborado con el objetivo de identificar demandas para acompañamiento del paciente y/o familiares, considerando a las necesidades presentadas por el paciente y/o cuidador, las condiciones clínicas y/o de las condiciones de comunicación e interacción de los pacientes.

Algunos aspectos fundamentales para la evaluación en el contexto de la terapia ocupacional³:

- histórico ocupacional;
- red familiar/social de soporte;

- impacto de la internación (paciente /cuidador);
- alteración en el desempeño ocupacional;
- histórico de la enfermedad;
- condiciones clínicas;
- nivel de consciencia;
- alteraciones percepto-cognitivas;
- alteraciones neuromusculares/esqueléticas;
- desarrollo neuropsicomotor.

La evaluación engloba aspectos físicos y emocionales del paciente y debe guiar la línea para establecer el programa terapéutico ocupacional. En la UTI, la conducta de Terapia Ocupacional debe ser centrada en el estado clínico, funcional, emocional y cognitivo del paciente. La consulta previa al prontuario anterior a la intervención es fundamental para observar el histórico clínico previo, como cirugías y hospitalizaciones¹⁰.

A partir de la apropiación de la rutina y del entendimiento de los equipamientos específicos insertados en el contexto de la UTI, el terapeuta ocupacional, se siente más seguro, con posibilidades de ampliación de su práctica, identificando estrategias de intervenciones, a pesar de la inestabilidad clínica y gravedad de los pacientes atendidos¹¹.

Los principales objetivos de intervenciones de la terapia ocupacional en una UTIP son³:

Pacientes

- resignificación de lo cotidiano;
- minimización de los impactos de la internación en la UTI;
- prevención de eventuales deformidades, edemas, puntos de presión y dolor (pacientes sedados o en vigilia – restringidos al lecho);
- mantención del desempeño ocupacional;
- mantención de la capacidad funcional;
- vigilancia del desarrollo neuropsicomotor (bebés);
- asistencia a los pacientes y cuidadores en proceso terminal.

Ambiente

- orientación espacio-temporal;
- privacidad;
- individualidad;
- reducción de estímulos adversos (ruidos, iluminación).

Cuidadores

- Orientación, acogimiento y *potenciación*.

La intervención precoz e intensiva de Terapia Ocupacional es efectiva en la prevención del delirium en adultos hospitalizados, reduce su tiempo de internación y aumenta el nivel de independencia funcional motora en ocasión de su alta¹².

El ambiente de una UTI es marcado por ser un local adverso y poco acogedor, por los ruidos de los equipamientos, necesidad de procedimientos y prácticas invasivas, nivel elevado de estrés¹¹.

Sin embargo se resalta respecto de las posibilidades de intervención volcada para este ámbito, siendo ellas, desde la concientización del equipo en relación a la reducción de ruidos, hasta la realización de actividades buscando la orientación espacio-temporal de estos pacientes después de períodos prolongados en este contexto.

Por tratarse de una unidad pediátrica, el Estatuto del Niño y del Adolescente (ECA), preconiza la presencia de un acompañante de referencia del niño durante todo el período de internación¹³. Ante esto, dentro de una UTI pediátrica, se encuentran acompañantes adultos en todos los períodos de un día, siendo necesario que haya una mirada atenta del equipo multiprofesional para esos acompañantes.

La intervención del TO también debe abarcar el atendimento a los padres, pues la familia de un niño internado en una Unidad de Terapia Intensiva también vive el sufrimiento de la hospitalización e incertidumbre en cuanto al cuadro clínico del paciente¹⁴.

Se juzga también necesario, la inclusión de los cuidadores, cuando es posible, en los cuidados menos complejos con el niño, buscando la mantención del vínculo y de los papeles ocupacionales, descrito por la AOTA, como una de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVDs)¹⁵.

Como estrategia de intervención a los cuidadores, la implantación de grupos de acompañantes es un espacio que permite a los padres compartir sentimientos y experiencias que involucran todo el proceso de internación en una UTI¹⁴.

En el ambiente de la UTI, los acometimientos que los pacientes internados

presentan (gravedad del cuadro, necesidad de soporte ventilatorio, sedados, traqueostomizados, con úlcera por presión, nivel de consciencia alterado) pueden dificultar las intervenciones del equipo multiprofesional, entre ellos el de la Terapia Ocupacional, pudiendo generar angustias e impotencia¹¹.

CONCLUSIÓN

El terapeuta ocupacional, aunque sea considerado como miembro del equipo por el Ministerio de Salud, se observa baja inserción de estos profesionales en este campo y una producción científica específica restringida.

A partir de la experiencia clínica se puede afirmar que el terapeuta ocupacional posee competencia para intervenir junto a los pacientes y sus familiares en el espacio de la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica y Oncológica, contribuyendo significativamente con el equipo multiprofesional y en la calidad de vida de los pacientes/cuidadores asistidos.

La actuación del terapeuta ocupacional contribuye en la garantía de la atención integral al paciente, proporcionándole calidad de vida durante el período de internación, englobando los aspectos funcionales y lúdicos, favoreciendo su desempeño ocupacional.

En algunos casos la intervención es centrada en el acogimiento a los acompañantes debido a las condiciones clínicas graves de los pacientes, siendo realizado el acogimiento y la potenciación de los cuidados por medio de orientaciones durante ese período y pos-alta.

El presente estudio fue relevante para la identificación del perfil de pacientes atendidos en una Unidad de Terapia Intensiva Onco-Hematológica Pediátrica, comprensión de este contexto, inserción del profesional en equipo multiprofesional y contribuciones para este campo de actuación profesional, aún e ampliación.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Câncer "José Alencar Gomes da Silva", Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015. 122p.
2. Instituto Nacional de Câncer "José Alencar Gomes da Silva", Coordenação de Prevenção e Vigilância de

Câncer. Câncer da criança e adolescente no Brasil: dados dos registros de base populacional e de mortalidade. Rio de Janeiro: INCA; 2008. 220 p.

3. Franco MP, Kudo AM. Intervenção de terapia ocupacional em unidade de terapia intensiva pediátrica. In: De Carlo MMRP, Kudo AM, organizadores. Terapia ocupacional em contextos hospitalares e cuidados paliativos. São Paulo: Payá; 2017. (no prelo).

4. Fernandes HS, Silva E, Capone Neto A, Pimenta LA, Knobel E. Gestão em terapia intensiva: conceitos e inovações. Rev Bras Clin Med. 2011; 9(2):129-379.

5. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. D.O.U., Brasília, 25 fev 2010. Disponible en: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html.

6. Albuquerque VB. Atuação do terapeuta ocupacional em unidade de terapia intensiva pediátrica junto ao paciente e à família: relato de caso. Rev Saúde Criança Adolesc. 2011; 3(1):63-5.

7. Bigatao MR, Mastroprieto AP, Carlo MMRP. Terapia ocupacional em oncologia: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. In: Othero MB., organizador. Terapia ocupacional: práticas em oncologia. São Paulo: Roca; 2009. p. 302-322.

8. Kudo AM, Souza FDA, Franco MP, Bullara P, Barros PBM. Cuidados paliativos em pediatria e o impacto da hospitalização no cotidiano da criança e do adolescente com doença crônica. In: Costa A, Othero MB. Reabilitação em cuidados paliativos. Loures, Portugal: Lusodidacta; 2014. p.289-301.

9. Instituto Nacional de Câncer "José Alencar Gomes da Silva". Câncer infanto-juvenil é tema do Dia Mundial do Câncer 2017 [Internet]. Rio de Janeiro:

INCA; 2017 [citado em 02 fev 2017]. Disponible en: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2017/cancer_infant_o-juvenil_e_tema_do_dia_mundial_docancer_2017.

10. Afflek AT, Lieberman S, Polon J, Rohrkemper K. Providing occupational therapy in an intensive care unit. Am J Occup Ther. 1986; 40:323-32.

11. Bombarda TB, Lanza AL, Santos CAV, Joaquim RHT. Terapia ocupacional na unidade de terapia intensiva (UTI) adulto e as percepções da equipe. Cad Ter Ocup UFSCar. 2016; 24(4):827-35.

12. Alvarez E, Garrido M, González F, Guzmán E, Donoso T, Gallegos S, et al. Terapia ocupacional precoz e intensiva en la prevención del delirium en adultos mayores ingresados a unidades de paciente crítico: ensayo clínico randomizado: resultados preliminares. Rev Chilena Ter Ocup. 2012; 12(1):45-58.

13. Presidência da República (Brasil). Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências [Internet]. D.O.U., Brasília, DF, 16 jul 1990 [citado em 23 en 2014]. Disponible en: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8069.htm.

14. Silva FR, Ballarin MLGS, Oliveira JC. Grupo de acompanhantes de crianças internadas em unidade de terapia intensiva. Cad Ter Ocup UFSCar. 2015; 23(4):871-7.

15. Associação Americana de Terapia Ocupacional. Estrutura da prática da terapia ocupacional: domínio e processo. Cavalcanti A, Dutra FCMS, Elui VMC, tradutores. Rev Ter Ocup. 2015; 26(ed esp.):1-49.

CONTRIBUCIONES

Mariana de Paiva Franco fue responsable por la redacción, organización de los datos y revisión final. **Aide Mitie Kudo** contribuyó en la concepción, escrita y revisión final.

Cómo citar este artículo (Vancouver)

Franco MP, Kudo AM. Diagnóstico situacional e intervenciones de terapia ocupacional en unidad de terapia intensiva onco-hematológica pediátrica. REFACS [Internet]. 2018 [citado en *insertar día, mes y año de acceso*];6(X):XXX-XXX. Disponible en: *insertar link de acceso*. DOI: *insertar link del DOI*.

Cómo citar este artículo (ABNT)

FRANCO, M. P.; KUDO, A. M. Diagnóstico situacional e intervenciones de terapia ocupacional en unidad de terapia intensiva onco-hematológica pediátrica. REFACS, Uberaba, v. 6, n. X, p. XX-XX, 2018. Disponible en: *<insertar link de acceso>*. Acceso en: *insertar día, mes y año de acceso*. DOI: *insertar link del DOI*.

Cómo citar este artículo (APA)

Franco, M. P. & Kudo, A. M. (2018). Diagnóstico situacional e intervenciones de terapia ocupacional en unidad de terapia intensiva onco-hematológica pediátrica. REFACS, 6(X), XX-XX. Recuperado en: *insertar día, mes y año de acceso* de *insertar link de acceso*. DOI: *insertar link del DOI*.