

Daniela Balceroni R. Silva

Julho 07

A criança especial: terras médias,

Terapia Ocupacional com Crianças Especiais: uma Perspectiva Funcional

Livia de Castro Magalhães

André tinha 8 anos e freqüentava o primeiro ano em uma escola pública, mas, com a reprovação no final do ano e uma série de problemas na sala de aula, foi transferido para uma escola especial. O diagnóstico clínico indicava discreta atrofia cortical, associada à deficiência mental e distúrbio do comportamento, com muita agitação e agressividade. Segundo as palavras da mãe, André havia tido "uma paralisia cerebral" quando era pequeno, ficando com "o braço direito mais fraquinho, mas agora ele já está bom". André não freqüentou pré-escola, pois, muito apegado à mãe, chorava inconsolavelmente quando deixado na escola. Como a família lutava com dificuldades financeiras para mantê-lo na pré-escola e ele parecia tão triste, os pais decidiram esperar a idade de entrada no cadastro para educação primária em escola pública. Entrevistada, a mãe relatou que não aceitava a transferência da criança para escola especial, relatando inclusive que mantinha André em uma escola particular no período da tarde. Após cer-

ca de um mês de aula, a mãe informou que André havia sido desligado da escola particular por problemas de comportamento. A partir desse momento a mãe passou a participar mais ativamente do programa da escola especial. Ficou definido que ficaria no ensino especial por pelo menos um ano, mas o objetivo seria a inclusão no ensino regular. André logo foi encaminhado para a terapia ocupacional, pois, apesar de parecer ter potencial de aprendizagem, ele não correspondia às expectativas da professora.

A história de André é parecida com a de muitas outras crianças, que são encaminhadas para terapia ocupacional para levantamento do potencial e das habilidades funcionais. Terapeutas ocupacionais têm tradição no tratamento de crianças que apresentam diagnósticos variados, como síndrome de Down, paralisia cerebral e outros transtornos do desenvolvimento. Para este capítulo, selecionamos o caso de André, que nos ajudará a ilustrar os vários aspectos da atuação do terapeuta ocupacional com crianças especiais. Naturalmente, alguns detalhes foram omitidos e outros modificados, de forma a simplificar a discussão.

AVALIAÇÃO NA TERAPIA OCUPACIONAL

O processo de intervenção começa com o encaminhamento para avaliação. Adotando uma perspectiva desenvolvimentista, terapeutas ocupacionais geralmente avaliam os aspectos sensorio-motores, perceptuais, cognitivos e socioemocionais que compõem o desenvolvimento global da criança. Recentemente, no entanto, nota-se um movimento para enfatizar a capacidade funcional e as características do desempenho ocupacional da criança. Essa preocupação com aspectos funcionais do desempenho tem como base, além de questões próprias da profissão, a Classificação Internacional de Deficiência, Incapacidade e Desvantagem (ICIDH-2), proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1980 e atualizada várias vezes.¹⁸

A ICIDH-2 foi criada para classificar as conseqüências funcionais das doenças ou lesões e suas implicações na vida das pessoas (OMS, 1980, 1998). Tal classificação apresenta um modelo de análise em três níveis de complexidade, iniciando pelas conseqüências no indivíduo, com as alterações fisiológicas ou psicológicas próprias da doença (por exemplo, distúrbios cognitivos, espasticidade ou falhas perceptuais), classificadas como *deficiências** e suas possíveis conseqüências, em

termos de limitações no desempenho diário, como a dificuldade para se alimentar e vestir roupa, que caracterizam o nível de *incapacidade*/atividades***. No último nível, de *desvantagem*/participação***, são analisadas as circunstâncias ambientais nas quais o indivíduo se insere e como sua participação social é limitada por fatores como calçadas irregulares, ausência de rampas, discriminação social, que limitam ou dificultam o acesso de pessoas deficientes a certos ambientes.

O modelo de incapacitação da OMS representa a transição de um modelo médico, centrado na doença, para uma visão mais ampla do impacto social e das limitações impostas pelo ambiente em indivíduos que apresentam deficiências. Tal modelo, traduzido ou aperfeiçoado de diferentes formas (NAGI¹² e NATIONAL CENTER FOR MEDICAL REHABILITATION RESEARCH [NCMRR], 1993), vem servindo de base para emergência de novos temas e perspectivas na reabilitação de adultos e crianças. Uma conseqüência do uso da ICIDH foi evidenciar o fato de que, em virtude da tradição do enfoque na patologia, existe uma variedade de procedimentos de avaliação e métodos de intervenção visando remediar distúrbios de órgãos e sistemas (avaliação de Amplitude de Movimento [ADM] e tônus muscular, testes perceptuais, terapias neuromotoras e perceptual motoras – nível de *deficiência*), mas são poucos os recursos para avaliar as *limitações funcionais ou atividades* e as conseqüências sociais e ambientais da incapacidade (*participação*).

→ Fazendo uma adaptação do modelo da OMS para a terapia ocupacional, TROMBLY¹⁴ propõe que a avaliação de terapia ocupacional deve iniciar-se pela exploração das atividades e interesses ocupacionais do indivíduo, caracterizando as áreas de dificuldade no desempenho diário. Só depois, se necessário, é que se deve prosseguir com a análise dos componentes (força muscular, equilíbrio, percepção visual,) que possam contribuir para os problemas que o indivíduo enfrenta no desempenho funcional. Essa abordagem, denominada "de cima para baixo", com maior ênfase nos aspectos ocupacionais, é vantajosa não só por ser consistente com o modelo de incapacitação da OMS, mas também por deixar explícitos os objetivos e metas da terapia ocupacional, os quais devem ser centrados em ajudar o paciente a desempenhar as atividades ou ocupações que ele quer ou precisa fazer e que tenham significado no seu contexto pessoal e cultural.^{8,15}

A transposição desse conceito de avaliação "de cima para baixo" para a área infantil não é fácil, pois, como podemos imaginar, não implica somente acrescentar avaliações mais funcionais em nosso repertório de testes do desenvolvimento e componentes do desempenho. Mais que isso, implica uma mudança de

* Terminologia de 1980.

** Terminologia de 2000.

* Terminologia de 1980.

perspectiva, passando de um modelo voltado para conceitos de normalidade para um modelo com foco no desempenho funcional.¹⁰ Na verdade, segundo COSTER et al.⁴ na terapia ocupacional precisamos de modelos de avaliação e intervenção mais centrados na ocupação, ou em como a criança orquestra o desempenho das várias tarefas e atividades (autocuidado, brincar, estudo e atividades produtivas/trabalho) que preenchem o seu dia-a-dia, nos diferentes contextos da casa, da escola e da comunidade.

Voltando ao caso de André, nos perguntamos como poderíamos exemplificar essas idéias e adaptá-las de maneira prática para avaliação da criança. Seguindo o modelo desenvolvimentista tradicional ("de baixo para cima"), a avaliação teria início com uma anamnese voltada para descrição de marcos e aspectos neurossensoriais do desenvolvimento infantil, acompanhada de uma bateria de testes de componentes do desempenho, visando encontrar as possíveis causas das dificuldades escolares de André. A avaliação provavelmente incluiria testes de desenvolvimento motor, percepção visual, integração sensorial, coordenação motora fina, comportamento social, organização do comportamento e outros aspectos relacionados ao desenvolvimento infantil. Ao final da avaliação, possivelmente concluiríamos que a criança apresenta atraso em diferentes áreas do desenvolvimento, as quais seriam abordadas no tratamento, visando à melhoria do desempenho global da criança na escola. Ou seja, iniciariamos pela análise dos componentes, considerados como base do desenvolvimento infantil, para depois relacionarmos os déficits encontrados com as dificuldades observadas no desempenho escolar.

Um pressuposto básico dessa abordagem "de baixo para cima" é acreditar-se que, normalizando esses pequenos componentes, o desempenho chegará ao normal. Sob o ponto de vista teórico, a cada dia nos confrontamos com mais estudos que desafiam nossa crença na existência de uma correlação direta entre falhas nos componentes e desempenho funcional (COSTER et al.⁴; FISHER⁸ e TROMBLY¹⁴). Sob o ponto de vista prático, possivelmente todos podemos nos lembrar de crianças com problemas motores ou cognitivos graves, que conseguem independência nas Atividades da Vida Diária (AVD), enquanto outras menos comprometidas não o fazem.

Outro problema dessa abordagem é que não fica claro o foco específico da terapia ocupacional nas áreas de desempenho.¹⁵ Ou seja, no nosso empenho em avaliar todas as habilidades quanto aos componentes, nem sempre fica evidente que nosso objetivo é examinar como a criança brinca, faz suas rotinas diárias ou se engaja nas atividades escolares. Adotando então uma perspectiva funcional, a avaliação de terapia ocupacional da criança especial deve começar pelo levantamento de suas rotinas, interesses e dificuldades no desempenho diário e, com

base nesses dados, prosseguir com avaliação mais detalhada das atividades funcionais e dos componentes do desempenho. Como grande parte dos terapeutas ocupacionais que trabalham com crianças atua em escolas especiais e o desempenho acadêmico é o foco da maioria dos programas de intervenção na infância, torna-se importante centrarmos atenção na atuação da terapia ocupacional dentro do ambiente escolar.

Procurando definir o papel de diferentes profissionais da saúde no ambiente escolar, BUNDY et al.² identificaram quatro áreas nas quais estudantes com necessidades especiais tendem a apresentar maior dificuldade. A relevância da contribuição da terapia ocupacional varia de acordo com a área, como indicado a seguir.

- Adquirir informações ou aprendizagem acadêmica, área de domínio mais específico do professor, na qual terapeutas ocupacionais podem dar menor contribuição.
- Expressar informações aprendidas, por meio da linguagem verbal, escrita ou outros meios de comunicação, área na qual o terapeuta ocupacional pode contribuir, sugerindo adaptações, uso de computadores ou mesmo atividades para melhoria do traçado e da escrita.
- Assumir o papel de estudante, por meio da execução de tarefas acadêmicas e não-acadêmicas típicas do estudante como, por exemplo, se relacionar com colegas e professores, cumprir horários, manter os deveres em dia, área na qual a terapia ocupacional pode dar grande contribuição, orientando a organização das tarefas e do tempo, o manejo apropriado dos materiais escolares, entre outros.
- Desempenhar atividades de vida diária e mobilidade independente pela escola, uma área tradicional da terapia ocupacional.

Essa divisão por áreas de dificuldade parece útil para nos ajudar a selecionar aspectos prioritários para avaliação e intervenção da terapia ocupacional em escolas especiais. Em consonância com a perspectiva de avaliação de "cima para baixo", o modelo de intervenção proposto por BUNDY et al.² é também voltado para análise do desempenho do aluno no contexto onde os problemas aparecem. Ou seja, dá-se grande ênfase à observação em ambientes naturais, como na sala de aula, no recreio ou na cantina. Como discutido a seguir, esse modelo foi aplicado ao caso de André para delimitar áreas de avaliação da terapia ocupacional. Na ausência de instrumentação desenvolvida para a criança brasileira, foi usado um roteiro de observação na sala de aula baseado na Avaliação das Habilidades Motoras e de Processo – "School AMPS"⁹ – e em guia de observação elaborado pela própria terapeuta.

Como a maioria das crianças com necessidades especiais, André pode se beneficiar de recursos pedagógicos especializados para facilitar a aprendizagem, área na qual sua professora deve tomar a frente. Com relação às AVD e mobilidade, não havia queixas. André era independente na escola, se alimentava sozinho e usava o banheiro, não sendo capaz apenas de dar laço nos sapatos e abotoar camisas com botões menores, coisa que ele raramente usava. Conclui-se, portanto, que no caso de André as áreas-chave para avaliação de terapia ocupacional seriam a habilidade para assumir o papel de estudante e expressar aprendizagem.

Quanto à habilidade para assumir o papel de estudante, observou-se, na sala de aula, que André cativava a professora e tinha facilidade para fazer amigos, liderando a turma nas brincadeiras e na bagunça. Algumas crianças, no entanto, tinham medo de André, pois, apesar de companheiro, ele mudava rapidamente de humor, empurrando e distribuindo tapas sem motivo aparente. O desempenho das tarefas escolares era irregular, havia dificuldades motoras, mas o problema principal era se organizar para fazer as tarefas. André tinha dificuldade para manter a atenção na professora, falando muito e levantando constantemente para ir de um lugar a outro, e o barulho e pouca estruturação das tarefas contribuíam para agitação e desorganização da criança. A carteira de André estava posicionada perto da mesa da professora, para maior controle, mas ao lado havia um aluno ainda mais agitado, que parecia incomodá-lo. A carteira era alta para André, estava sempre entulhada de materiais escolares e, com o tempo, tudo caía de cima da carteira, inclusive a criança, que escorregava no assento, até quase cair no chão.

Na área de expressão da aprendizagem, foram observadas tanto dificuldade no traçado, com letras malformadas, quase irreconhecíveis e lápis escorregando da mão, quanto na expressão verbal, com dificuldade para seqüenciar idéias e contar histórias. Segundo relato da criança, ele preferia a escola atual, pois tinha mais tempo para brincar, mas não entendia para que precisava aprender a ler e escrever coisas que "eram chatas e não serviam para nada".

Apesar da ênfase no comportamento na escola, é evidente que a criança faz parte de uma família, imersa em valores sociais e culturais, que vão dar ou não suporte ao bom desempenho do papel de estudante. Expectativas familiares com relação ao desempenho escolar da criança, bem como o sistema de suporte social disponível para atender às necessidades da criança e dos pais, são considerados essenciais no processo de intervenção em crianças especiais.³

No nosso meio, boa parte das famílias não conta com um sistema de suporte adequado, como assistência especializada perto de casa, horário especial de trabalho de forma que os pais possam atender às necessidades da criança ou informações de fácil acesso para pais e familiares entenderem melhor a criança. Nessas condições, são comuns situações de estresse e desestruturação familiar perante o nascimento de uma criança que necessita de cuidados especiais. A história de André, coletada em entrevista com a mãe e visita domiciliar, ilustra alguns desses aspectos.

André, a mãe (professora primária), o pai (operário) e a irmã de 4 anos moram em uma casa simples, dois quartos, sala e cozinha muito limpos, com uma pequena área cimentada no fundo. Com a transferência de André para a escola especial, muito distante de casa, a mãe parou de trabalhar para levá-lo à escola, o que estava trazendo mais dificuldades financeiras para a família. Apesar da história de atraso motor e lentidão no uso da mão direita, os pais davam pouca atenção a esses problemas, chegando a perder todos os exames neurológicos da criança, inclusive uma tomografia. A preocupação da mãe em afirmar que André "havia tido PC quando era pequeno", mas que "já estava bom", e a resistência em aceitar que André precisava de suporte pedagógico especializado ilustram tanto o nível de desinformação de famílias de baixa renda como as perspectivas de exclusão e estigma social associados ao ensino especial.

Em casa, observou-se que, apesar de os pais valorizarem a aprendizagem acadêmica, André não tinha acesso a livros infantis, revistas, lápis de cera, papel para desenhar ou outros materiais didáticos. Sem um local específico para realizar suas tarefas escolares, fazia os deveres na mesa da sala, muito alta e próxima da televisão, que ficava ligada boa parte do dia. Não havia delimitação de horários para estudo e brincadeira, nem local específico para guardar os materiais escolares, que acabavam parando nas mãos da irmã, sendo destruídos. André era independente nas AVD, mas só fazia "quando dava vontade". Os piores momentos eram o banho e as refeições, pois ele se escondia na hora do banho e para comer era uma luta, não gostava de nada.

Quanto aos interesses e brincadeiras, a irmã era a parceira preferida e os dois passavam a maior parte do tempo assistindo à TV. André gostava também de futebol, mas não tinha amigos no bairro e a mãe não gostava que saísse de casa, pois sempre brigava na rua. Além disso, ele era "distraindo" e não olhava quando atravessava a rua. Havia poucos brinquedos disponíveis

na casa: uma bola, com a qual André brincava de chutar no muro, e alguns carrinhos de plástico, já bastante velhos. Segundo a mãe, André não tinha muito interesse por brinquedos e, apesar da insistência dos pais para sair e brincar na área, ele preferia mesmo ficar sentado no sofá em frente à TV.

Com base nas informações coletadas em entrevistas, observação direta, visita domiciliar e questionários dirigidos, o terapeuta ocupacional ganha uma visão geral das dificuldades enfrentadas pela criança no desempenho diário, seus hábitos e interesses, as expectativas com relação ao desempenho e como o ambiente dá suporte ou limita o potencial da criança. Com base nesses dados, o terapeuta pode decidir quanto à necessidade de aplicação de testes de habilidades específicas ou dos componentes sensório-motor, cognitivo e psicossocial, que possam estar contribuindo para falhas no desempenho funcional da criança. Iniciar a avaliação "de cima para baixo" não elimina a necessidade de se avaliar os componentes do desempenho. A diferença, no entanto, é que a avaliação dos componentes passa a ser usada para ajudar a determinar como intervir e não quais serão as metas ou os objetivos da intervenção, os quais devem ser determinados pelos problemas no desempenho funcional apresentados pela criança.⁴

Existe uma variedade de testes padronizados de componentes do desempenho, mas infelizmente a maioria deles não foi desenvolvida nem padronizada para a criança brasileira. Na prática clínica são usados protocolos de avaliação elaborados pelo próprio terapeuta ou retirados de livros. Geralmente se inicia pela observação informal da movimentação da criança, suas respostas a estímulos, nível de atenção, habilidade para comunicar e se expressar, passando então a testes formais de padrões neuromusculares, como tônus muscular, equilíbrio e respostas posturais, reconhecimento de formas e cores, habilidade para brincar, de acordo com as necessidades da criança, como exemplificado no caso de André.

Considerando que no caso de André o foco da avaliação de terapia ocupacional é nas áreas de expressão da aprendizagem e habilidade para assumir papel de estudante, evidenciou-se que:

- Alguns aspectos da organização do ambiente da sala de aula dificultam o desempenho da criança.
- No ambiente domiciliar alguns aspectos dão suporte ao desempenho, como o interesse da mãe, mas outros dificultam, como a falta de organização das rotinas diárias e de um local apropriado para a criança estudar.

- André gosta da escola, mas não tem interesse pela escrita e leitura. Há limitações cognitivas, mas em casa o contato com livros e revistas é reduzido e pode influenciar o interesse.
- Dificuldade para manter controle postural na carteira (constante escorregar na cadeira), dificuldade para manter atenção nas tarefas, pouco interesse por brinquedos estruturados, queixas de irritabilidade, agressividade e problemas alimentares sugerem falhas de processamento sensorial, sendo recomendada uma avaliação de integração sensorial.
- Falhas na destreza manual, com dificuldade para manter o lápis na mão e no manejo de botões e similares, podem interferir na escrita, sendo recomendada avaliação da habilidade motora fina.

Como avaliação de componentes, foram aplicadas as Observações Clínicas de Integração Sensorial,¹ cujos resultados indicaram que André apresentava tônus postural rebaixado, com discreta assimetria, mas sem sinais de espasticidade, como esperado pelo relato da mãe. O equilíbrio e padrões posturais estavam abaixo do esperado para a idade, condição que, juntamente com a assimetria, interferia na habilidade para correr, saltar, pular, saltitar e outras atividades bilaterais, como agarrar e arremessar bola, tornando difícil acompanhar colegas, mesmo mais jovens, no futebol. Talvez em razão de experiências anteriores de fracasso, André logo desistia, e quando se deparava com alguma dificuldade, ele dizia: "ah, isso eu não gosto de fazer", e ia logo passando de uma atividade a outra. Ele parecia não perceber a posição e o movimento do corpo no espaço (discriminação de sensações vestibulares e proprioceptivas), se atirando de balanços e equipamentos, sem olhar a altura ou o que estava embaixo. Foram observadas várias respostas francamente aversivas ao contato tátil com texturas e materiais, sugerindo grau moderado de defensividade tátil. Essa observação foi confirmada pela mãe, a qual informou que, como André desde pequeno sempre rejeitava abraços e beijos, ela chegou a pensar que o filho não gostava dela.

Baseado nos trabalhos de EXNER⁷, SCHNECK e HENDERSON¹³, foi elaborado um roteiro para avaliação da função manual, sendo observado um padrão imaturo de preensão no lápis, além de dificuldade nos movimentos de rotação e translação de objetos na mão, que são importantes para controle do lápis e escrita.

Uma vez coletados os dados principais da avaliação, passa-se à fase de interpretação e sumarização de dados, definição do plano de tratamento e elaboração de relatório conclusivo, estabelecendo metas a curto e longo prazo. A interpretação dos dados é uma fase importante da avaliação, pois os resultados precisam captar a essência das dificuldades apresentadas pela criança, deixando clara

a inter-relação entre os aspectos avaliados e as queixas apresentadas pelos pais, professores ou pessoas que convivem com a criança. O relatório deve apresentar uma nova forma, mais positiva de ver a criança, e não apenas um apanhado de problemas e déficits que não nos dão uma visão das habilidades funcionais e interesses ocupacionais da criança.

Nunca é demais salientar que a elaboração do plano e objetivos de tratamento deve ser um processo colaborativo entre o terapeuta, a equipe interdisciplinar, a família e, sempre que possível, a própria criança. As metas e objetivos da terapia ocupacional devem ser sempre expressos em termos de metas funcionais observáveis e não em termos das expectativas de melhorias nos componentes de desempenho. Além disso, o que nem sempre é fácil fazer, ao final da avaliação deveríamos indicar qual parâmetro será usado para avaliar os ganhos obtidos com a intervenção. Atualmente já existem instrumentos muito úteis para avaliação dos resultados da intervenção, como a PEDI – “Pediatric Disability Inventory”¹¹ e a “School Function”,⁴ que estão sendo adaptadas para nossas crianças.

INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA OCUPACIONAL

Os objetivos gerais da terapia ocupacional com crianças são:

- Promover mudanças no desempenho ocupacional e na qualidade de vida por meio de maior participação nas atividades de autocuidados, no brincar e nas atividades escolares.
- Esclarecer e reinterpretar aspectos de comportamento, dando uma nova visão da criança aos pais e professores.
- Dar suporte à criança, família e escola, visando facilitar o processo de adaptação à incapacidade, com ajuste das expectativas de desempenho e otimização da relação criança-ambiente.
- Promover participação na comunidade, com engajamento nas atividades sociais e culturais que são típicas para crianças e suas famílias.

Considerados os objetivos gerais da terapia ocupacional e os objetivos específicos do programa da criança, o terapeuta deve decidir entre duas perspectivas básicas de intervenção, a remediação ou a adaptação. O modelo de remediação se apóia na perspectiva desenvolvimentista, devendo ser usado quando existem evidências de que a melhoria nos componentes básicos (tônus muscular, coordenação motora, percepção visual) vai resultar em ganhos significativos no desem-

penho ocupacional.⁸ A terapia de integração sensorial, o método Bobath, o treino perceptual motor e a estimulação sensorio-motora são exemplos de abordagens de remediação muito usados por terapeutas ocupacionais que trabalham com crianças especiais.

O modelo de adaptação ou compensação implica adaptar os utensílios ou o ambiente para compensar as deficiências da criança. Geralmente é usado quando não se esperam resultados funcionais significativos com a remediação, ou quando a adaptação é mais eficiente em termos de gasto de tempo, energia e recursos financeiros.⁸ O uso de adaptações para alimentação e vestuário, as alterações de mobiliário, os engrossadores de lápis ou a tesoura adaptada são exemplos de adaptações muito usadas para melhorar o desempenho funcional da criança, facilitando o engajamento em atividades ocupacionais.

Geralmente a combinação dos dois modelos é vantajosa, como exemplificado para o caso de André no Quadro 15.1, no qual estão listadas algumas alternativas e atividades usadas durante o programa de terapia ocupacional.

Quando se planeja a intervenção, é essencial considerarmos o custo-benefício. Além de avaliarmos se o modelo mais eficiente é o de remediação ou o de compensação, devemos também considerar como e quem vai implementar o serviço. Apesar de no Brasil termos uma tradição na prestação de serviço direto, com sessões individuais de terapia, existem evidências de que tanto o serviço indireto quanto a consultoria podem ser eficientes para atingir os objetivos específicos traçados para a criança.^{2,6}

No serviço indireto o terapeuta ensina procedimentos ou atividades terapêuticas para os pais, professores ou auxiliares, que vão implementar o serviço. É comum o terapeuta ocupacional orientar o treino de AVD, brincadeiras sensorio-motoras para crianças pequenas ou atividades perceptuais, como encaixes e jogos de coordenação, para crianças que estão em fase escolar. Uma das limitações do serviço indireto são as habilidades e o interesse de quem vai implementar o serviço. Além disso, se não forem traçadas metas objetivas, será difícil avaliar os resultados do programa, avaliação esta sob responsabilidade do terapeuta ocupacional. Corre-se também o risco de os pais serem transformados em co-terapeutas, com interações estruturadas e potencialmente mais estressantes, em detrimento de tempo para brincar e construir uma relação natural e afetiva com a criança.³

Na consultoria os pais, professores e outras pessoas que lidam com a criança se encontram regularmente com a terapeuta ocupacional a fim de discutir estratégias para lidar com os problemas que aparecem no dia-a-dia. A consultoria é uma oportunidade não só para ter acesso a técnicas e estratégias mais efetivas, como

QUADRO 15.1 – Algumas alternativas e atividades usadas durante o programa de terapia ocupacional

Problemas	Remediação	Compensação
Assumindo o papel de estudante		
Dificuldade de atenção, desorganização do comportamento	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas de atenção parecem, em parte, relacionados a falhas de modulação sensorial (defensividade tátil), pouco controle da postura, movimentação e planejamento motor. Foram usados princípios da terapia de integração sensorial. • Treino perceptual, com aumento gradual na duração e complexidade das atividades, visando aumentar a atenção dirigida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mudar de lugar na sala, perto da professora, mas longe de crianças mais agitadas. • Tomar alto de voz da professora parece aumentar agitação, sendo sugerido controle da estimulação ambiental na sala de aula. • Colaboração com a professora para organizar rotina de sala de aula que inclua movimentação, por exemplo: ajudar a professora, entregar cadernos ou apagar o quadro. • Ajudar a mãe a estruturar rotinas diárias da criança e organizar cantinho de estudo com mesa pequena, longe da televisão.
Defensividade tátil e comportamento agressivo com colegas	<ul style="list-style-type: none"> • Abordagem de IS com ênfase na estimulação tátil. • Programa domiciliar de estimulação tátil, usando técnica de escovação • Sessões de terapia em dupla, visando desenvolver habilidades como: esperar a vez e escutar opinião do colega, aceitar perder e ganhar, aceitar contato físico sem bater. 	<ul style="list-style-type: none"> • Quando for necessário, tocar ou se aproximar da criança, evitar contato tátil leve, usar pressão firme que é menos aversiva. • Evitar colocar carteiras muito juntas na sala de aula, ou forçar André a sentar-se muito próximo de outras crianças no refeitório e nas atividades de grupo.
Expressando a aprendizagem		
Pouco interesse pela leitura e escrita	<ul style="list-style-type: none"> • Dificuldade de leitura pode estar relacionada a problemas de atenção e falhas de processamento sensorial. Uso da abordagem de integração sensorial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar os pais a terem material para leitura de interesse da criança em casa (revistinhas e livros infantis), os quais podem ser emprestados da biblioteca da escola.

(Continua)

QUADRO 15.1 (Continuação) – Algumas alternativas e atividades usadas durante o programa de terapia ocupacional

Problemas	Remediação	Compensação
Expressando a aprendizagem		
Escorrega na carteira e se debruça sobre a mesa para escrever	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar com a professora em um programa multissensorial para aprendizagem das letras. • Terapia de integração sensorial com ênfase em estimulação vestibular do tipo linear, para melhorar o controle postural e padrão de extensão contra a gravidade, o que incluiu atividades como: balançar na rede, andar de prono no carrinho de rolimã, etc. (Fig. 15.1). 	<ul style="list-style-type: none"> • Os pais devem criar o hábito de ler para André e sua irmã, estimulando o interesse por figuras e livros. • Recomendar carteira de tamanho apropriado para criança: pés apoiados no chão, mesa na altura dos cotovelos. • Almofada fixa ou forro antiderrapante (por exemplo, carpete) na cadeira.
Tração e escrita pobres para a idade	<ul style="list-style-type: none"> • Treino de função manual com atividades de coordenação fina: massinha de diferentes texturas, mosaico de bolinhas de papel recortado. • Abordagem multissensorial para aprendizagem do formato das letras e treino de escrita: escrever e rabiscar na bandeja coberta de espuma de barbear, modelar letras com massinha, etc. (Fig. 15.3). 	<ul style="list-style-type: none"> • Segurador de lápis para posicionamento dos dedos (Fig. 15.2). • Fita adesiva para prender papel na mesa. • Papel com linhas e margens bem demarcadas em cores contrastantes • Tarja com letras do alfabeto pregada na carteira da criança.
AVD e mobilidade*		
Não amarra sapato nem abotoa camisa	<ul style="list-style-type: none"> • Treino de função manual. • Inclusão de atividades de amarrar, com diferentes cordões e cordões, na terapia de criança. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tênis com velcro ou uso de cadarço de elástico. • Camisetas e blusas sem botões.

* Objetivo secundário para André.



FIGURA 15.1 – Brincadeira de balançar na rede, em uma combinação de estimulação vestibular e planejamento motor para alcançar a bola e chutar no gol.



FIGURA 15.2 – Atividade de escrita com uso de adaptação para preensão no lápis e papel afixado à mesa para evitar deslizamento.



FIGURA 15.3 – Escrevendo na parede para facilitar posicionamento em extensão do punho, que é importante para a escrita.

também para adquirir uma nova visão sobre o comportamento da criança.² Segundo BUNDY et al.² a consultoria pode ser uma das formas mais eficientes de intervenção, porque vai resultar em mudanças no ambiente humano da criança. Quando pais e professores entendem melhor o comportamento e desenvolvem uma visão mais positiva da criança, as mudanças ocorrem no contato e na forma de estruturar o ambiente. Por exemplo, quando a mãe de André entendeu que o fato de ele se esquivar de seus abraços e carinho poderia estar relacionado à defensividade tátil e não ao fato de a criança não gostar da mãe, foi um alívio. Ela relata que passou a se sentir mais próxima do filho, passou a dar mais controle à criança na hora do banho e instituiu os “abraços de tamanduá”, que foram muito bem recebidos por André, que já chegava em casa pedindo “uns apertos”.

As decisões sobre como implementar a intervenção refletem o raciocínio clínico e a experiência do terapeuta. Os recursos cada vez mais escassos para educação especial exigem criatividade e flexibilidade, aliadas à sólida formação teórica e sensibilidade para desenhar programas individualizados em resposta às necessidades de cada criança e sua família.

CONCLUSÃO

O sucesso do trabalho com crianças especiais não depende dos esforços de um único profissional; exige o trabalho de uma equipe interdisciplinar integrada que, em colaboração com a família, vai definir os aspectos prioritários da intervenção em cada fase do desenvolvimento da criança. Cada profissional tem uma contribuição específica, e o terapeuta ocupacional, com seu enfoque no desempenho ocupacional, visa não só a aumentar a capacidade funcional, mas também que a criança tenha maior habilidade para interagir com o ambiente físico e social, de forma a se engajar em atividades de seu interesse, conseguindo participar ou mesmo organizar rotinas diárias satisfatórias, que incluam as tarefas de autocuidado, o brincar e o trabalho escolar.

O terapeuta ocupacional está apto a contribuir em todas as fases de acompanhamento da criança especial, desde a triagem de distúrbios do desenvolvimento até a fase final, na adolescência e idade adulta, com levantamento dos interesses ocupacionais, do potencial de trabalho e treinamento de habilidades que permitam a inserção no mercado de trabalho.

Concluindo, com o caso de André, vê-se que seu desempenho atual é resultado do trabalho conjunto da professora, da terapeuta ocupacional, dos pais e da própria criança, que passou a participar mais ativamente da intervenção, quando a meta final de retorno ao ensino regular passou a ser uma possibilidade real, com significado especial para ele.

Após 1 ano e meio na escola especial, André chegou muito excitado à sala de terapia informando que no próximo ano ele iria voltar para a escola perto de sua casa. A terapeuta ocupacional conversou com ele sobre o significado dessa transferência e as exigências da nova escola. Foi enfatizado que, para o primeiro ano, ele teria de escrever. André concordou. A terapeuta perguntou, então, se ele gostaria de trabalhar mais na escrita. Disse que sim. A partir desse dia foram feitos vários trabalhos de escrita e atividades de coordenação fina, com plena cooperação de André, que antes se mostrava resistente a esse tipo de trabalho. Houve altos e baixos, mas após 2 anos e meio na escola especial, André foi aceito no ensino regular. As dificuldades ainda são muitas. André recebeu alta da terapia ocupacional, mas frequenta suporte pedagógico na escola especial, como parte do programa de inclusão. Na nova escola, André está tendo mais oportunidades de participação social. Ele está brincando mais com outras crianças e tem um colega que mora perto de sua casa. Os pais estão satisfeitos com os progressos de André na alfabetização, mas, cientes de suas limitações, estudam a perspectiva de entrada em um programa de oficinas pedagógicas para treino profissionalizante.

Agradecimentos

A André (nome fictício) e sua família pela dedicação e permissão para compartilharmos sua história. À criança das fotos e sua mãe pela colaboração. Às terapeutas ocupacionais MARISA C. MANCINI e ZÉLIA C. COELHO, pela leitura e comentários para finalização deste capítulo.

Bibliografia

1. AYRES, A.J. – *Southern California Sensory Integration Tests Revised*. Los Angeles, WPS, 1980.
2. BUNDY, A. et al. – *Making a Difference: OTs and PTs in Public Schools*. Chicago, University of Illinois, 1991.
3. CASE-SMITH, J. – Assessment. In: CASE-SMITH, J. (ed.) – *Pediatric Occupational Therapy in Early Intervention*. 2nd ed., Boston, Butterworth-Heinemann, p. 49-81, 1998.
4. COSTER, W.; DEENEY, T.A.; HALTWANGER, J.T.; HALEY, S.M. – *School Function Assessment: Standardized Version*. Boston, Boston University, 1998.
5. COSTER, W. – Occupational-centered assessment for children. *AJOT*, 52(5): 337-344, 1998.
6. DUNN, W. – A comparison of service provision models in school-based occupational therapy services: a pilot study. *Occupational Therapy Journal of Research*, 10(5), 300-319, 1990.
7. EXNER, C.E. – Development of in-hand skills. In: CASE-SMITH, J.; ALLEN, A.S.; PRATT, P.N. – *Occupational Therapy for Children*. St. Louis, Mosby, 1996.
8. FISHER, A.G. – Uniting practice and theory in an occupational framework. *American Journal of Occupational Therapy*, 52(7): 509-521, 1998.
9. FISHER, A.G.; BRYZE, K. – *The Assessment of Motor and Process Skills: School Version*. Research edition. Forth Collins, Three Star Press, 1998.
10. HALEY, S.M. – Our measures reflect our practices and beliefs: a perspective on classical measurement in pediatric physical therapy. *Pediatric Physical Therapy*, p. 142-143, 1994.
11. HALEY, S.M.; COSTER, W.J.; LUDLOW, L.H.; HALTWANGER, J.T.; ADRELLOS, P.J. – *Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI)*. Boston, New England Medical Center Hospitals, 1992.
12. NAGI, S. – Disability concepts revisited: implications for prevention. In: POPE, A.M.; TAYLOR, A.R. (eds.) – *Disability in America: Towards a National Agenda for Prevention*. Washington, National Academy Press, p. 309-327, 1991.
13. SCHNECK, C.M.; HENDERSON, A. – Descriptive analysis of the developmental progression of grip position for pencil and crayon control in nondysfunctional children. *American Journal of Occupational Therapy*, 44(10): 893-900, 1990.
14. TROMBLY, C.A. – Occupation purposefulness and meaningfulness as therapeutic mechanisms. *American Journal of Occupational Therapy*, 49: 960-972, 1995.
15. TROMBLY, C. – The issue is: anticipating the future. Assessment of occupational function. *American Journal of Occupational Therapy*, 47: 253-257, 1993.
16. U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES – *Research Plan for the National Center for Medical Rehabilitation Research*. (NIH Publication n° 93-3509). Washington, WHO 1993.
17. WORLD HEALTH ORGANIZATION – *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*. Geneva, WHO, 1980.
18. WORLD HEALTH ORGANIZATION – *ICIDH-2: International Classification of Impairments, Activities and Participation*. Geneva, WHO, 2002.