

Daniela Baleroni R. Silva
julho/07

Ações da Terapia Ocupacional na Criança com Disfunção Neurológica

Capítulo
76

Marisa Cotta Mancini

AÇÕES INTEGRADAS DE REABILITAÇÃO E A CRIANÇA COM DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA

O processo de reabilitação é definido como um "conjunto de serviços integrados que têm como objetivo prevenir, minimizar ou reverter a ocorrência de deficiência, incapacidade e desvantagem social".¹⁴ Esta definição tem como base o modelo proposto pela Organização Mundial de Saúde – OMS – (1980) para classificar as manifestações funcionais de uma doença. Este modelo propõe uma taxonomia comum a ser utilizada pelos diversos profissionais envolvidos na reabilitação de um indivíduo, facilitando, assim, a comunicação interprofissional e a produção de informação técnico-científica. As consequências que uma doença pode gerar na vida de uma pessoa geralmente se caracterizam de maneira variada, não sendo possível uma definição genérica das expectativas funcionais de um indivíduo tendo-se por base somente informações sobre a doença e seus sintomas. Desta forma, este modelo viabiliza a definição de um perfil funcional individualizado do cliente que deve identificar as possibilidades e limitações encontradas por ele no desempenho de funções relevantes.^{21,22}

De acordo com a OMS (1980, 1999), uma doença ou patologia pode resultar em problemas ou disfunções em três níveis ou categorias: um *nível interno* ao

indivíduo (estrutura e função do corpo), que caracteriza anormalidades nas funções fisiológicas e/ou psicológicas dos diversos sistemas e órgãos do corpo; um *nível intermediário* (atividade), que define os problemas no âmbito do indivíduo, isto é, caracteriza as limitações e possibilidades para o desempenho de atividades da rotina diária de uma pessoa nos diferentes contextos (p.ex., pessoal, profissional, comportamental, e outros); e um *nível social* (participação), que classifica as restrições ou barreiras que possam limitar a participação ativa de um indivíduo na sociedade, incluindo barreiras físicas (p.ex., arquitetônicas), sociais (p.ex., movimentos segregadores; políticas de exclusão) e culturais ou comportamentais (p.ex., preconceito, atitudes discriminadoras).^{21,22} Uma das vantagens deste modelo é que ele não se centraliza somente nos aspectos biológicos da doença, mas considera também as consequências funcionais e sociais na vida do indivíduo. Inicialmente (1980), a definição destes níveis caracterizava disfunção, ou seja, as consequências negativas e limitações de uma doença;²¹ mais recentemente (1999), estes termos foram revisados, e a utilização de uma terminologia positiva tem ajudado a identificar objetivos funcionais a serem alcançados²² (Fig. 76-1). É importante que os profissionais da equipe de reabilitação conheçam sobre os três níveis de função especificados pelo modelo, para que as terapêuticas seleciona-

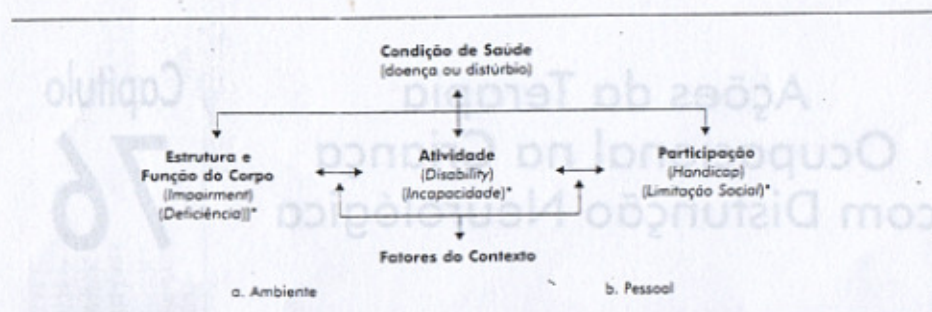


Fig. 1. Modelo internacional de classificação das consequências de doenças (Organização Mundial de Saúde, 1980, 1999). Termos em itálico referem-se aos conceitos e respectivas traduções propostos originalmente pela classificação da Organização Mundial de Saúde (1980); em negrito estão os conceitos revisados (1999).

objetivem promover mudanças nos aspectos relevantes da vida do indivíduo.²³

O modelo da OMS descreve os esforços integrados (sujeito de saúde para atender as necessidades de indivíduos acometidos ou em situações de risco para determinada patologia. Em geral, enquanto o médico centra ações na prevenção ou controle da doença e de seus danos, os demais profissionais de reabilitação incluem fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos e assistentes sociais visam prevenir, ou recuperar o desempenho de funções básicas e demandas do cotidiano deste indivíduo. Juntos, eles trabalham no sentido de promover uma melhor qualidade de vida para o cliente.

AÇÕES DA TERAPIA OCUPACIONAL NA CRIANÇA COM DISFUNÇÃO NEUROLÓGICA

Segundo a definição da Associação Americana de Terapia Ocupacional, a terapia ocupacional é uma "profissão que promove a reabilitação que ajuda o indivíduo a recuperar, desenvolver e construir habilidades que são importantes para sua independência funcional, saúde, segurança e integração social".²⁴ O terapeuta ocupacional trabalha com indivíduos de todas as idades visando à promoção do desempenho de atividades que sejam importantes na sua rotina diária e cujo desempenho esteja comprometido pela presença de deficiências, limitações ou restrições.²⁵

Terapeutas ocupacionais que trabalham com crianças podem promover a participação ativa delas em atividades do cotidiano em determinada sociedade. Estas atividades incluem, entre outras, frequentar a escola com outras crianças, levantar da cama pela manhã e ir ao

banheiro, tomar banho e vestir-se, conseguir alimentar-se sozinho, fazer a lição de casa e estudar para as provas, jogar futebol ou queimada no recreio com os colegas, andar de patins ou bicicleta, brincar com brinquedos e com amigos. Embora pareçam simples, estas atividades apresentam-se como grandes desafios para crianças que convivem com as consequências funcionais das diversas patologias infantis. O trabalho do terapeuta ocupacional almeja ter um impacto no desempenho funcional da criança (p.ex., desenvolver habilidades específicas e incentivando independência), auxiliar e orientar os pais e familiares a lidar com a criança e suas incapacidades e ainda modificar o ambiente (p.ex., adaptando e indicando equipamentos e mobiliários).²⁶ Estas mudanças ilustram três eixos principais que norteiam a intervenção terapêutica ocupacional com crianças: (1) promoção do desempenho ocupacional; (2) adaptação do ambiente; (3) integração social da criança.

Um dos eixos que caracterizam a intervenção terapêutica ocupacional é a ênfase na promoção do desempenho ocupacional. No trabalho com crianças, este objetivo se traduz no desenvolvimento de habilidades infantis específicas e promoção de independência, tornando-as capazes de realizar atividades e tarefas que são esperadas de crianças com desenvolvimento típico.²⁷ A Associação Americana de Terapia Ocupacional²⁸ classifica habilidades ou componentes de desempenho em três áreas: sensorio-motora, cognitiva e psicossocial. Este tipo de classificação tem sido utilizada por teóricos da terapia ocupacional e de áreas afins para fundamentar o desenvolvimento de modelos de intervenção voltados para a promoção de habilidades em áreas específicas (Terapia de Integração Sensorial,²⁹ Método Neuroevolutivo,³⁰ Modelo da Ocupação Humana,³¹ Modelo do Comportamento Adaptativo,³² entre outros). Neste eixo de intervenção, o terapeuta ocupacional se utiliza da infor-

mação desses modelos de tratamento para promover o desempenho da criança em atividades funcionais, ou seja, atividades de vida diária (AVD), brincadeiras ou lazer e atividades produtivas ou de trabalho.¹⁷ As atividades de vida diária podem capacitar a criança para vestir-se, alimentar-se, mover-se de um lugar para outro, comunicar-se, realizar higiene e cuidados pessoais (tomar banho, escovar os dentes, pentear cabelo, usar o banheiro) etc. Assim como na criança com desenvolvimento típico, o incentivo à participação de uma criança com disfunção neurológica nestas atividades de vida diária reforça seu senso de integridade e competência interna, estimulando seu interesse por um estilo de vida mais independente.^{10,18} Um outro grupo de atividades funcionais inclui o lazer e as brincadeiras. Estas atividades fazem parte do cotidiano infantil; sua característica lúdica potencializa elementos que estimulam a participação prolongada da criança neste tipo de atividade, incluindo o interesse e a motivação interna da criança, senso de autocontrole e a possibilidade de suspensão da realidade. Ao brincar, a suspensão da realidade é uma característica que permite que a criança brinque num contexto imaginário de faz-de-conta, em que suas ações não resultam necessariamente em consequências reais (p.ex., brincar de trombar carros não resulta em danos materiais reais nem coloca em risco a vida de pessoas).⁹ A participação de uma criança com disfunção neurológica em atividades do brincar promove o desenvolvimento de comportamentos de exploração, competência e realização pessoal tanto no brincar social (com companheiros) quanto no brincar com brinquedos e objetos.²³ Num terceiro grupo, as atividades funcionais são as de caráter produtivo ou de trabalho, que são realizadas em casa, na escola ou na comunidade. Na infância, elas se caracterizam principalmente por atividades escolares e tarefas domésticas.²⁷ Da mesma forma que nas demais atividades funcionais, o terapeuta ocupacional objetiva melhorar o desempenho e promover a independência da criança com disfunção neurológica em atividades domésticas e escolares, consideradas importantes para a sua integração social em casa e na escola.

Um segundo eixo que norteia a intervenção do terapeuta ocupacional diz respeito às modificações realizadas no ambiente da criança. Em geral, adaptações ou modificações são indicadas para prevenir deficiências secundárias, promover posicionamento adequado para realização da função, estimular o desempenho funcional, promover independência, aumentar a segurança e facilitar o acesso da criança a locais de interesse que sejam importantes para ela e sua família.²⁴ As adaptações podem ser simples, como modificando-se um utensílio de alimentação (p.ex., fixando o prato na mesa com ventosas ou adaptando o cabo de uma colher), ou com-

plexas, incluindo mobiliário (p.ex., cadeiras adaptadas), equipamentos especializados (p.ex., computadores com teclados especiais, software específico) e modificações arquitetônicas (p.ex., rampas, barras de apoio etc.). As modificações podem ser indicadas para qualquer uma das três áreas de desempenho ocupacional (atividades de vida diária, brincadeiras ou lazer e atividades produtivas ou de trabalho).²³ As modificações podem, ainda, priorizar o ambiente físico da casa, escola ou comunidade em que a criança viva (adaptações, mobiliários) ou podem ser voltadas para alteração da complexidade de uma atividade funcional ou rotina diária da criança.^{26,27} Por exemplo, o terapeuta ocupacional pode indicar um rebaixamento da pia e do espelho do banheiro de casa, para facilitar o acesso da criança e promover sua participação em atividades de higiene pessoal (p.ex., escovar os dentes, lavar as mãos, pentear os cabelos). É possível que ainda sejam indicadas adaptações específicas para a criança (p.ex., uso de *splints* ou órteses manuais) ou voltadas para os próprios utensílios (p.ex., aumento da espessura do cabo), de forma que a criança possa segurar adequadamente a escova de dente e o pente. Por fim, o terapeuta ocupacional pode, ainda, orientar a criança durante a atividade, simplificando inicialmente a complexidade da tarefa de escovar os dentes para que a criança possa, gradativamente, aumentar sua participação nessa atividade funcional.

O terceiro eixo norteador da intervenção de terapia ocupacional é a integração social da pessoa portadora de deficiência. Crianças com disfunção neurológica são frequentemente limitadas em relação a frequentar ambientes normalmente frequentados por crianças com desenvolvimento típico, como escola, parques, praças, clubes sociais, cinemas, *shopping centers* etc.^{7,11,18} A limitação na participação social da criança portadora de deficiência e de sua família pode estar associada a diversos aspectos, incluindo dificuldades de acesso físico ao ambiente, constrangimento social causado por atitudes preconceituosas e discriminadoras da comunidade em geral, falta de valorização política da participação deste indivíduo na sociedade, entre outros fatores. Um dos principais objetivos do terapeuta ocupacional deve estar voltado para a promoção da integração social do indivíduo deficiente na sua comunidade. Um grande campo de atuação do terapeuta ocupacional na América do Norte tem sido o processo de inclusão da criança deficiente em escolas de ensino regular.^{12b,23} No contexto escolar, o terapeuta ocupacional atua orientando os professores e a equipe educacional no sentido de promover a participação da criança portadora de deficiência nas atividades desenvolvidas pelas crianças com desenvolvimento típico, nos diversos ambientes escolares. Por exemplo, o trabalho do terapeuta ocupacional pode

ativar/promover a participação da criança com distúrbios neurológicos nas atividades de merenda, na sala aula, no recreio com as outras crianças, no uso do banheiro etc. A participação da criança nestas diferentes atividades escolares pode ser alcançada com o desenvolvimento de habilidades e componentes necessários para o desempenho e/ou por meio de modificações do ambiente escolar. A integração social do indivíduo com deficiência é um objetivo indiscutivelmente necessário, na vez que resgata seu direito constitucional de cidadania. A integração social de indivíduos portadores de necessidades especiais produz efeitos também nos indivíduos com desenvolvimento típico, pois a convivência diminui o preconceito e minimiza atitudes discriminatórias.³ Para o terapeuta ocupacional, a promoção de habilidades específicas deve ser contextualizada no objetivo final de integração da criança no ambiente social que a cerca.

AVALIAÇÃO E INTERVENÇÃO DE TERAPIA OCUPACIONAL

A intervenção de terapia ocupacional com crianças que apresentam disfunções neurológicas será discutida em função da apresentação de dois casos clínicos (Quadro 1). Este exemplo ilustra uma abordagem terapêutica nacional baseada nos níveis propostos pelo modelo da MS²² e fundamentada nos três eixos terapêuticos descritos anteriormente. Os casos apresentados demonstram importância do desenvolvimento de planos de tratamento de forma individualizada, enfatizando-se as consequências funcionais da patologia, ou seja, as limitações encontradas para o desempenho de atividades do cotidiano de cada criança.¹ Um plano de tratamento individualizado pressupõe que crianças com a mesma patologia não serão necessariamente beneficiadas da mesma maneira pela mesma terapêutica.¹ Desta forma, não seria coerente definir a intervenção da terapia ocupacional somente a partir de informações sobre a patologia e seus sintomas na criança (p.ex., espasticidade, ataxia, atetose etc.). Para o desenvolvimento de um plano de intervenção individualizado, o terapeuta ocupacional deve avaliar as áreas de desempenho funcional e atividades que estão prejudicadas ou impedidas, os componentes e habilidades específicas que estão diretamente associados à limitação funcional da criança e deve ainda informar-se sobre as restrições reais e potenciais encontradas pela criança e sua família para participação social²² (Quadro 76-1). A partir da informação coletada na avaliação, o terapeuta ocupacional deve elaborar um plano de tratamento com objetivos definidos e serem unificados e estratégias terapêuticas específicas para cada

objetivo. Reavaliações periódicas devem ser realizadas para verificar o resultado da terapêutica e a validade das estratégias definidas.

AVALIAÇÃO DAS CONSEQUÊNCIAS FUNCIONAIS DE DISTÚRBIOS NEUROLÓGICOS

Condição de saúde: patologia

O Quadro 76-1 ilustra os casos de duas crianças com diagnóstico de paralisia cerebral do tipo hemiplegia. A severidade da patologia foi avaliada como leve (nível 1) em ambos os casos, com base no sistema de classificação da função motora grossa.²⁴ Este sistema classifica a função motora a partir de informações sobre as habilidades funcionais de locomoção e transferência apresentadas pela criança. As duas crianças desempenham as atividades de locomoção e transferência de forma independente, em sua rotina diária.

Nível interno: Avaliação da estrutura e função do corpo

A avaliação da terapia ocupacional identificou aspectos importantes neste nível, que estavam interferindo diretamente no desempenho funcional das crianças. No caso da criança A, a dificuldade cognitiva associada ao quadro motor estava comprometendo sua concentração em atividades escolares. Além disso, a presença de espasticidade no membro superior esquerdo dificultava o desempenho de atividades da rotina diária e escolares. No caso da criança B, além do efeito da espasticidade, a negligência e o desuso do membro superior direito estavam dificultando e alterando o desempenho de várias atividades funcionais.

Nível intermediário: Avaliação das atividades

A avaliação e a intervenção da terapia ocupacional geralmente centralizam-se neste nível, que identifica limitações funcionais e objetiva a promoção do desempenho de atividades que sejam relevantes para a criança e sua família. A partir de uma avaliação funcional padronizada,¹³ a criança de entrevista com pais, foi possível definir um perfil funcional de cada criança em três áreas de desempenho: autocuidado, lazer e escola. Este perfil revelou ao terapeuta ocupacional a maneira idiossincrática como cada criança convive diariamente com as consequências de sua doença neurológica. Como

Quadro 76-1. Exemplo de dois casos clínicos ilustrando a atuação do terapeuta ocupacional em crianças com disfunções neurológicas

	Criança A	Criança B
Dados pessoais		
Idade	8 anos	7 anos
Sexo	Masculino	Masculino
Patologia		
Doença	Lesão cerebral	Lesão cerebral
Diagnóstico	Paralisia cerebral	Paralisia cerebral
Classificação topográfica	Hemiplegia esquerda	Hemiplegia direita
Severidade	Leve (locomoção independente)	Leve (locomoção independente)
Estrutura e função interna		
Sistema	- Comprometimento principal do sistema musculoesquelético com uma leve dificuldade cognitiva associada ao quadro motor.	- Comprometimento principal do sistema musculoesquelético.
Espasticidade	- Presença de espasticidade moderada no membro superior esquerdo.	- Presença de espasticidade leve no membro superior direito.
Amplitude de movimentação articular	- Não há limitação à movimentação passiva em nenhuma articulação.	- Não há limitação à movimentação passiva em nenhuma articulação.
Sensibilidade	- Sem alteração.	- Sem alteração.
Força muscular	- Diminuição de força no membro superior esquerdo.	- Diminuição de força na mão direita.
Negligência	- Usa o membro superior esquerdo como apoio em atividades funcionais.	- Não usa o membro superior direito; dificuldade no desempenho de atividades bimanuais.
Marcha	- Independente, apresentando características do quadro hemiplégico.	- Independente, apresentando características do quadro hemiplégico.
Atividade		
a) Autocuidado	- Dificuldade nas atividades de vestir parte superior do corpo (colocar e retirar camisas fechadas e vestimentas abertas na frente). - Dificuldade de lidar com fechos, botões e amarrar cadarços. - Semi-independente nas atividades de banho e higiene pessoal (escovar dentes, pentear cabelo).	- Dificuldade na alimentação; criança não integra atividades de comer e beber, realizando-as separadamente somente com o membro superior esquerdo. - Dificuldade nas atividades de vestir e despir em geral. - Dificuldade com fechos, botões e amarrar cadarços. - Dificuldade nas atividades de higiene pessoal (escovar dentes).
b) Lazer	- Gosta de jogar bola com colegas e ver livros de histórias infantis e revistas.	- Brinca com irmão mais novo e com vizinhos em atividades lúdicas (p.ex. polícia e ladrão, corrida de carro; jogo da memória); anda de bicicleta; joga futebol.
c) Escola	- Frequente escola de ensino especial; está em início de alfabetização. - Faz uso de algum material escolar (lápis, régua, borracha) e tem dificuldade com tesoura e apontador. - Dificuldade de se concentrar por tempo prolongado em uma atividade.	- Ingressou na escola de ensino regular; está em início de alfabetização. - Dificuldade em utilizar materiais escolares em geral (régua, lápis, apontador, borracha). - Dificuldade de reconhecer letras em palavras.
Participação social		
	- Frequente parques, shopping centers e vai à fazenda com a família (pais). Vai a festas de aniversário. - Frequente escola de ensino especial.	- Sem restrições.
Questão principal		
	- Dificuldades nas atividades de autocuidado e escolares.	- Dificuldades em atividades de autocuidado, preocupação com desempenho escolar.

mostra o Quadro 7b-1, embora ambas as crianças apresentassem dificuldades de realizar atividades de autocuidado e escolares, estas dificuldades eram específicas em cada caso.

É importante ressaltar que, nos dois casos, a queixa principal da criança e de seus familiares identificou dificuldades neste nível de desempenho funcional, mostrando a relevância do nível da atividade em relação ao nível interno (estrutura e função do corpo).

Nível social: Avaliação da participação social

Em ambos os casos, o impacto da patologia neste nível de função encontra-se minimizado devido ao grande interesse de ambas as famílias em estimular a participação social da criança. A diferença neste nível funcional está no fato de a criança A frequentar escola de ensino especial e de a criança B ingressar em escola de ensino regular.

A seguir, será feita uma discussão da intervenção terapêutica ocupacional em cada um dos casos, tomando-se por base os três eixos norteadores anteriormente descritos. Em cada caso, o tratamento consistiu em duas sessões semanais com duração de 45 minutos cada sessão. Foram feitas visitas aos domicílios de ambas as famílias e as escolas frequentadas pelas crianças.

Intervenção de terapia ocupacional: Ênfase no desempenho funcional da criança

Criança A

O tratamento desta criança priorizou inicialmente promover o desempenho nas atividades escolares. Tal ênfase se deve ao fato de a criança estar em período crítico do ensino fundamental (alfabetização) e da necessidade de se sentir competente neste processo, construindo assim auto-estima positiva com relação ao seu potencial de desempenho na escola. Com base no interesse da criança, foi desenvolvido um projeto de confecção de um **jogo de bingo de letras que formassem palavras**. A criança teve participação ativa em todas as etapas deste projeto: planejamento, desenvolvimento, confecção e utilização do projeto. Durante a etapa de planejamento, foram discutidos e levantados os materiais necessários para a confecção do projeto, cores a serem utilizadas, assim como um cronograma de execução, com as respectivas tarefas a serem desenvolvidas. Nesta etapa, foi feita uma lista de materiais a serem adquiridos, e, junto com a terapeuta ocupacional, a criança participou da compra destes materiais, dando opinião sobre tipo, textura e

cores de papel. Depois de adquirido o material, deu-se início à fase de confecção do projeto. Nesta fase, a criança participou ativamente da maior parte das atividades, necessitando de ajuda inicial do terapeuta ocupacional nas atividades que incluíam o uso mais preciso de tesoura. As letras do jogo foram confeccionadas em programa de computador e impressas em papel branco para que a criança pudesse colorir cada letra. Foi reforçada constantemente a necessidade de a criança manter o colorido dentro do contorno de cada letra para um melhor resultado final. Neste projeto, a criança fez uso de vários materiais escolares, sob a supervisão constante do terapeuta ocupacional. Além do lápis utilizado para colorir as letras, a criança fez uso de régua para montar as cartelas e da tesoura para recortar as letras e as cartelas do jogo. As etapas de planejamento e desenvolvimento do projeto tiveram duração de 12 sessões. Uma vez finalizada a confecção do jogo, a criança o utilizou várias vezes com o terapeuta ocupacional. Na etapa de utilização do projeto, foram discutidas as regras do jogo de bingo. Além de promover o desempenho da criança em atividades escolares, este projeto utilizou atividades bimanuais que estimularam o uso do membro superior esquerdo e mantiveram a atenção e a concentração da criança por período prolongado de tempo. Foram trabalhados conceitos relacionados com o processo de alfabetização, como identificação de letras e formação de palavras. Além das habilidades trabalhadas nas sessões de terapia ocupacional, visitas à escola da criança serviram para orientar a equipe educacional sobre as dificuldades apresentadas e o potencial de desempenho da criança.

Criança B

O tratamento desta criança priorizou o desempenho em atividades de autocuidado e escolares (principalmente a escrita). Para este fim, foram utilizadas atividades de culinária. Inicialmente, foram identificadas algumas comidas de que a criança gostava: sanduíche, brigadeiro e bolo. Com a ajuda do terapeuta ocupacional, foram selecionadas as receitas em livros de culinária. Depois de selecionadas, as receitas foram copiadas pela criança com o objetivo de iniciar um fichário de receitas. A escrita foi realizada com o membro superior não afetado. Após finalizadas as fichas, foi escolhida uma delas (sanduíche) para ser feita durante uma sessão terapêutica. Em seguida, com a ajuda do terapeuta ocupacional, foi montada uma lista de ingredientes necessários para o sanduíche. O terapeuta ocupacional e a criança foram ao supermercado para comprar os ingredientes. Durante esta sessão foram discutidas questões relacionadas a preço e com a marca de produtos. A sessão seguinte foi utilizada para fazer o sanduíche. Durante o processo, a

criança era constantemente orientada a seguir regras de higiene. A confecção do sanduíche possibilitou que o terapeuta ocupacional orientasse a criança a utilizar a faca para partir alimentos e passar manteiga no pão. Este tipo de atividade (uso de utensílios de alimentação) não fazia parte do repertório funcional da criança. Depois de pronto o sanduíche, a criança preparou um suco e lanchou com o terapeuta ocupacional. A criança foi orientada a utilizar as duas mãos para comer e tomar o suco de forma simultânea. Uma vez finalizado o lanche, a criança participou ativamente de todas as etapas de limpeza do local e dos utensílios utilizados. O projeto terapêutico utilizado com esta criança proporcionou desenvolvimento de habilidades importantes para o desempenho de atividades de autocuidado e escolares. Durante todo o processo, a criança era estimulada a utilizar as duas mãos para realizar as atividades funcionais. Assim como no caso anterior, a visita à escola da criança serviu para orientar a professora sobre as dificuldades apresentadas pela criança e seu potencial de desempenho.

Na fase inicial do atendimento das duas crianças, o desempenho em atividades de vestir foi abordado de forma indireta, por meio de orientações dadas às crianças e aos familiares para que a criança participasse de forma mais ativa nestas atividades. Num segundo momento, o desempenho delas no vestir e despir foi abordado de forma mais direta, em sessões terapêuticas. Desta forma, o tratamento de terapia ocupacional objetivou promover o desempenho das crianças nas atividades funcionais em que foram identificadas dificuldades, no momento da avaliação inicial.

Intervenção de terapia ocupacional: Ênfase em modificações e na adaptação do ambiente

Algumas modificações e adaptações foram feitas em ambos os casos, objetivando melhorar o desempenho funcional das crianças e prevenir alterações secundárias.

No caso da criança A, foi confeccionado um *split* para posicionamento da mão afetada e solicitado que a criança fizesse uso do mesmo durante a noite, para prevenir deformidades. A visita ao domicílio desta criança informou ao terapeuta sobre como a criança desempenha tarefas funcionais em casa. O terapeuta ocupacional orientou a família sobre o posicionamento adequado da criança durante a alimentação e sugeriu algumas adaptações para facilitar o acesso da criança à pia do banheiro, promovendo assim, maior independência no desempenho de atividades de higiene pessoal.

Em visita ao domicílio da criança B, observou-se como o ambiente doméstico possibilita ou dificulta o desempenho funcional da criança. Da mesma forma que na condução do caso da criança A, foram dadas orientações sobre o posicionamento da criança durante as tarefas de alimentação e realização da lição de casa. O terapeuta ocupacional deu orientações sobre como facilitar o acesso da criança às suas roupas, visando à promoção da participação da mesma nesta tarefa. Além das modificações no ambiente físico, foram dadas orientações para simplificar a complexidade das tarefas de vestir e despir.

As mudanças sugeridas nos dois casos visaram não só as modificações na estrutura do ambiente físico, mas também as modificações na dinâmica do desempenho funcional. As visitas aos domicílios das crianças permitiram que o trabalho realizado nas sessões terapêuticas pudesse ser transferido para a rotina diária da criança em sua casa.

Intervenção de terapia ocupacional: Ênfase na integração social da criança

Este eixo da intervenção terapêutica foi abordado de três formas. Em primeiro lugar, foi priorizada a integração da criança em seu contexto familiar. As visitas aos dois domicílios serviram para orientar a família e a criança sobre como facilitar a participação de ambas as crianças nas tarefas domésticas. Em geral, as famílias tendem a adotar uma atitude protetora, muitas vezes limitando ou impedindo a participação da criança portadora de deficiência na rotina do ambiente doméstico. Nos dois casos, foram dadas sugestões, objetivando favorecer a participação da criança na rotina doméstica (p. ex., guardar as roupas, estender toalha no varal após o banho, servir sua própria refeição no prato, ajudar a enxugar e guardar a louça etc.).

Em segundo lugar, a integração das crianças no ambiente escolar foi abordada nas visitas às escolas. Os professores e a equipe educacional foram orientados a promover participação da criança nas diversas atividades e nos diferentes contextos escolares. Finalmente, a integração das crianças na comunidade foi abordada nas sessões terapêuticas em que elas, junto com o terapeuta ocupacional, foram a ambientes comerciais fazer compras. Em ambos os casos, as crianças foram orientadas a desenvolver estratégias para lidar com as barreiras arquitetônicas que limitavam o acesso aos estabelecimentos comerciais e interagir com pessoas da comunidade. Além disso, questões relacionadas com as atitudes preconceituosas da comunidade em geral também foram abordadas nas respectivas sessões terapêuticas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE A ATUAÇÃO DA TERAPIA OCUPACIONAL

A primeira parte deste capítulo descreveu a atuação do terapeuta ocupacional com crianças que apresentam disfunções neurológicas. Com base nesta informação, pode-se dizer que a intervenção terapêutica ocupacional objetiva a promoção de mudanças em três eixos básicos: na criança, no ambiente e na integração da criança em contextos que ela frequenta. Dois exemplos foram utilizados para ilustrar a atuação deste profissional com crianças de mesma faixa etária, do mesmo sexo e com características semelhantes em relação à patologia. Estes exemplos reforçam a característica individualizada do plano de tratamento e o fato de o terapeuta ocupacional centrar sua atuação na queixa trazida pelo cliente e sua família. Desta forma, promove-se uma congruência entre os objetivos terapêuticos e a prática do profissional, explicitando para o cliente e sua família a relevância da intervenção.²⁴ As atividades utilizadas nos dois casos foram recursos definidos pela terapeuta em conjunto com a criança. Estes recursos devem ser entendidos como meios para alcançar os objetivos funcionais identificados em cada caso. Além destes recursos, o terapeuta ocupacional utiliza técnicas específicas de tratamento como estratégias terapêuticas para atingir os objetivos funcionais traçados no plano de tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaron DH, Jansen CWS. Hand rehabilitation: matching patient priorities and performance with pathology and tissue healing. *Occup Ther Pract* 2000; 10:5.
- Associação Americana de Terapia Ocupacional. The guide to occupational therapy practice. *Am J Occup Ther* 1999; 53: 247-318.
- Associação Americana de Terapia Ocupacional. Uniform terminology for Occupational Therapy: third edition. *Am J Occup Ther* 1994; 48: 1.054-1.947.
- Ayres AJ. *Sensory integration and the child*. Los Angeles: Western Psychological Services, 1979: 131.
- Blenk K, Fine DL. *Making school inclusion work: a guide to everyday practices*. Cambridge, MA: Brookline Books, 1995: 253.
- Bobath K. *Uma base neurofisiológica para o tratamento da paralisia cerebral* (2ª ed.). São Paulo: Manole, 1980: 110.
- Brown M, Gordon WA. Impact of impairment on activity patterns of children. *Arch Phys Med Rehabil* 1987; 68: 828-32.
- Bundy AC. Play and playfulness: what to look for. In: Parham LD, Fazio LS (eds.). *Play in occupational therapy for children*. Saint Louis: Mosby, 1997: 52-66.
- Case-Smith J. Defining the early intervention process. In: Case-Smith J (ed.). *Pediatric occupational therapy and early intervention* (2ª ed.). Boston: Butterworth-Heinemann, 1998: 27-48.
- Christiansen C. *Ways of living: self-care strategies for special needs*. Rockville, MD: The American Occupational Therapy Association, Inc., 1994: 495.
- Cohn E, Miller LJ, Tickle-Deegen L. Parental hopes for therapy outcomes: children with sensory modulation disorders. *Am J Occup Ther* 2000; 54: 36-43.
- Coster WJ. Occupation-centered assessment of children. *Am J Occup Ther* 1998; 52: 337-44.
- Deitz JC, Swineth Y. Accessing play through assistive technology. In: Parham LD, Fazio LS (eds.). *Play in occupational therapy for children*. Saint Louis: Mosby, 1997: 219-31.
- Fuhrer MJ. Overview of outcome analysis in rehabilitation. In: Fuhrer MJ (ed.). *Rehabilitation outcomes: analysis and measurement*. Baltimore: P.H. Brookes, 1987: 1-15.
- Haley SM, Coster WJ, Ludlow LH et al. *Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)*, version 1.0. Boston, MA: New England Medical Center Hospitals, 1992: 300.
- Kielhofner G. *A model of human occupation: theory and application* (2ª ed.). Baltimore: Williams & Wilkins, 1995: 388.
- Kramer P, Hinojosa J. Domain of concern of occupational therapy: relevance to pediatric practice. In: Kramer P, Hinojosa J (eds.). *Frames of reference for pediatric occupational therapy* (2ª ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 1999: 9-25.
- Mancini MC, Coster WJ, Trombly CA, Heeren TC. Predicting elementary school participation in children with disabilities. *Arch Phys Med Rehabil* 2000; 81: 339-47.
- Neistadt ME, Crepeau EB. Introduction to occupational therapy. In: Neistadt ME, Crepeau EB (eds.). *Willard and Spackman's occupational therapy* (9ª ed.). Philadelphia: Lippincott, 1998: 5-12.
- Neville-Jan A, Fazio LS, Kennedy B, Snyder C. Elementary to middle school transition: using multicultural play activities to develop life skills. In: Parham LD, Fazio LS (eds.). *Play in occupational therapy for children*. Saint Louis: Mosby, 1997: 144-157.
- Organização Mundial de Saúde. *International classification of impairments, disabilities and handicaps*. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1980: 207.
- Organização Mundial de Saúde. *ICIDH-2: International classification of functioning and disability*. Genebra: Organização Mundial de Saúde, 1999.
- Parham LD, Primesau LA. Play and occupational therapy. In: Parham LD, Fazio LS (eds.). *Play in occupational therapy for children*. Saint Louis: Mosby, 1997: 2-21.
- Palisano R, Rosenbaum P, Walter S et al. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol* 1997; 39: 214-23.
- Sailor W, Anderson JL, Halvolsen AT et al. *The comprehensive local school: regular education for all students with disabilities*. Baltimore: Paul Brookes, 1989: 274.
- Santos LSB. Adaptações em paralisia cerebral. In: Souza AMC, Ferrareto I (eds.). *Paralisia Cerebral: aspectos práticos*. São Paulo: Mennon, 1998: 270-96.
- Simon CJ. Uso de la actividad y análisis de la actividad. In: Hopkins H L, Smith HD (eds.). *Willard & Spackman Terapia Ocupacional* (8ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana, 1993: 281-92.
- Trombly CA. Anticipating the future: assessment of occupational function. *Am J Occup Ther* 1993; 47: 253-7.
- Zeitlin S, Williamson GG. *Coping in young children: early-intervention practices to enhance adaptive behavior and resilience*. Baltimore: Paul H. Brookes, 1994.