

FONSECA, L.F. Paralisia cerebral: neurologia, ortopedia e reabilitação. Rio de Janeiro: Medis/Guanabara Koogan, 2004. p. 335-354.

DARRAH, J.; PIPER, M.; WATT, M. J. Assessment of gross motor skills of at-risk infants: predictive validity of Alberta Infant Motor Scale. *Developmental Medicine & Child Neurology*, London, v. 40, p. 485-491, 1998.

FOTI, D. Atividades de vida diária. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. *Terapia Ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas*. São Paulo: Roca, 2005. p. 132-183.

KNOX, S. Avaliação da recreação e lazer. In: NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. *Willard e Spackman Terapia Ocupacional*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 195-198.

MANCINI, M. C. *Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI): manual da versão brasileira adaptada*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.

PALISANO, R. J. et al. Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, London, v. 39, n. 10, p. 214-223, 1997.

PALISANO, R. J. et al. Content validity of the expanded and revised Gross Motor Function Classification System. *Developmental Medicine & Child Neurology*, London, v. 50, p. 744-750, 2008.

PEDROMÔNICO, M. R. M. Problemas de desenvolvimento da criança: prevenção e intervenção. *Temas sobre Desenvolvimento*, São Paulo, v. 12, p. 7-9, 2003.

PEREZ-RAMOS, A. M. Q.; PEREZ -RAMOS, J. Q. *Estimulação precoce: serviços, programas e currículos*. Brasília: Ed. Ministério de Ação Social/ CORDE, 1992.

PFEIFER, L. I.; CRUZ, D. M. C. Avaliações do brincar e suas evidências para a prática do terapeuta ocupacional no campo da educação especial. In: ALMEIDA, M. A.; MENDES, E. G., HAYASHI, M. C. P. I. (Org.). *Temas em educação especial: múltiplos olhares*. São Carlos: UFSCar, 2008. p. 403-412.

RICHARDSON, P. K. Use of standardized tests in pediatric practice. In: CASE-SMITH, J. (Org.). *Occupational therapy for children*. St. Louis: Mosby, 2001. p. 246-275.

Capítulo 8

A Criança com Paralisia Cerebral no Atendimento Ambulatorial: Atuação da Terapia Ocupacional na Rede de Reabilitação Lucy Montoro - Unidade Ribeirão - HCFMRP-USP

Renata de Freitas Martins
Daniela Baleroni R. Silva
Milena Fazzio Marino Silva
Thaura Sofia Eiras Carvalho

"Que os nossos esforços desafiem as impossibilidades. Lembrai-vos de que as grandes proezas da história foram conquistadas daquilo que parecia ser impossível".

Charles Chaplin

Após um levantamento realizado em 2008 em relação a clientela infantil atendida pelo Serviço de Terapia Ocupacional do antigo Centro de Reabilitação – CER, atual Rede de Reabilitação Lucy Montoro – Unidade Ribeirão - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, constatou-se que 80% população atendida apresenta sequelas de paralisia cerebral.

Diante dos pressupostos observados anteriormente sobre a estrutura e funcionamento do Ambulatório de Infância e Adolescência da Rede de Reabilitação Lucy Montoro – Unidade Ribeirão – HCFMRP-USP será aqui discutido neste capítulo os principais aspectos referentes à atuação terapêutico ocupacional junto às crianças com paralisia cerebral.

Possivelmente, devido aos avanços na neonatologia, houve um aumento da sobrevivência de crianças de baixo peso, que levou inevitavelmente ao aumento da prevalência de crianças com sequelas neurológicas (GAUZZI; FONSECA, 2004).

A paralisia cerebral (PC) que, segundo Bax et al. (2005), é definida como um grupo de distúrbios do desenvolvimento do movimento e postura, causando limitações funcionais que são atribuídos a distúrbios não progressivos que ocorrem no desenvolvimento fetal ou cérebro infantil, constitui a mais comum causa de disfunção crônica na infância, com prevalência de 2 a 2,5 por 1000 nascimentos no mundo (STANLEY; BLAIR; ALBERMAN, 2000).

Embora a lesão primária no cérebro não seja progressiva, a doença é permanente e muitas das consequências clínicas secundárias são adquiridas e progressivas ao longo do tempo. Aproximadamente 25% destas crianças estão severamente envolvidas e experimentam dificuldades em muitos aspectos de suas vidas, incluindo atividades de vida diária, comunicação, mobilidade e saúde. Muitos são dependentes de cuidadores para suas necessidades básicas (HALLUM; KRUMBOLTZ, 1993; KOKKONEN et al., 1991).

O tratamento junto à criança com paralisia cerebral deve envolver uma equipe interdisciplinar, dada à complexidade desta doença. Na avaliação da Terapia Ocupacional devem ser examinadas as áreas e componentes de desempenho, bem como o contexto e o ambiente. Áreas de desempenho referem-se à grande variedade de atividades ou ocupações em que os clientes¹ podem estar engajados e são classificadas em categorias: atividades de vida diária, atividades instrumentais da vida diária, educação, trabalho, brincar, lazer e participação social (AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (AOTA), 2002). Recentemente foi adicionada a área de desempenho descanso e sono (AOTA, 2008).

¹ Nas citações de AOTA (2002) e 2008, o termo "cliente" se referirá à criança devido à temática do capítulo ser voltada principalmente à população infantil de paralisia cerebral.

Os componentes de desempenho referem-se às habilidades que os clientes demonstram nas ações que eles desempenham e incluem: componentes motores e práxis, sensorio-perceptivos, regulação emocional, cognitivos, comunicação e habilidades sociais. Os componentes de desempenho são intimamente ligados e utilizados em conjunto para permitir a realização de uma ocupação (AOTA, 2008).

É preciso considerar ainda a variedade de condições inter-relacionadas internas e externas ao cliente que influenciam seu desempenho, visto que as ocupações ocorrem em um ambiente físico e social em determinado contexto. O ambiente envolve aspectos físicos (casa da pessoa, objetos) e sociais (relacionamento com pessoas, organizações e populações incluindo amigos, cuidadores) que circundam o cliente. O contexto envolve aspectos culturais (valores, crenças, etnias), pessoais (idade, sexo, status socioeconômico), temporais (influenciam as ocupações ao longo do tempo) e virtuais (comunicação que ocorre sem contato físico, por meio de computadores, por exemplo) (AOTA, 2008).

A criança com paralisia cerebral pode ter alterações nas áreas de desempenho, principalmente nas atividades de vida diária, educação, brincar, lazer e participação social, em função das alterações de tônus, dificuldade no controle seletivo dos movimentos, bem como na realização de mudanças posturais, na preensão e coordenação viso-motora. As crianças, devido à limitada exploração de movimentos, de manipulação de brinquedos, também poderão apresentar atraso em relação aos aspectos cognitivos. Assim sendo, as alterações são frequentes nos componentes de desempenho motor, sensorio-perceptivos, cognitivos, relacionados com a comunicação e habilidades sociais.

No momento da avaliação inicial são coletados dados sobre a rotina da criança, posicionamento durante as atividades, a exploração dos objetos e preferências lúdicas, se a criança realiza movimentação ativa e como o faz e principalmente estabelece-se, desde o primeiro momento, a parceria com a família e a elaboração de metas para o tratamento que sejam condizentes com o quadro motor da criança e sua idade.

Dentre os métodos utilizados no tratamento de crianças com paralisia cerebral, destaca-se o "Conceito Bobath", que norteia a prática clínica na Rede de Reabilitação Lucy Montoro – Unidade Ribeirão - Hospital de Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. O conceito reconhece que padrões anormais de coordenação necessitam ser suprimidos e movimentos indesejados, controlados, e que a atividade muscular normal para uso em atividades diárias necessita ser obtida usando-se técnicas de facilitação quando necessário. Acredita-se, ainda, que somente a atividade

seletiva normal da criança/cliente pode resultar na redução do efeito do tônus postural normal (MAYSTON, 2008). Porém, é importante reconhecer que há outras abordagens complementares ao conceito que podem ser utilizadas em conjunto, como a Integração Sensorial.

Neste capítulo será apresentada a atuação da Terapia Ocupacional junto à crianças com paralisia cerebral com enfoque nas seguintes áreas de desempenho ocupacional: atividades de vida diária, brincar, educação, lazer e participação social. Isso porque acredita-se que são bastante relevantes à população infantil e podem estar afetadas em função da paralisia cerebral.

ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA

As Atividades de Vida Diária são tarefas que visam o cuidado com o próprio corpo, tais como o banho, o controle esfinteriano, o vestuário, o comer (deglutir) e a alimentação (levar comida à boca), mobilidade funcional, o cuidado com os aparelhos pessoais, a higiene pessoal e aparência, atividade sexual, higiene/toalete (AOTA, 2008).

Cabe ao terapeuta ocupacional lidar com as capacidades de desempenho das atividades de vida diária, determinar os problemas que interferem na independência, delimitar objetivos de tratamento e proporcionar treinamento para aumentar a independência (FOTI, 2005).

Para estimular maior independência das crianças com PC nas atividades de vida diária (AVDs), é necessário avaliar sua habilidade motora, bem como os aspectos cognitivos e motivação, que tendem a interferir diretamente na realização da atividade.

Alimentação

Segundo Mueller (2000), os principais problemas de alimentação da criança com paralisia cerebral ocorre porque ela não possui controle da boca, da cabeça, e do tronco, não tem equilíbrio na posição sentada e ainda é incapaz de flexionar os quadris para permitir que os braços sejam esticados para a frente para agarrar e manter a garra independente da posição dos braços. Pode ainda ser incapaz de trazer as mãos à boca e falta-lhe coordenação olho-mão. Serão apresentadas, a seguir, estratégias de tratamento utilizadas nestes casos.

Segundo Santos (2001), a criança com paralisia cerebral apresenta problemas motores como hipersensibilidade oral, protrusão de língua, falta de graduação nos movimentos mandibulares, incapacidade de mastigação e controle de saliva, falta de coordenação mão-boca, inabilidade para pegar e soltar a colher, diminuição e/ou ausência de controle postural e falta de estabilidade da cintura escapular.

Em função da alteração do tônus e falta de controle postural, é preciso primeiramente que a criança esteja bem posicionada em cadeira de rodas adaptada, mesa e cantinho, cadeira de posicionamento ou outros. (Figura 1a, 1b, 1c)



Figura 1a. Cadeira de Rodas adaptada

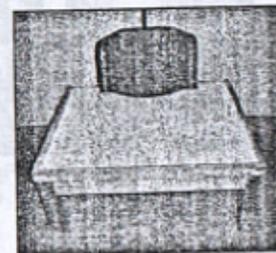


Figura 1b. Mesa e cantinho de madeira

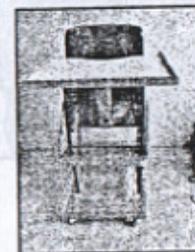


Figura 1c. Cadeira de posicionamento

Fonte: Arquivo Pessoal

É importante salientar que não se deve esperar melhorar a capacidade funcional da alimentação da criança até que esta adquira habilidades fundamentais que a tornarão autossuficiente, sendo essencial o início do treino de tais habilidades, assim que verificado qualquer interesse ou habilidade para alimentar-se. Segundo Mueller (2000), algumas crianças, a partir dos oito/nove meses, já começam a entender que a colher e a comida vêm juntas e passarão a guiar a mão da mãe quando esta estiver alimentando-os, enquanto outras crianças poderão demorar um tempo maior para adquirir esta capacidade.

Mancini (2005) realizou o processo de padronização do Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI), aplicando tal avaliação em 276 crianças com desenvolvimento típico da região metropolitana de Belo Horizonte e verificou que 90% delas seguram a mamadeira ou copo com bico ou canudo e alimentam-se com os dedos entre seis e onze meses. Além disso, 75% iniciam o uso da colher entre 12 e 18 meses e 90% entre 18 e 23 meses.

Um primeiro passo a ser estimulado é que a criança entre em contato com o alimento, experimentando-o com os dedos para que depois passe a utilizar a colher e, posteriormente, garfo e faca. Na figura 2a tem-se a ilustração de uma criança de 1 ano com quadro de distonia, que não consegue levar alimento à boca em função da movimentação involuntária e recebe auxílio da estagiária de Terapia Ocupacional para levar gelatina à boca.

A alimentação também pode ser estimulada por meio do faz-de-conta, como ilustrado na figura 2b, onde criança de 18 meses com hemiparesia esquerda leva um hambúrguer à boca da terapeuta. Na figura 2c, a criança

com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor é estimulada pela estagiária a dar mamadeira para boneca.



Figura 2a. Criança levando gelatina à boca com auxílio



Figura 2b. Criança oferece alimento à terapeuta



Figura 2c. Criança dando mamadeira à boneca

Fonte: Arquivo Pessoal

É muito comum em crianças com paralisia cerebral o reflexo de sucção e mordida, que deve ser levado em consideração no momento em que se utiliza a colher para levar o alimento à boca. Se a criança tem reflexo de sucção, a colher deve ser retirada rapidamente após o alimento ter sido introduzido à boca e, quando tem reflexo de vibração, é preciso que se pressione a língua com a colher e forneça também vibração. Se a criança prender a colher na boca, é preciso que se dê rotação de tronco para auxiliar na liberação da articulação têmporo-mandibular (ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA DEFICIENTE (AACD), 2006).

Um outro aspecto relevante no que se refere à alimentação de crianças com paralisia cerebral, é a passagem da mamadeira para o copo, onde será exigido maior trabalho dos lábios, coordenar o beber e a respiração, harmonizar a descida do líquido em sequências de deglutição. Sendo assim, o copo precisa ser maleável e recortado, pois permite que a cabeça fique alinhada e que a quantidade de líquido seja dosada. É importante que o líquido seja mais grosso para não entornar, como um leite com frutas. Na utilização do copo é preciso que o centro de gravidade da criança seja ligeiramente deslocado para trás, sem que ela hiperestenda a cabeça. É preciso manter o alinhamento para gotejar o líquido, apoiar sobre o lábio inferior, internamente, gotejando (AACD, 2006).

Outra estratégia que pode ser utilizada no treino de alimentação é a utilização de adaptações que facilitem a utilização de pratos, talheres e copos. Na figura 3a tem-se a ilustração de um copo fechado com bico, na 3b um copo com ventosa e canudo para criança que não consegue realizar preensão voluntária. A figura 3c mostra uma colher com cabo engrossado

e na 3d a colher possui cabo engrossado e angulado, que facilita a preensão da mesma e movimento para levar o alimento à boca.



Figura 3a. Copo com bico



Figura 3b. Copo com ventosa e canudo



Figura 3d. Colher com cabo engrossado e angulado



Figura 3c. Colher com cabo engrossado e angulado

Fonte: Arquivo Pessoal

Além das adaptações citadas anteriormente para facilitar a alimentação de crianças com paralisia cerebral, pode-se incluir ainda a utilização de copo com duas alças, copo recortado, prato com ventosa, como recursos bastante úteis para este fim.

Durante o processo de treino de alimentação, a participação do cuidador é essencial, sendo importante que este receba orientações diversas em relação ao posicionamento, nível de auxílio e a importância do uso de adaptações quando necessário. É importante também que o tratamento seja conjunto com o profissional de fonoaudiologia.

Desta forma, no decorrer dos atendimentos de Terapia Ocupacional, é essencial que seja realizada avaliação constante das habilidades e capacidades da criança para que, juntamente com o cuidador, o processo de independência na alimentação seja efetivo.

Banho

Segundo Martinez (2005), a criança de um a dois anos já permanece em pé para ser banhada, ajuda a lavar o rosto e identifica as partes do

corpo. A atividade de tomar banho é uma grande oportunidade de proporcionar um momento de estimulação, interação e aprendizagem. Tem-se a possibilidade de estimular a criança para uma "conversa" com o adulto, seja em relação aos estímulos presentes no ambiente, seja em relação às partes do corpo. Além disso, o toque do adulto em meio à água pode trazer muitas sensações agradáveis e ajudar a criança a reconhecer e desenvolver conceitos e noções corporais.

Segundo Mancini (2005), as crianças tentam lavar as partes do corpo a partir dos 12 meses e este número se amplia para 90%, a partir dos 24 a 30 meses (segundo amostra de 276 crianças mineiras). Lavam completamente o corpo a partir de quatro anos e secam-se completamente a partir de quatro anos (75%), sendo que aos cinco anos 90% destas crianças desempenham esta tarefa sozinha.

A criança com paralisia cerebral muitas vezes necessitará do auxílio do cuidador para desempenhar a tarefa de tomar banho, mas deve ser estimulada a segurar a bucha e espalhá-la sobre o corpo, uma oportunidade de nomear as partes do corpo. Além disso, pode ser estimulada a pegar brinquedos flutuantes colocados sobre a banheira, a brincar com copinhos, bichinhos de borracha, esponjas com texturas diferentes.

Na figura 4a, a criança de quatro anos com hemiparesia esquerda, segura a esponja e é estimulada a lavar as partes do corpo, havendo no chão, um tapete antiderrapante. Na figura 4b se utiliza uma cadeira para que a criança fique sentada e possa lavar os pés. Nesta ocasião pode ser utilizada também uma cadeira infantil para que os pés fiquem melhor apoiados no chão, principalmente para crianças com maior gravidade motora e déficits de equilíbrio de tronco.



Figura 4a. Criança segura bucha com sabonete, sobre tapete antiderrapante

Fonte: Arquivo Pessoal



Figura 4b. Criança lavando os pés, sentada em cadeira

A dificuldade de se encontrar um bom posicionamento para o banho das crianças com paralisia cerebral é uma queixa muito comum dos pais, visto que muitas vezes a banheira infantil não permite uma boa postura

para a criança, bem como para a mãe, que geralmente é a responsável por esta tarefa. Na figura 5a ilustra-se uma cadeira de plástico com peso nos pés e apoio na cabeça com argolas para colocação de cinto para crianças com dificuldade na manutenção da postura sentada. Na figura 5b está ilustrada uma cadeira com material antiderrapante e na 5c uma cadeira adaptada com espaguete para criança que não se senta sozinha. Podem ainda ser utilizados alguns acessórios, como bucha com alça para facilitar a preensão, e escovas com cabo longo.



Figura 5a. Cadeira com peso nos pés



Figura 5b. Cadeira com antiderrapante



Figura 5c. Cadeira com espaguete

Fonte: Arquivo Pessoal

Vestuário

Constitui uma tarefa bastante complexa, já que envolve bom controle postural, principalmente enquanto movem braços e pernas na colocação/ retirada da roupa, preensão fina na utilização de complementos como botões e zíperes, manter o sequenciamento das etapas (saber que a meia vem antes dos sapatos, por exemplo), além da diferença entre baixo/alto, frente/trás, avesso/direito.

Além da dificuldade da execução da tarefa pela criança, é muito comum que os pais realizem o vestuário por ela em função da falta de tempo e pela sua lentidão. Porém, para que haja aprendizado por parte da criança, é preciso que ela repita as etapas da tarefa diversas vezes, que sejam dados modelo e dicas verbais no início do treino. Alguns pais/ cuidadores optam por realizar a tarefa pela criança no período da manhã, antes de ir para escola e no período da tarde, após o banho, estimulam a criança a fazê-lo sozinha, bem como nos finais de semana, o que se torna uma alternativa plausível.

De uma forma geral, as mães das crianças mais comprometidas motoramente optam por vesti-las/despi-las na postura deitada, porém, para a criança que tem o predomínio de tônus extensor, é importante na colocação do vestuário inferior que seus quadris sejam fletidos e é uma

boa oportunidade para realizar a dissociação do quadril. É importante na troca de roupas, também, que esta criança seja colocada na postura sentada sobre o colo da mãe e novamente favorecer a dissociação entre cintura pélvica e escapular, no momento de vestir/despirm blusas e calças.

Na figura 6a, a criança é estimulada no colo da estagiária de Terapia Ocupacional a retirar os sapatos. Na figura 6b, criança de três anos com diparesia espástica é posicionada sobre um banco de madeira com os pés apoiados no chão, realiza apoio de membros superiores e tenta retirar os sapatos.



Figura 6a. Retirada de sapatos



Figura 6b. Sentado em banco de madeira tirando o tênis

Fonte: Arquivo Pessoal

Algumas crianças com diparesia espástica, que apresentam controle instável de tronco, podem apresentar dificuldade no vestuário superior e inferior. Uma alternativa para deixar a criança mais segura para realização da tarefa, é colocá-la sentada sobre um banco de madeira no canto da parede, pois, se a mesma se desestabilizar durante a tarefa terá maior apoio. Além disso, no momento da retirada de calças, a criança pode ter dificuldade para transferir o peso de um lado para o outro nos quadris quando sentada e então pode ser orientada a realizar tal etapa da atividade deitada.

As crianças costumam também confundir avesso e direito, frente e trás, o que pode ser facilitado quando se colocam pistas nas roupas, como etiquetas de fácil visualização. Outro aspecto que pode facilitar a independência no vestuário das crianças é a utilização de sapatos com velcro e roupas com elástico.

Uso do vaso sanitário

Mais importante do que a idade para iniciar o controle de esfínteres são as capacidades da criança para iniciar este processo, como perceber a necessidade de fazer xixi e cocô, saber comunicar ao adulto, conseguir adiar esta necessidade, mesmo que por poucos instantes, controlar a musculatura dos intestinos e bexiga, conseguir manter-se sentada no penico sem a ajuda

do adulto, entender o que o adulto quer quando a leva ao banheiro (MOREIRA; VITÓRIA, 2006).

A retirada de fraldas e o uso do vaso sanitário é uma queixa comumente relatada pelos pais das crianças com paralisia cerebral. Esta etapa é dificultada muitas vezes pela impossibilidade da criança se comunicar. Muitas vezes não tem a oportunidade de ver suas fezes como a criança sem alteração neurológica e frequentemente tem medo de se sentar no vaso sanitário, devido à instabilidade postural. Por isso é importante durante o treino que os pais perguntem se a criança urinou ou evacuou, mostrando para ela o vaso sanitário e sua função e passar a colocá-la no mesmo com certa periodicidade, para que vá entendendo que ele deve ser usado e passe a pedir para usá-lo, posteriormente.

Uma alternativa para crianças que têm medo de utilizar o vaso sanitário é tentar realizar uma adaptação com penico em uma cadeira que ofereça maior suporte, como apoio de braços ou mesmo apoio de cabeça e tronco. A figura 7 a seguir traz a ilustração de uma cadeira plástica com penico. Pode ainda ser acrescentado peso nos pés, para oferecer maior estabilidade.



Figura 7. Cadeira com penico

Fonte: Arquivo Pessoal

BRINCAR

O brincar é uma ocupação infantil significativa e fundamental (PARHAM; PRIMEAU, 2002). O brinquedo é oportunidade de desenvolvimento. Brincando, a criança experimenta, descobre, inventa, aprende e confere habilidades. Além de estimular a curiosidade, a autoconfiança e a autonomia, proporciona o desenvolvimento da linguagem, do pensamento, da concentração e atenção. Brincar é indispensável à saúde física, emocional e intelectual da criança. Irá contribuir, no futuro, para a eficiência e o equilíbrio do adulto (SANTOS, 1997).

É uma relação do indivíduo com o meio, é intrinsecamente motivado, internamente controlado e livre de muitos dos constrangimentos e

obstáculos da realidade objetiva (BUNDY, 2002).

As situações problemáticas contidas na manipulação dos jogos e brincadeiras fazem a criança crescer através da procura de soluções e de alternativas. O desempenho psicomotor da criança enquanto brinca alcança níveis que só mesmo a motivação intrínseca consegue. Ao mesmo tempo favorece a concentração, a atenção, o engajamento e a imaginação. Como consequência, a criança fica mais calma, relaxada e aprende a pensar, estimulando sua inteligência (SANTOS, 2000).

As crianças aprendem habilidades e desenvolvem interesses através do brincar e isso afeta suas escolhas e o sucesso no trabalho e lazer. O brincar reflete e estimula o desenvolvimento na criança. Possibilita o desenvolvimento da coordenação motora, da cognição e linguagem e das interações sociais (KNOX, 2002).

A Terapia Ocupacional age sobre o fazer humano, por isso o brincar é importante para este profissional, pois é um meio (recurso) e um fim (objetivo) da Terapia Ocupacional (NEGRÃO; BRITO, 2001). Rezende (2007) destaca a importância de se considerar o papel de "brincante" da criança e todos os fatores que contribuem ou possam comprometer o seu desenvolvimento integral e saudável. Considera, portanto, que a intervenção terapêutica ocupacional deve abordar o brincar como fim.

A mesma autora questiona que o fato do terapeuta ocupacional, durante a intervenção, estar utilizando brinquedo e a criança estar se divertindo não garante necessariamente que a criança esteja brincando, em função das concepções de brincar, que ressaltam que a atividade seja intrinsecamente motivada, controlada pela criança e que inclua o faz de conta.

Normalmente a criança brinca por motivação intrínseca, mas, quando se trata de crianças com necessidades especiais, pode acontecer que a motivação não ocorra espontaneamente. Neste caso precisamos despertá-la utilizando sensibilidade para perceber necessidades e sentimentos, conhecimentos sobre brinquedos, recursos pedagógicos e desenvolvimento infantil e, principalmente, usando criatividade para despertar a motivação.

Devido às características da paralisia cerebral, as interações reduzidas afetam o uso do brincar como um contexto de aprendizagem e de prática de comportamentos adaptativos, e a capacidade limitada de participar de atividades recreativas restringem a experiência do brincar como uma atividade espontânea, intrinsecamente motivada e divertida (BLANCHE, 2002). As crianças fisicamente comprometidas passam períodos maiores de tempo em atividades estruturadas, que podem, posteriormente, restringir o senso de liberdade necessária para explorar o ambiente e envolver-se na

recreação. Além disso, elas têm menos oportunidades de tomar decisões quanto ao que fazer, aonde ir, com quem estar e como fazer algo. Consequentemente, isto sempre resulta em uma descrença de que se pode ser capaz de agir sobre o ambiente.

É necessário ainda que haja um facilitador (o terapeuta ocupacional) que proporcione a estas crianças experiências com o corpo no espaço, exploração de objetos de diferentes formas, tamanhos, texturas e propriedades. Serão ilustradas algumas situações onde a brincadeira é estimulada no ambiente terapêutico e busca-se ainda favorecer aspectos motores, bem como a motivação, escolhas, senso de segurança e aspectos percepto-cognitivos.

Na figura 8a, a criança de nove anos, com diparesia espástica, brinca de "forca", pois havia demonstrado verbalmente, em situações anteriores de terapia, que gosta da brincadeira. Sendo assim, criança foi posicionada em rolo, onde se buscou favorecer o controle de tronco e a rotação, bem como uma situação de competição e desafio.

Já na figura 8b, a criança de dois anos e meio, com paralisia cerebral do tipo atetose, retira as peças do lego da embalagem e é estimulada a manter a postura sentada, com apoio de membros superiores, a fim de permanecer em postura mais estável para exploração do brinquedo. A criança permanece concentrada nesta atividade e é auxiliada pela terapeuta para encaixar as peças do jogo, uma sobre as outras.



Figura 8a. Brincadeira de "forca" Estimulando a rotação de tronco



Figura 8b. Encaixe com lego e descarga de peso em membros superiores

Fonte: Arquivo Pessoal

Nas figuras 8c, 8d, 8e, ilustra-se uma criança de 2 anos com hipotonia global. Na figura 8c, a criança é posicionada sentada, com um banco de madeira à frente para favorecer maior extensão de tronco, e é estimulada a realizar a pintura de uma tela como presente para o dia das mães, além da exploração tátil da tinta. Esta criança, que apresenta controle instável do tronco e pobre reação de proteção, é estimulada a sentar-se com apoio de membros superiores e explorar os brinquedos (figura 8d). Na figura 8e

criança passa por um túnel com auxílio da terapeuta visto que não realiza deslocamento sozinha. Esta atividade favorece a extensão cervical, arrastar e noção espacial



Figura 8c. Exploração tátil



Figura 8d. Descarga de peso em membros superiores



Figura 8e. Criança passando no túnel

Fonte: Arquivo Pessoal

Nas figuras 8f e 8g, apresenta-se uma criança de quatro anos, com tetraparesia espástica, que frequenta escola regular e tem grande interesse por livro e histórias. Foi confeccionado pelas estagiárias de terapia ocupacional um livro de EVA, grande, para que ele pudesse folhear figuras das personagens de sua preferência, como do Sítio do Pica-Pau-Amarelo. Foi posicionado em "feijão" para favorecer maior abdução dos membros inferiores e ficou bastante motivado, favorecendo a extensão da cabeça e do tronco.



Figura 8f. Criança posicionada em "feijão" para folhear o livro



Figura 8g. Criança tenta folhear livro de EVA

Fonte: Arquivo Pessoal

Na figura 8h, criança com hemiparesia espástica esquerda de seis anos brinca com massinha e realiza função bimanual.



Figura 8h. Criança brinca com Massinha (atividade bimanual)

Fonte: Arquivo Pessoal

O terapeuta ocupacional, como facilitador do papel de "brincante" da criança, deve conhecer as preferências lúdicas da mesma. O cuidador pode ser um importante parceiro, estimulando a criança para fazer escolhas, para que participe ativamente, ainda que com auxílio, propiciando ao mesmo tempo situações prazerosas, desafiadoras, mas que não gerem somente frustrações, para que a criança possa compreender que é capaz e que se motive a "tentar novamente" para que novos conhecimentos também sejam apreendidos.

EDUCAÇÃO

A Educação inclui as atividades necessárias para o aprendizado e participação no ambiente e envolve a participação na educação formal, necessidades educacionais pessoais informais, participação na educação pessoal informal (AOTA, 2008).

Partindo da premissa de que a educação é um direito de todos e que a legislação brasileira garante a participação de crianças com necessidades especiais na escola regular, cada vez mais se efetua a ideia de que os professores não devem trabalhar sozinhos, mas sim em equipes que visem o alcance de objetivos mútuos, que seriam melhorar a escolarização para todos os alunos (GARGIULO, 2003).

Sendo assim, a parceria entre terapeuta ocupacional e equipe escolar constitui a consultoria colaborativa escolar. É definida como a interação na qual pessoas da escola e famílias conferem, consultam, e colaboram para identificar necessidades de aprendizagem e comportamento, além de planejar, implementar, avaliar e revisar como as necessidades dos programas educacionais podem servir àqueles que necessitam (GATELY; GATELY, 2001). Sob esta perspectiva, o terapeuta ocupacional pode intervir confeccionando adaptações para escrita, como lápis engrossado (figura 9a), substituidores de preensão, plano inclinado (figura 9b), indicação e uso de adaptações para computador (como colmeia na figura 9c), avaliar o uso de recursos alternativos como ponteiras, pranchas de alfabeto e outros. Além da

intervenção em sala de aula, o terapeuta ocupacional pode intervir para otimizar a participação da criança nos outros ambientes da escola, como no recreio, uso do banheiro, locomoção na escola e no uso do transporte escolar.



Figura 9a. Adaptações para lápis para favorecer preensão



Figura 9b. Plano Inclinado



Figura 9c. Colmeia para teclado

Fonte: Arquivo Pessoal

Na figura abaixo ilustra-se uma criança de nove anos, que faz uso de cadeira de rodas na escola, com adaptação na carteira permitindo regulagem em altura. Isto se deu pelo fato da cadeira ter adaptações simples (assento e encosto, sem apoio de tronco) e a criança tende a manter o tronco mais fletido com a carteira da escola. A carteira estando mais elevada facilita a postura e a coordenação viso-motora da criança ainda que os cotovelos não estejam posicionados a 90° (figura 9d).



Figura 9d. Carteira com regulagem de altura

Em função das dificuldades na escrita, na utilização de materiais em sala de aula, locomoção, e com a necessidade de auxílio na alimentação e no uso do banheiro, é preciso que as escolas tenham auxiliares ou atendentes para acompanhar as crianças nestas tarefas.

O estudo de Silva (2007), que avaliou a participação de crianças com paralisia cerebral matriculadas na escola regular do município de São Paulo, apontou que o professor é o responsável por auxiliar as crianças nas tarefas citadas anteriormente (alimentação, banheiro, playground), bem como na locomoção quando não utilizam algum tipo de meio auxiliar como andador. Além disso, pouco conhecem sobre a real capacidade motora da criança com paralisia cerebral e reconhecem a tendência a superprotegê-la, o que reforça a importância da parceria entre professores e profissionais da saúde, como terapeutas ocupacionais.

LAZER E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Segundo a AOTA (2008), lazer é uma atividade não obrigatória, intrinsecamente motivada, que ocorre durante um período de tempo em que não seja comprometida a obrigatoriedade de ocupações como trabalho, autocuidado, ou sono.

Marcellino (2002) menciona que uma atividade só pode ser considerada lazer se o seu objetivo primário for a satisfação pessoal. Grande parte da população associa a palavra lazer às atividades recreativas ou a eventos de massa, sendo esta tendência reforçada pelos meios de comunicação, que divulgam o lazer como atividades de manifestações de massa, ao ar livre e de conteúdo recreativo. Esta associação acaba por restringir o entendimento do termo lazer. As atividades de lazer são aquelas realizadas com prazer, visando o descanso, o divertimento, a participação social voluntária e o desenvolvimento da capacidade criadora (PRATTA; SANTOS, 2007).

Participação social refere-se a padrões organizados de comportamento que são característicos e se espera de um indivíduo inserido em determinada posição dentro de um sistema social, que pode ser na família, comunidade ou em relação a pares/amigos (AOTA, 2008).

Reconhece-se que as atividades de lazer e participação social de crianças com paralisia cerebral podem ser limitadas, sendo que as crianças, em sua maioria enfrentam, desde o nascimento, uma rotina de centros de reabilitação, estão acostumadas a que os outros façam escolhas por elas, pouco sabem sobre discernir "atividades não obrigatórias de obrigatórias", visto que muitas vezes encontram-se em situação de dependência do

cuidador. Além disto, a participação social destas crianças na comunidade, família e junto aos pares, também pode ser restrita, a começar pela dificuldade de serem aceitas em uma escola, que constitui um ambiente de importante interação com colegas da mesma idade.

Busca-se, dentro dos atendimentos de terapia ocupacional, orientar o cuidador sobre a importância do lazer e participação social, bem como a importância da criança ir para escola, interagir com pares. Porém, em virtude das características predominantemente ambulatoriais apresentadas no Serviço de Terapia Ocupacional da Rede de Reabilitação – Lucy Montoro – Unidade Ribeirão - HCFMRP-USP, as áreas de desempenho do lazer/participação social não serão enfocadas neste capítulo.

Anualmente, o Serviço de Terapia Ocupacional da Rede de Reabilitação – Lucy Montoro – Unidade Ribeirão - HCFMRP-USP organiza uma Festa do Dia da Criança, onde todos os pacientes são convidados a participarem de brincadeiras, contação de histórias, pintura facial entre outros. Desta forma, famílias e crianças interagem, como ilustrado nas figuras 10a, 10b e 10c.



Figura 10a. Crianças brincando de trenzinho atrás do palhaço



Figura 10b. Crianças brincam com o palhaço

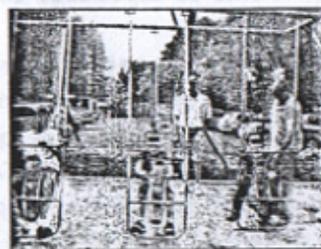


Figura 10c. Crianças no parque (balanço) junto dos pais

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo pretendeu-se explicar os aspectos mais frequentemente trabalhados na intervenção da Terapia Ocupacional da Rede de Reabilitação – Lucy Montoro – Unidade Ribeirão - Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, visando estimular as áreas de desempenho, dando enfoque principalmente às atividades de vida diária, brincar e educação (AOTA, 2008), que estão amplamente relacionadas com a população infantil.

Não se pode deixar de dizer sobre a importância da família para que o sucesso na intervenção terapêutica seja alcançado. A parceria com a família acontece durante todo momento e recebe orientações sobre posicionamento, maneiras de brincar com a criança, como estimular sua independência, além do acolhimento familiar.

Ainda, pelo fato do Hospital das Clínicas ser um hospital-escola ligado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, o serviço de Terapia Ocupacional recebe alunos de graduação do Curso de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo – Campus Ribeirão Preto, constituindo-se também uma importante parceria, associando o ensino e a assistência.

Referências

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (AOTA). Occupational therapy practice framework: domain and process. American Journal of Occupational Therapy, Rockville, v. 56, p. 609-639, 2002.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION (AOTA). Occupational therapy practice framework: domain and process, 2nd edition. American Journal of Occupational Therapy, Rockville, v. 62, p. 625-683, 2008.

ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA À CRIANÇA DEFICIENTE (AACD). Bobath: apostila do curso. São Paulo: AACD, 2006.

BAX, M. et al. Executive Committee for the definition of cerebral palsy: proposed definition and classification of cerebral palsy. Developmental Medicine & Child Neurology, London, v. 47, p. 571-576, 2005.

BLANCHE, E. I. Fazer junto com – Não Fazer para: a recreação e as crianças portadoras de paralisia cerebral. In: PARHAM, L. D.; FAZIO, L. S. A recreação na terapia ocupacional pediátrica. São Paulo: Ed. Santos, 2002. p. 202-218.

BUNDY, A. C. A recreação e entretenimento: o que procurar? In: PARHAM, L. D.; FAZIO, L. S. *A recreação na terapia ocupacional pediátrica*. São Paulo: Santos, 2002. p. 52-66.

FOTI, D. Atividades de vida diária. In: PEDRETTI, L. W.; EARLY, M. B. (Eds.). *Terapia Ocupacional: capacidades práticas para as disfunções físicas*. 5. ed. São Paulo: Roca, 2005. p.132.

GARGIULO, R. M. *Special education on contemporary society: an introduction to exceptionality*. 3rd ed. Belmont: Thomson Learning, 2003.

GATELY, S. E.; GATELY, F. J. Understanding coteaching components. *Council for Exceptional Children, New York*. v. 33, n. 4, p. 40-47, 2001.

GAUZZI, L. D. V.; FONSECA, L. F. Classificação da paralisia cerebral. In: LIMA, C. L. A.; FONSECA, L. F. *Paralisia cerebral: neurologia, ortopedia e reabilitação*. Rio de Janeiro: Medis/Guanabara & Koogan, 2004. p. 37-44.

HALLUM, A.; KRUMBOLTZ, J. D. Parents caring for young adults with severe physical disabilities: psychological issues. *Developmental Medicine & Child Neurology, London*, v. 35, p. 24-32, 1993.

KNOX, S. H. Avaliação da recreação e lazer. In: NEISTADT, M. E.; CREPEAU, E. B. *Willard & Spackman Terapia Ocupacional*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 195-201.

KOKKONEM, J. et al. Social outcome of handicapped children as adults. *Developmental Medicine & Child Neurology, London*, v. 33, p. 1095-1100, 1991.

MANCINI, M. C. Amostra normativa da versão brasileira. In: MANCINI, M. C. *Inventário de Avaliação Pediátrica de Incapacidade (PEDI): manual da versão brasileira adaptada*. Belo Horizonte: UFMG, 2005. p. 31-44.

MARCELLINO, N. C. *Estudos do lazer: uma introdução*. Campinas: Autores Associados, 2002.

MARTINEZ, C. M. S. et al. *Desenvolvimento de bebês: atividades cotidianas e a interação com o educador*. São Carlos: EDUFSCAR, 2005.

MAYSTON, M. J. Bobath concept: Bobath@50: mid-life crisis- What of the future? *Physiotherapy Research International, New York*, v. 13, n. 3, p. 131-136, 2008.

MOREIRA, L. V. C.; VITORIA, T. Controle de esfíncteres. In: ROSSETI-FERREIRA, M. C. et al. *Os fazeres na educação infantil*. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

MUELLER, H. A. Alimentação. In: FINNIE, R. N. *O manuseio em casa da criança com paralisia cerebral*. 3. ed. São Paulo: Manole, 2000. p. 218-231.

NEGRÃO, I. M. C.; BRITO, P. A. O terapeuta ocupacional utilizando o brincar como estímulo aos aspectos cognitivos na pré-escola. 2001. 80 f. Monografia (Conclusão de Curso em Terapia Ocupacional) - Universidade do Estado do Pará, Belém, 2001.

PARHAM, L. D.; PRIMEAU, L. A. Recreação e terapia ocupacional. In: PARHAM, L. D.; FAZIO, L. S. *A recreação na Terapia Ocupacional pediátrica*. São Paulo: Ed. Santos, 2002. p. 2-21.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. Lazer e uso de substâncias psicoativas na adolescência: possíveis relações. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, Brasília*, v. 23, n. 1, p. 43-52, jan./mar. 2007.

REZENDE, M. B. Estamos brincando? Reflexões sobre a prática da terapia ocupacional. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE TERAPIA OCUPACIONAL, 10., 2007, Goiânia. *Anais...* Goiânia, 2007.

SANTOS, L. S. B. Adaptações em paralisia cerebral. In: SOUZA, A. M. C.; FERRARETO, I. *Paralisia cerebral: aspectos práticos*. São Paulo: Memnon, 2001. p. 273.

SANTOS, P. M. S. *Brinquedoteca: o lúdico em diferentes contextos*. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

SANTOS, P. M. S. *Brinquedoteca: a criança, o adulto e o lúdico*. Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

SILVA, D. B. R. *Avaliação das atividades de crianças com paralisia cerebral na escola regular: participação, níveis de auxílio e desempenho*. 2007. 116 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2007.

STANLEY, F.; BLAIR, D.; ALBERMAN, E. D. *Cerebral palsies: epidemiology and causal pathways*. London: Mac Keith Press, 2000. (Clinics in Developmental Medicine, 151).