

**NEUROLOGIA INFANTIL E TERAPIA OCUPACIONAL:
PERSPECTIVAS DO ATENDIMENTO TERAPÊUTICO
OCUPACIONAL NA CLÍNICA NEUROPEDIÁTRICA***

Child neurology and occupational therapy: perspectives of occupational therapeutic attention in the neuropsychiatric clinic

Neurología infantil y terapia ocupacional: perspectivas del atendimento terapéutico ocupacional en la clínica neuropsiquiátrica

Etiane Vanessa Primon – Acadêmica de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Brasil, e-mail: etiane.primon@gmail.com

Daniela Tonús – Docente do Departamento de Terapia Ocupacional, Universidade federal de Santa Maria, Santa Maria, Brasil, e-mail: dtonus@hotmail.com

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado ao curso de Terapia Ocupacional do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), apresentado como requisito à obtenção do título de **Bacharel em Terapia Ocupacional.**

Santa Maria, RS
2018

* Este artigo é resultado de uma pesquisa realizada no Trabalho de Conclusão de Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Santa Maria

NEUROLOGIA INFANTIL E TERAPIA OCUPACIONAL: PERSPECTIVAS DO ATENDIMENTO TERAPÊUTICO OCUPACIONAL NA CLÍNICA NEUROPEDIÁTRICA

Child neurology and occupational therapy: perspectives of occupational therapeutic attention in the neuropsychiatric clinic

Neurología infantil y terapia ocupacional: perspectivas del atendimento terapéutico ocupacional en la clínica neuropsiquiátrica

RESUMO

O terapeuta ocupacional atua em diferentes campos, sendo a neurologia uma das possíveis áreas de atuação. As disfunções neurológicas na infância podem ser advindas de diferentes fatores e ocorrem tanto no período pré, peri ou pós natal. Tais disfunções podem afetar o desenvolvimento da criança e comprometer o desempenho ocupacional destas. Assim, os objetivos da pesquisa foram elucidar a relevância do terapeuta ocupacional na área de atuação da Neurologia Infantil, aprofundar conhecimentos na área, apontando as principais abordagens utilizadas e identificando as principais demandas de atendimento, bem como, trazer a perspectiva dos pais acerca dos atendimentos de Terapia Ocupacional. A pesquisa de caráter qualitativo abordou acerca da atuação da Terapia Ocupacional na neurologia infantil, com estudo de prontuário e realização de grupo focal com os pais ou cuidadores. Os resultados do estudo trouxeram uma análise da área de atuação em neuropsiquiatria e as principais abordagens de tratamento no serviço onde a pesquisa foi realizada, ampliando os conhecimentos referentes às patologias além de elucidar a percepção e compreensão dos pais quanto à atuação da Terapia Ocupacional. Diante dos resultados pode-se ainda, destacar as barreiras diariamente enfrentadas pelas pessoas com deficiência. Considera-se que, estudos como este devam ocorrer com maior número de pessoas com o intuito de aprofundar os conhecimentos em relação ao tema, buscando novos dados e produção científica, bem como uma visão mais ampla da Terapia Ocupacional nessa área.

Palavras-chaves: Neurologia. Terapia Ocupacional. Transtornos do Neurodesenvolvimento.

ABSTRACT

The occupational therapist works in different fields, and neurology is one of them. Neurological dysfunctions in childhood may happen due to different factors and occur in the pre, peri or postnatal period. Such dysfunctions can affect the child's development and compromise the child's occupational performance. Therefore, the aims of this research were to elucidate the relevance of the occupational therapist in the field of Neurology for Children, to improve the knowledge in the area, pointing out the main approaches used and identifying the main demands of care, as well as bringing parents' perspective on the occupational therapy. The qualitative research focused on the performance of Occupational Therapy in children's neurology, considering a study of the medical chart and the accomplishment of a focal group with parents or caregivers. The results of the study brought an analysis of the neuropsychiatric action area and the main treatment approaches the service where the research was carried out, expanding the knowledge concerning the pathologies and elucidating the perception and understanding of the parents considering the performance of Occupational Therapy. Given the results, it is possible to highlight the daily barriers faced by people with disabilities. It is considered that studies like this should occur with a bigger number of

people in order to improve the knowledge on the subject, searching for new data and scientific production, as well as a bigger view of Occupational Therapy in this area.

Keywords: Neurology. Occupational therapy. Neurodevelopmental disorders.

RESUMEN

El terapeuta ocupacional actúa en diferentes campos, siendo la neurología una de las posibles áreas de actuación. Las disfunciones neurológicas en la infancia pueden provenir de diferentes factores y ocurren tanto en el período pre, peri o post natal. Tales disfunciones pueden afectar el desarrollo del niño y comprometer el desempeño ocupacional de estos. Por lo tanto, los objetivos de la investigación fueron elucidar la relevancia del terapeuta ocupacional en el área de actuación de la Neurología Infantil, profundizar conocimientos en el área, apuntando a los principales abordajes utilizados e identificando las principales demandas de atención, así como, traer la perspectiva de los padres acerca de las atenciones de Terapia Ocupacional. La investigación de carácter cualitativo abordó acerca de la actuación de la Terapia Ocupacional en la neurología infantil, con estudio de prontuario y realización de grupo focal con los padres o cuidadores. Los resultados del estudio trajeron un análisis del área de actuación en neuropediatría y los principales abordajes de tratamiento en el servicio donde la investigación fue realizada, ampliando los conocimientos referentes a las patologías además de elucidar la percepción y comprensión de los padres en cuanto a la actuación de la Terapia Ocupacional. Frente a los resultados se puede, además, destacar las barreras a las que se enfrenta cada día con las personas con discapacidad. Se considera que estudios como este deban ocurrir con mayor número de personas con el propósito de profundizar los conocimientos en relación al tema, buscando nuevos datos y producción científica, así como una visión más amplia de la Terapia Ocupacional en esa área.

Palabras Clave: Neurología. Terapia ocupacional. Neurodesarrollo.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus. Minha fé foi meu refúgio em momentos onde as dificuldades pareciam não poder ser superadas, também foi meu consolo quando tudo parecia não ter sentido, e foi meu impulso para que os obstáculos fossem superados. Gratidão.

Aos meus pais, Pedro e Izolce, e meus irmãos, Aline e Patric que são o motivo de minha existência e que me fazem lutar por um futuro melhor. Sem vocês ao meu lado, a minha caminhada não teria sentido algum. Obrigada por jamais saírem do meu lado, por suportarem minha ausência nesses anos, e sempre, SEMPRE, segurarem minha mão em um sinal de “estamos com você, independente de tudo”.

À minha avó, Maria, que esteve ao meu lado durante esses anos! Dedico também aos meus avós: Augustinho, Maria Rosa e José, que, mesmo não estando neste plano espiritual, se fizeram presentes em meus pensamentos e orações.

Agradeço todos os meus amigos que me auxiliaram neste processo. Ao Áureo, por ter sido meu suporte de toda uma vida, por ter sido tão presente na minha caminhada. Bruna P. e Natiele que, mesmo distantes, sempre estiveram ao meu lado. À Sandra, por ter sido minha maior confidente, uma grande torcedora, e por sempre ter as palavras certas nos momentos onde a dúvida e a insegurança me cercaram. A Bruna K., por ter me apresentado a Terapia Ocupacional, e ter sido minha maior parceira de caminhada acadêmica. Raphaella, por ser meu refúgio e meu abrigo, principalmente nesses últimos tempos. As minhas colegas de apartamento, Claudia, Graciela, Bianca e Marizete por todos os momentos que passamos juntas, certamente a convivência do “4630” deixará saudades. É gratificante saber que tenho comigo pessoas como vocês!

Aos meus colegas da 12ª turma, que mostraram que o meio acadêmico pode se tornar mais leve quando temos pessoas compreensivas e acolhedoras caminhando conosco. “A 12 é demais”, realmente!

À minha orientadora, Professora Dra. Daniela Tonús, por todo o suporte e conhecimento passado, por ter esclarecido tantas dúvidas e ter sido peça fundamental na minha formação acadêmica, e à minha banca, Professoras Dras. Miriam Cabrera Corvelo Delboni e Amara Lúcia Holanda Tavares Battistel, por aceitarem ser parte deste trabalho.

Essa jornada acadêmica me fez crescer muito como pessoa. Meu crescimento se deve muito a mim, às minhas escolhas, à minha luta e ao meu lado humano que aflorou

muito quando optei pela Terapia Ocupacional. No entanto, esse crescimento não seria possível se eu não passasse por todos os ambientes que a UFSM me proporcionou, em especial ao movimento estudantil e a CEU II (Casa do Estudante Universitário II), locais onde conheci pessoas resilientes e sororas, que lutavam e lutam por objetivos em comum. A vocês, minha eterna gratidão!

Aos que não foram citados, mas que tiveram participação nessa conquista, meu muito obrigada!

1 INTRODUÇÃO

A Terapia Ocupacional é uma profissão consolidada, existente há 101 anos. Segundo o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional¹, no ano de 1915, em Chicago (Estados Unidos da América), foi criada a primeira escola de ensino de Terapia Ocupacional. A profissão se consolidou, após a Segunda Guerra Mundial, nos países mais atingidos, com a pretensão de atender uma demanda muito grande de uma população antes sadia e independente, que passou a carecer de cuidados específicos. Nesse sentido, a Terapia Ocupacional consolidou-se com o principal objetivo de reabilitar e reinserir os soldados para que se adaptassem a uma nova realidade¹. Pensando nessa demanda que estava surgindo, sujeitos amputados, fraturados, com diferentes tipos e níveis de trauma, bem como questões psicológicas devido ao grande período que permaneceram em combate, surge a Terapia Ocupacional, apropriando-se do termo “ocupação”.

Atualmente, o terapeuta ocupacional atua em diferentes áreas, sendo a Neurologia uma das possíveis áreas de atuação, pois é uma área de alta complexidade que exige uma gama de conhecimentos do terapeuta. Desvendar o funcionamento do sistema nervoso humano é fundamental para iniciar o processo de reabilitação. É necessário conhecimento acerca das estruturas e funções neurológicas, bem como da neuropatologia em questão e os impactos desta no desempenho ocupacional do sujeito, valorizando e explorando suas potencialidades². As disfunções neurológicas na infância, por exemplo, podem ser advindas de fatores genéticos, síndromes, malformações ou distúrbios que ocorrem durante o período pré, peri ou pós-natal. Por ocorrer justamente no período de formação ou maturação do sistema nervoso central, tais disfunções afetam o desenvolvimento da criança e, conseqüentemente, comprometem o desempenho ocupacional das mesmas, pois, como relata Medeiros³, a

Disfunção Neuromotora é atualmente definida como uma desordem da postura e do movimento, causando limitações nas atividades funcionais, sendo estas atribuídas a um distúrbio não progressivo no cérebro, que ocorre durante o desenvolvimento fetal ou infantil. As desordens da Disfunção Neuromotora são muitas vezes acompanhadas por distúrbios da sensação, cognição, comunicação, percepção e/ou comportamento (p. 37)³.

Um bebê com desenvolvimento típico, sem disfunções neurológicas, utilizará de suas habilidades motoras para a aquisição de sua independência. Ela poderá explorar o mundo ao seu redor sem restrições, adquirindo experiência e conhecimentos, que contribuirão para seu

desenvolvimento cognitivo e motor. Um bebê que apresenta alguma disfunção neurológica poderá encontrar dificuldades em explorar o mundo e em utilizar o brincar para seu desenvolvimento, sendo necessário um acompanhamento terapêutico que o auxilie nesse processo de desenvolvimento. Nesse sentido, é essencial salientar a importância do atendimento terapêutico ocupacional para o desenvolvimento infantil, visando o mínimo de perdas motoras, cognitivas, sensoriais e sociais, que podem trazer comprometimentos no meio familiar, escolar e social.

Coelho e Rezende⁴ abordam sobre três áreas de abrangência no contexto da Terapia Ocupacional que devem ser levadas em conta ao se trabalhar com a infância: o brincar, as atividades de vida diária (AVD's) e a educação ou ambiente escolar. Atrasos no desenvolvimento podem vir a prejudicar o desempenho da criança em atividades englobadas nas três áreas citadas. As autoras também salientam a importância de identificar fatores de risco, de analisar o quanto o cotidiano da criança será impactado devido ao atraso no desenvolvimento, bem como a importância do diagnóstico precoce, possibilitando assim a realização de intervenções para prevenção de possíveis deformidades e de perdas significativas no âmbito cognitivo, social e motor.

A partir de estudos prévios, constatou-se que ainda são escassas as pesquisas de Terapia Ocupacional publicadas a respeito do tema. Dessa forma, percebe-se a necessidade de um estudo aprofundado referente ao processo de intervenção terapêutica ocupacional, identificando as principais demandas, bem como o acompanhamento das propostas de tratamento e a opinião de pais e cuidadores quanto às intervenções. Esse estudo também mostrou a importância da Terapia Ocupacional na vida dos sujeitos em atendimento, possibilitando maior conhecimento, reconhecimento e valorização da profissão.

Dessa maneira, o objetivo principal da pesquisa foi elucidar a relevância do terapeuta ocupacional na área de atuação da Neurologia Infantil, aprofundando conhecimentos, apontando as principais abordagens utilizadas e identificando as principais demandas de atendimento. Além disso, objetivou-se trazer a perspectiva dos pais e cuidadores acerca dos atendimentos de Terapia Ocupacional, bem como suas opiniões acerca do serviço prestado.

2 METODOLOGIA

A pesquisa de caráter qualitativo abordou acerca da atuação da Terapia Ocupacional na Neurologia Infantil, onde participaram pais ou cuidadores de pacientes atendidos Ambulatório de Terapia Ocupacional na Infância da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM),

vinculado ao Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). A discussão foi realizada por meio de grupo focal, no decorrer do segundo semestre de 2018, norteadas por questões pré-elaboradas, gravadas em gravador digital com o intuito de preservar a fidedignidade dos registros dos discursos e, posteriormente, transcrita para a análise dos dados pelas pesquisadoras. Além disso, os prontuários dos filhos desses pais ou cuidadores foram analisados para identificar as demandas e intervenções. Vale salientar que a pesquisa foi aprovada pelos Comitês de Ética e Pesquisa do HUSM e da UFSM – CAAE: 96604718.8.0000.5346.

A escolha do grupo focal como método de coleta de dados foi pensada por permitir que os pais e/ou cuidadores participantes da pesquisa compartilhassem suas histórias de vida, experiências e que pudessem complementar e se identificar a partir das discussões e das falas. Para participar do grupo, foram convidados 6 (seis) pais e/ ou cuidadores que se adequaram aos critérios de inclusão e exclusão, determinadas como sendo:

- pais ou cuidadores de crianças de ambos os sexos que tivessem diagnóstico fechado,
- com idade de 4 (quatro) a 14 (catorze) anos e que estivessem em atendimento ambulatorial a mais de 1 (um) ano. Das 6 (seis) que confirmaram participação, apenas 4 (quatro) se fizeram presentes, entre elas a mãe de um paciente com idade superior à estipulada. Por questões éticas e de sigilo, as participantes foram identificadas, neste estudo, como: Mãe 1, Mãe 2, Mãe 3 e Mãe 4.

Diagnóstico do filho	
Mãe 1	Encefalopatia crônica não progressiva da infância – quadriplegia espástica
Mãe 2	Encefalopatia crônica não progressiva da infância – diplegia espástica
Mãe 3	Encefalopatia crônica não progressiva da infância – hemiplegia
Mãe 4	Lesão de plexo braquial obstétrico

As recorrências identificadas pela pesquisadora foram agrupadas de acordo com convergências estabelecidas a partir de duas análises de conteúdo: (i) análise dos prontuários e (ii) grupo focal com questões semi-estruturadas. As questões elaboradas abordaram (i) a descoberta do diagnóstico, (ii) as barreiras que encontram no dia a dia, (iii) como chegaram até a Terapia Ocupacional e (iv) a importância da profissão no processo de evolução dos filhos. Esses temas nortearam a seleção das categorias que compõem a análise dos dados do estudo e foram elencadas por meio de uma releitura criteriosa dos relatos.

Assim, duas grandes categorias foram criadas: (i) “abordagens de tratamento e intervenções da Terapia Ocupacional na Clínica Neuropediátrica” e (ii) “deficiência e acessibilidade: barreiras que precisam ser enfrentadas”, as quais serão discutidas de maneira mais aprofundada a seguir.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Abordagens de tratamento e intervenção da Terapia Ocupacional na Clínica Neuropediátrica

Parte-se do pressuposto de que a intervenção do terapeuta ocupacional promoverá estímulos no desenvolvimento neuropsicomotor, na funcionalidade, proporcionando melhora no desempenho das atividades de vida diária, bem como poderá orientar aos pais ou cuidadores, para que compreendam e valorizem as potencialidades da criança e a importância do estímulo e incentivo por parte deles⁵.

Assim, entende-se que a informação, no que concerne ao desenvolvimento neuropsicomotor, associada ao conhecimento a respeito dos possíveis acometimentos neurológicos da infância torna-se primordial tanto para os pais ou cuidadores quanto para os profissionais responsáveis pela reabilitação desse público. Dessa maneira, cabe aos profissionais eleger o método mais apropriado, realizando um raciocínio profissional aprofundado, para então traçar os objetivos de tratamento.

Os profissionais de Terapia Ocupacional compreendem a importância do diálogo e do apoio mútuo entre as famílias e/ou cuidadores e a equipe de saúde. Contudo, observa-se que as demandas e a rotina dos serviços de atendimento à população nem sempre permitem que o contato se efetive da maneira mais adequada. Normalmente, discutem-se as evoluções e percepções sobre o sujeito e das atividades desempenhadas, havendo pouco espaço para debater opiniões em relação a atuação do profissional. Diante disso, os resultados desse estudo, apontam relatos de pais e cuidadores a respeito de suas percepções quanto a Terapia Ocupacional. Durante a coleta de dados, uma das mães participantes apontou a importância de falar sobre o assunto.

“Tu sabe que pra nós é bom isso, porque às vezes, chega, faz o tratamento, vai embora, e a gente não tem com quem falar, ou não tem assim... como expressar pra vocês assim como que é pra gente isso, né”. (Mãe 4).

Assim, foi possível perceber que a relação que se estabelece é relativamente distante entre pais e terapeutas, possivelmente pelo fato de o serviço pertencer a um hospital-escola e,

consequentemente, existirem constantes trocas do quadro de estagiários, o que dificulta o vínculo entre os mesmos. Observa-se, no entanto, uma necessidade de escuta que, por vezes, não é suprida por meio dos atendimentos realizados, impedindo que exista esse acolhimento das necessidades de pais e/ou cuidadores por parte dos terapeutas. Percebe-se, então, que é necessária uma atenção diferenciada, que sejam organizados momentos voltados para o cuidado com os familiares e/ou cuidadores, pois trabalhar com uma criança é trabalhar com sua base familiar também. Entretanto, nas relações entre as mães, se observa um vínculo diferenciado, não somente pela convivência que acaba existindo, mas pelo fato de que todas enfrentam a rotina de terapias junto com seus filhos, buscam e lutam de maneira incansável para que recebam os melhores tratamentos, e, por vezes, não são acolhidas pela equipe, mas encontram entre elas formas de apoio.

Os pais ou cuidadores que participaram do estudo têm filhos com diagnósticos diferentes: 1 (um) possui lesão de plexo braquial obstétrico e 3 (três) o diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva da infância, com demandas que são tanto motoras, quanto cognitivas. A encefalopatia crônica não progressiva da infância foi definida por Mancini *et al*⁶ (p. 446) como sendo:

[...] uma disfunção predominantemente sensoriomotora, envolvendo distúrbios no tônus muscular, postura e movimentação voluntária. Estes distúrbios se caracterizam pela falta de controle sobre os movimentos, por modificações adaptativas do comprimento muscular e em alguns casos, chegando a resultar em deformidades ósseas.

Decorrente de uma lesão no encéfalo imaturo, é ocasionada no período pré, peri ou pós-natal, e suas implicações podem impedir ou dificultar o brincar das crianças acometidas, bem como as demais áreas do desenvolvimento.

penho ocupacional, relevantes para esse período do desenvolvimento. Cazeiro e Lomônaco⁷ apontam a importância das atividades lúdicas no tratamento infantil, pois se trata de um recurso eficaz e que estimula aspectos como noção espacial, linguagem e coordenação motora.

De acordo com o relato das participantes, os casos com encefalopatia crônica não progressiva da infância foram todos diagnosticados tardiamente, após o primeiro ano de idade. As mães observaram atraso no sentar e engatinhar dos filhos, e então procuraram ajuda médica, conforme relato:

“Quando eu soube do diagnóstico do B., ele já estava com 1 ano e 2 meses, é, porque até então a gente não sabia porque ele não engatinhava, porque que ele não falava, porque que ele não sentava, então, até fazer todos os exames, identificar, é,

uma lesão cerebral, ele já tava com 1 ano e 2 meses. Daí o diagnóstico então, paralisia cerebral”. (Mãe 1).

Como apontam Britto *et al*⁸ e Menezes⁹, a encefalopatia crônica não progressiva se caracteriza por atrasos no desenvolvimento em diferentes âmbitos, afetando a coordenação da ação muscular, o que implica na incapacidade ou dificuldade postural e de mobilidade da criança, bem como prejuízos cognitivos, sociais e mentais. O diagnóstico é realizado quando se observa a não aquisição de comportamentos motores adequados à idade, e pelo fato das mais significativas como o sentar e o engatinhar, pontuados pelas mães, serem próximas ou após ao primeiro ano de idade, esse diagnóstico acaba sendo tardio.

“A M.E., ela nasceu prematura, como todos sabem, de 7 meses, ela teve duas paradas respiratórias, que eles chamam de PC, e a gente foi descobrir o diagnóstico dela ela tava com quase um ano. Foi o mesmo caso do B., ela não sentava, ela não engatinhava, aí o pediatra me dizia porque a babá não incentivava! Aí a gente foi atrás, porque não era normal! [...] Ela não engatinhava. Aí a gente levou num neuro, aí foi feito os exames, foi comprovado que ela ficou com sequelas, mais da parte motora, principalmente na perninha direita”. (Mãe 2).

Muitas vezes, o diagnóstico tardio se dá devido à falta de informação ou pelo desconhecimento por parte dos pais ou cuidadores quanto ao desenvolvimento normal do bebê. É possível que existam comportamentos alterados ou mesmo que algumas aquisições sejam tardias, mesmo sem haver algum tipo de patologia. No entanto, discernir se o que não está adequado à idade é patológico ou não, nem sempre é uma tarefa simples para pais ou cuidadores. Contudo, os responsáveis por detectar tais atrasos, ou seja, os médicos e demais profissionais da saúde, também podem falhar, no momento em que não realizam uma avaliação cautelosa e deixam de observar questões pertinentes em relação às aquisições do desenvolvimento neuropsicomotor.

Perceber atrasos, indicar acompanhamento de um especialista e atuar em conjunto com outros profissionais é importante para que o processo de desenvolvimento da criança com diagnóstico de encefalopatia crônica não progressiva da infância se dê da maneira mais adequada possível. Sabe-se que, quanto antes se inicia as intervenções terapêuticas, melhor é o prognóstico. A demora em concluir um diagnóstico pode ser prejudicial para o processo de desenvolvimento da criança, influenciando no tempo para adquirir habilidades. Quando se realiza estímulos em uma criança que possui algum tipo de deficiência, os terapeutas usam de uma habilidade do cérebro chamada de plasticidade neural, a qual permite que uma determinada área cerebral assumam as funções da área lesada⁸.

“A N. ela nasceu no tempo certo mas ela não conseguiu estourar a bolsa. Aí passou da hora dela nascer, pouquinho coisa da hora dela nascer, e faltou oxigênio no cérebro dela. Mas a princípio tudo bem. Aí umas duas horas depois, ela teve que ir pra UTI, porque ela não respirava mais, não... só chorava, e ali ficou com sequelas. Ela foi caminhar com dois anos e meio. Ela não caminhava, foi quando eu descobri que ela tinha.. isso ela tinha um ano e meio, aí que ela não caminhou, ela não engatinhou, aí eu fui atrás pra eu ver o que estava acontecendo, aí a doutora me pediu os exames e disse, não.. atingiu só a parte motora dela.” (Mãe 3)

Os casos de encefalopatia crônica não progressiva da infância acompanhados pelo serviço no qual a pesquisa foi desenvolvida recebem diferentes abordagens de tratamento, sendo a neurodesenvolvimentista, abordada adiante, associada ao modelo da ocupação humana a mais utilizada. A ocupação humana é o objeto de estudo da Terapia Ocupacional. Segundo a Associação Americana de Terapia Ocupacional (AOTA)¹⁰ (p. 4), as “ocupações são fundamentais para a identidade e senso de competência de um cliente (pessoa, grupo ou população) e têm significado especial e valor para este cliente”. Assim, percebe-se que tudo o que o sujeito quer ou necessita fazer é importante para o terapeuta ocupacional, o que implica em uma atuação com foco na realização das atividades de vida diária com autonomia e independência.

Segundo o Modelo de Ocupação Humana, o homem é um sistema aberto, interage com o ambiente, modifica-se e adapta-se conforme as necessidades e influências que o ambiente apresenta - como as demandas, os recursos e as oportunidades. Dessa maneira, a atividade caracteriza a existência humana em seus diferentes contextos, e são esses contextos que motivam nossas escolhas^{11, 12}.

A realização das atividades significativas para crianças com encefalopatia crônica não progressiva da infância ocorre de maneira diferente das crianças com desenvolvimento típico, e é neste ponto que se percebe a importância da atuação da Terapia Ocupacional, intervindo no auxílio não somente da criança, mas da família no processo de desenvolvimento.

Diferente das crianças com encefalopatia crônica não progressiva da infância, que receberam diagnóstico tardio e a partir de observações do quadro motor, o caso de lesão de plexo braquial foi diagnosticado logo após o parto.

“Então o dele foi numa sala de parto, arreventou o cordão umbilical, e ela não tinha outra coisa pra fazer, ao não ser puxar ele, porque se não nós dois ia... não tinha condições de salvar nenhum pelo parecer que ela deu. E desde o primeiro horário eu acho, deu umas duas horas mais ou menos, daí elas levaram ele pro quarto, junto, e eu já notei que ele não mexia o braço esquerdo”. (Mãe 4)

As lesões de plexo braquial obstétrico (PBO) podem ter duas causas: má posição intra-uterina ou tração da cabeça durante o parto¹³. Em uma lesão de PBO, pode ocorrer rompimento desde

C5 até T1 e, caso a criança não realize acompanhamento terapêutico nos primeiros meses de vida, as chances de sequelas aumentam. Caso não seja tratado, o PBO pode acarretar em perdas ou atrasos no desenvolvimento. É possível que crianças com PBO consigam adquirir independência na realização de suas atividades, mas, para isso, é necessário que ela seja estimulada a utilizar o membro afetado.

A educação postural (prevenção e minimização dos movimentos desorganizados dos membros) é parte integrante da reabilitação de crianças com PBO. À medida que vão ficando mais velhas, essas crianças usam manobras compensatórias específicas para serem capazes de realizar determinado movimento. Esses movimentos compensatórios podem levar a posturas aberrantes. No programa de reabilitação, devemos estar atentos para introduzir os movimentos incorretos para que grupos musculares específicos sejam recrutados para movimentos específicos. (p. 266)¹³

Recebendo o estímulo correto, evita-se que o membro afetado seja negligenciado, que os músculos percam função e tônus, e que as atividades de vida diária sejam realizadas com restrição, ou até mesmo que não sejam realizadas. Como apontam Lemos *et al*¹⁴, o centro de gravidade é um fator que atua e interfere no equilíbrio corporal, o que nos indica que padrões psicomotores devem ser trabalhados, pois, a partir do momento que há um membro afetado, há o deslocamento do centro de gravidade e, conseqüentemente, há alterações no equilíbrio. Assim, por meio de leitura criteriosa dos prontuários, pode-se identificar que as demandas se concentram em estímulos do planejamento e execução de atividades de vida diária, estímulos cognitivos, resolução de problemas e incitação do raciocínio lógico.

Trabalhando com os aspectos citados acima, a Terapia Ocupacional atua com a independência dos pacientes. O estímulo das habilidades de desempenho, ou seja, das funções utilizadas para realizar determinada ação, são indispensáveis para realizar tanto o treino das atividades de vida diária quanto o estímulo do(s) membro(s) afetado(s). A criança, conseguindo realizar as atividades que lhe são significativas, apresentará uma melhora na qualidade de vida, o que implica não somente em se tornar uma criança autônoma e independente, mas em ser uma criança que conhece e reconhece suas potencialidades e consegue enxergar-se para além da patologia.

Das intervenções realizadas, o treino de atividades de vida diária (AVD's), a estimulação de equilíbrio e a utilização da reabilitação por contensão induzida são as que aparecem com maior frequência. O treino de AVD é um aliado no tratamento em Terapia Ocupacional, tendo em vista que a realização das atividades de vida diária é fundamental para a independência dos sujeitos. Auxiliar, adaptar ou ensinar a realizar de uma maneira que seja minimamente prática é também contribuir para a melhora da qualidade de vida.

Guerzoni *et al*¹⁵ coloca em discussão a realização das atividades de vida diária de crianças com disfunções neuromotoras. Suas aquisições ocorrem de maneira mais lenta e muitas atividades são realizadas de uma forma diferente que a habitual, conforme suas possibilidades. O desempenho que apresentam na realização de suas AVD's impacta diretamente no cotidiano da criança. Os terapeutas ocupacionais têm o papel de auxiliar nas aquisições das crianças, com foco no que é adequado para a faixa etária, favorecendo seu desempenho funcional¹⁶.

Como já mencionado, no serviço onde o estudo foi realizado, utiliza-se uma abordagem neurodesenvolvimentista, com foco no controle motor e na facilitação neuromuscular, e, para tal, utiliza de técnicas que auxiliam desde a reabilitação física à cognitiva¹⁷. Dentre as abordagens neurodesenvolvimentistas, encontra-se o *Bobath*, um método que analisa e interpreta como o sujeito desempenha determinada atividade, e, para tal, observam-se aspectos do quadro motor¹⁸.

Para utilização do método Bobath, são usadas estratégias de: (i) inibição, onde se objetiva que os padrões anormais de desenvolvimento sejam inibidos, (ii) estimulação, onde se aplicam técnicas para realização correta dos movimentos e (iii) facilitação, que podem ser tanto a adequação postural, quanto a ativação de determinado grupo muscular responsável para realização do movimento^{17, 18}. Por utilizar de métodos que estimulam o controle motor, a abordagem auxilia na aquisição de equilíbrio, como explica Barreto¹⁹:

De acordo com *Bobath*, as reações de equilíbrio são respostas automáticas complexas e altamente integradas as mudanças de posturas e movimentos, destinadas a restabelecer o equilíbrio alternado. Estas reações se manifestam ou em mudanças muito pequenas de tônus por toda musculatura postural ou em movimentos automáticos de oposição para restabelecer o equilíbrio alterado. (p. 14)

Outra abordagem muito utilizada pela Terapia Ocupacional é a Terapia por Contensão Induzida (TCI). Adaptada para utilização no ambulatório é realizada semanalmente durante as sessões e tem sido uma aliada ao processo de reabilitação. O objetivo da TCI é fazer com que o indivíduo use mais e com melhor qualidade o membro afetado, e, para isso, utiliza-se a imobilização com uso de luva do membro sadio, evitando a utilização deste para concluir a atividade a ser realizada e impedindo ou limitando a negligência do membro afetado²⁰. Para que se obtenham resultados melhores, a TCI orienta que seja feito tratamento intensivo, com uso diário da luva por um determinado tempo com prática supervisionada, realização de exercícios domiciliares e avaliações diárias²¹. Contudo, o espaço e a dinâmica de organização

e sistematização dos atendimentos não permitem que a abordagem seja utilizada da maneira completa, assim, faz-se uso de parte do protocolo.

Silva *et al*²¹ realizaram uma revisão de estudos que traziam comparações entre o TCI com outras abordagens. Em uma comparação com o método *Bobath*, foi possível observar que, no quesito destreza do membro afetado, ambas são muito eficazes. No entanto, apenas a TCI colabora para que haja melhora nos quesitos força, preensão e pinça.

O desenvolvimento infantil, como traz Bee²², é influenciado por alguns fatores que podem ser de ordem biológica ou ambiental. Dessa forma, acredita-se que uma criança que não recebe os estímulos necessários durante seu desenvolvimento poderá apresentar déficits em aspectos cognitivos, sociais ou motores. Os atrasos no desenvolvimento infantil podem ser advindos de fatores orgânicos ou ambientais que, quando ocorrem simultaneamente, podem trazer maior prejuízo à criança. Sejam pela dificuldade de acesso ao serviço, pelo desconhecimento sobre a importância da intervenção terapêutica já nos primeiros meses de vida, por fatores econômicos, sociais ou mesmo por barreiras atitudinais, a falta de estímulos – motores, sensoriais e cognitivos – pode afetar diretamente o desempenho de crianças com algum comprometimento neuromotor.

Com a finalidade de evitar que esses comprometimentos sejam significativos, os pais acabam buscando os mais diferentes recursos para auxiliar no desenvolvimento de seus filhos. Todos os pacientes que recebem atendimento de Terapia Ocupacional no ambulatório realizam outras terapias concomitantes, portanto, acabam passando por rotinas intensas, onde necessitam conciliar o período escolar com os atendimentos recebidos. O relato das mães é que, por vezes, os filhos encontram-se indispostos e com exaustão para comparecer às terapias.

A maneira como as mães chegaram até a Terapia Ocupacional é um ponto interessante para a discussão. Todas receberam indicações de outros profissionais - Fisioterapia e Medicina - ou foram encaminhadas para as Associações de Assistência de Crianças Deficientes (AACD's), que possuíam terapeuta ocupacional no quadro de funcionários. Ou seja, a procura por atendimentos não se deu por conhecer a profissão e o trabalho que vem a ser desenvolvido, sobre quais as possibilidades e as áreas de intervenção, o que frisa o ainda desconhecimento da profissão por parte da população.

Em contrapartida, percebe-se por parte dos demais profissionais da área da saúde um constante crescimento e reconhecimento da importância do trabalho do terapeuta ocupacional, atuando de maneira multidisciplinar no tratamento dos sujeitos. Esse crescente aumento do

reconhecimento da profissão deve-se a constante e sagaz luta em mostrar, na prática, o efeito positivo da atuação conjunta de diferentes profissionais.

As participantes do grupo trouxeram a satisfação com os atendimentos do estágio, relatando os avanços e conquistas que seus filhos obtiveram, e a superação do prognóstico, enfatizando as aquisições quanto à independência para realizar atividades.

“[...] eu tô gostando, não... não tô criticando o trabalho dos outros, das outras terapeutas, mas aqui tá sendo uma coisa mais concreta, sabe, é... porque nas outras era muito joguinho [...] Tudo tem um objetivo, né. Só que aqui é uma coisa mais, do dia-a-dia né, então eu tô muito contente com a evolução dele aqui. E ele adora, né! Pra ele não tem tempo ruim”. (Mãe 1).

“[...] foi a fisio que me encaminhou por causa da coordenação motora dela, fina, porque ela não conseguia, ela trabalhava só com a esquerda, ela acabava deixando a direita, que foi o lado afetado, ela não se envolvia, aí foi aonde começaram a trabalhar a parte da coordenação motora fina, grossa, pra trabalhar as duas em conjunto, e eu não tenho assim, o que reclamar, a evolução que ela teve da TO, do desenvolvimento, a agilidade dela, tudo, tanto da parte motora grossa, fina, a postura, o equilíbrio. É como eu digo assim ó, tudo trabalha num conjunto, a fisio, a TO, a équo, a hidro, então é tudo um conjunto todo, uns foram ajudando os outros, vai auxiliando, e eu não tenho assim o que reclamar, só tenho que agradecer”. (Mãe 2).

Um aspecto negativo dos atendimentos, na opinião das participantes, é a troca semestral do quadro de estagiários, devido às questões do vínculo, além da pausa para as férias que muitas vezes prejudica os avanços que o paciente obteve no decorrer do semestre.

Nossa humanidade básica depende desse sentimento de ligação, desta experiência vincular. Um vínculo se estabelece através de um sistema de poderosas conexões – superfícies corporais, linguagem, olhares, sentimentos, fazeres, constância, intensidades, intimidade emocional, são algumas formas de sua manifestação. O trabalho terapêutico ocupacional oferece uma oportunidade ímpar para que esse processo ocorra, nele, experiências vinculares anteriores do paciente poderão ser dinamizadas pela presença e pelas intervenções do terapeuta. Nesta relação, a observação atenta, a experiência do olhar, o olhar o rosto, o olhar os olhos, o contato, a escuta, complementada com a qualidade de atenção, acolhimento e presença, configuram campos de ações entre pacientes e terapeutas. (p. 17)²³

No entanto, é possível que o vínculo não seja construído. Nesses casos, há perdas no processo terapêutico, como relatou uma mãe, onde não houve a construção de vínculo entre uma estagiária e sua filha, o que acarretou não somente no desinteresse aos atendimentos, mas também em reações físicas (quadros de febre e mal-estar) no dia antecedente ao atendimento. No semestre seguinte, foi necessário realizar um longo trabalho pela estagiária que assumiu o caso, para que a paciente seguisse o tratamento.

A clínica neuropediátrica em Terapia Ocupacional é complexa não somente pela exigência de conhecimentos sobre patologias e intervenções, mas também pela necessidade que os profissionais possuem em atender uma demanda que está não somente focada no paciente, mas também em sua base familiar. O terapeuta ocupacional tem à sua disposição inúmeros recursos que podem auxiliar no bom andamento do processo terapêutico, mas, para, além disso, faz-se necessário discernimento para compreender os limites e os desejos dos pacientes, bem como manter uma relação horizontal com a família, e, assim, tornar o processo terapêutico mais saudável.

3.2 Deficiência e acessibilidade: as barreiras que precisam ser enfrentadas

A acessibilidade, como se sabe, ainda é muito precária no Brasil. Políticas foram criadas e é possível perceber que muito já se avançou nesse quesito. No entanto, esse avanço não é grande o suficiente para contemplar a demanda e as necessidades das pessoas que carecem dela. Conforme o Art. 3, inciso primeiro da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência n. 13.146, de 6 de julho de 2015²⁴, a acessibilidade é

Possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como de outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privados de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida.

No inciso quatro, do mesmo artigo, são abordadas as barreiras encontradas pelas pessoas com deficiência, definidas como

Qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que limite ou impeça a participação social da pessoa, bem como o gozo, a fruição e o exercício de seus direitos à acessibilidade, à liberdade de movimento e de expressão, à comunicação, ao acesso à informação, à compreensão, à circulação com segurança, entre outros., classificadas em: a) barreiras urbanísticas: as existentes nas vias e nos espaços públicos e privados abertos ao público ou de uso coletivo; b) barreiras arquitetônicas: as existentes nos edifícios públicos e privados; c) barreiras nos transportes: as existentes nos sistemas e meios de transportes; d) barreiras nas comunicações e na informação: qualquer entrave, obstáculo, atitude ou comportamento que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens e de informações por intermédio de sistemas de comunicação e de tecnologia da informação; e) barreiras atitudinais: atitudes ou comportamentos que impeçam ou prejudiquem a participação social da pessoa com deficiência em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas; f) barreiras tecnológicas: as que dificultam ou impedem o acesso da pessoa com deficiência às tecnologias.

A falta de acessibilidade implica nas barreiras citadas acima, que são diariamente enfrentadas nos mais diversos ambientes como, por exemplo, nas ruas, nos estabelecimentos comerciais ou nas escolas. Durante o grupo focal, ficou evidente que muito do que se consegue, em termos de acessibilidade, é pela luta que os pais travam por direitos que sabem da existência, mas não estão sendo exercidos, como relatou uma das mães.

“Ai, eu já briguei tanto por isso! É, assim, a começar na escola né, quando o B. começou a frequentar a escola não tinha nada de acessibilidade. Ele começou em São Paulo, ele tinha quatro aninhos, então assim, é... pra subir escadas, as professoras carregavam, ou se não eu carregava, é.. cadeira adaptada, isso, foi sempre assim, uma briga. E depois aqui também, na escola né, como ele, ele começou a caminhar usando andador, então não tinha rampas, os banheiros não tinham as barras de apoio, então assim, eu sempre fui de brigar muito. Questão de estacionamento, uma vaga exclusiva pra estacionar na escola, então assim, se não é a gente que vai atrás, não é a escola que vai”. (Mãe 1).

O ensino de crianças com deficiência, até pouco tempo, era responsabilidade de escolas especializadas, o que acabava por provocar a segregação social dessas. Com a criação de políticas de inserção social, as escolas passaram a se tornar as responsáveis por isso, acolhendo e dando suporte educacional necessário para o desenvolvimento e desempenho escolar das crianças inseridas, conforme o capítulo IV da Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, parágrafo único do artigo 27²⁴: “É dever do Estado, da família, da comunidade escolar e da sociedade assegurar educação de qualidade à pessoa com deficiência, colocando-a a salvo de toda forma de violência, negligência e discriminação”.

No entanto, mesmo com o constante crescimento da inclusão, muitas das escolas não estão preparadas para receber alunos com deficiência - seja mental, intelectual ou física - e só iniciam o processo de adequação quando um aluno com essas demandas chega até ela. A adaptação do ambiente escolar requer uma atenção maior dos gestores, tendo em vista a necessidade de alterações na estrutura da mesma como, por exemplo, a adaptação de banheiros, construção de rampas e a compra de cadeiras e mesas adaptadas.

O ensino inclusivo ainda deixa brechas, pois é corriqueiro encontrar salas de aula com alunos inclusos não recebendo o suporte adequado devido à falta de profissionais especializados. Não obstante, é comum encontrar escolas onde o número de educadores especiais é insuficiente para a demanda. Desse modo, muitas crianças acabam sendo prejudicadas em seu processo de aprendizagem.

Ao se tratar de escola, outro tipo de barreira é imposto: a atitudinal. As barreiras atitudinais são definidas como sendo “posturas afetivas e sociais, que se traduzem em discriminação e preconceito” (p. 213)²⁵. Das quatro mães que participaram do grupo focal, três relataram que

o ambiente escolar é problemático para as crianças com algum tipo de deficiência. O relato abaixo destaca o sofrimento vivenciado:

“É, eu tô recebendo visitas diárias do conselho tutelar, porque a N. não quer ir na aula. Porque ela chega na aula e os coleguinhas chamam ela de doente, não querem chegar perto dela”. (Mãe 3).

O *bullying* escolar está presente no dia a dia delas e, muitas vezes, são os pais que precisam intervir para que a escola tome providências. A prática do *bullying* se dá através de ações de violência, sejam elas físicas ou verbais, que objetivam ofender e ferir a vítima. Quando essas agressões são verbais, ocorrem com insultos, ofensas, ameaças, com a utilização de apelidos que fazem referência a características das vítimas^{26, 27}.

As vítimas do *bullying* são principalmente os alunos mais novos, as crianças com algum tipo de deficiência, seja física ou mental, que possuem patologias congênitas ou adquiridas, com diferentes orientações sexuais e de gênero e crianças com sobrepeso²⁷. Sendo um grupo vulnerável, as crianças com deficiência vivenciam o preconceito no ambiente escolar, que, além de corriqueiramente ser travestido de brincadeira, é raramente percebido pelos gestores das instituições²⁸, conforme pode-se observar no relato abaixo:

“E na escola agora, que eu troquei ela, na outra eu não tive problema, nessa, que é uma escola maior, eu já tive problema. Começaram a chamar ela de manca, de tartaruga, de passo de lesma, aí ela chegou e me falou chorando em casa, aí eu fui na escola, e disse, olha só, tudo isso que tão fazendo com ela, é bullying! Ela tem as dificuldades? Tem! Mas não precisa ficarem jogando na cara dela, porque ela não é que nem o adulto que entende, sabe revidar! Ela não! Ela chega em casa chorando, chega em casa chorando, ela guarda pra ela, ela não quer ir pra escola”. (Mãe 2).

Durante os estudos de caso, os relatos dos próprios pacientes sobre não gostar de frequentar a escola aparecem com frequência. No entanto, em nenhum momento é citado o motivo desse “não gostar”, o que indica que, além de sofrerem com o *bullying*, essas crianças não conseguem lutar contra ele. Isso também é reforçado pelas mães, que apontam essa recusa dos filhos em contar sobre o que acontece de negativo no ambiente escolar, e, quando contam, trazem no discurso o não querer ir para a escola.

“E eu digo assim ó, os colegas dele foi desde o primeiro ano, eles sabiam disso! Sempre ele usou uma órtese, sempre... a professora explicava, sempre ajudava, mas agora depois da adolescência parece que eles enlouqueceram! O N. não queria ir... mais ir na aula! Foi, é.. é bem.. ele não tem.. ele, ele interage na aula, mas fora da aula ele não tem... não interagem com ninguém. Os trabalhos dele são tudo sozinho gente, é tudo assim ó...[...] E ele não quer ir na aula! E aí, faz o que?” (Mãe 4).

As barreiras atitudinais são diariamente enfrentadas e para além do ambiente escolar. Muito citado pelas mães, o olhar curioso travestido de preconceito é corriqueiro em todos os locais que frequentam. As políticas públicas de acessibilidade e inclusão social têm ganhado espaço no cenário político nacional, mas, para que isso acontecesse, foram necessárias incansáveis lutas. As pessoas com deficiência e os que levantam a bandeira junto a eles lutaram, e seguem lutando, pela garantia de direitos, pelo respeito, pela igualdade, por autonomia e independência. Além de lutar para que a sociedade faça o uso literal da palavra “inclusão”, pois as pessoas com deficiência compõem uma parcela significativa da população brasileira.

Assim, percebe-se a importância da atuação da Terapia Ocupacional na clínica neuropediátrica, avaliando e intervindo, criando vínculo não somente com os pacientes, mas também com os familiares, para que haja a compreensão de todos os fatores que possam vir a interferir de alguma maneira no desenvolvimento da criança, sejam esses fatores aspectos físicos e/ou cognitivos, ou mesmo as barreiras citadas, que diariamente são enfrentadas.

Mesmo com a criação de políticas nacionais para inclusão e acessibilidade, através do discurso das participantes do grupo, fica explícito que ainda há muito que se lutar e conquistar para que tais políticas não fiquem apenas no papel. Para que, além disso, nossa sociedade compreenda a necessidade de evoluir em relação às questões que envolvem o comportamento diante das pessoas com deficiência, que o preconceito não seja um empecilho e que a inclusão se torne não somente linhas escritas em um documento, mas que seja praticada em todos os âmbitos.

4 CONCLUSÃO

A partir deste estudo, foi possível obter uma visão mais ampla da Terapia Ocupacional, bem como, uma compreensão maior e melhor dos objetivos da profissão quanto à atuação na Neurologia. Para que uma criança com deficiência não venha a sofrer com atrasos no desenvolvimento, o domínio do conhecimento do terapeuta ocupacional na área de atuação é extremamente importante no processo de reabilitação, pois assim é possível fazer relações e intervir, compreendendo as causas e consequências das patologias do sujeito e, principalmente, mostrando a ele suas potencialidades e capacidades, auxiliando na aquisição de sua autonomia e independência, e, conseqüentemente, colaborando para sua qualidade de vida.

A independência para realização das atividades de vida diária, o brincar e a participação no meio escolar são três importantes eixos de atuação do terapeuta ocupacional na Neuropediatria, por isso se faz necessário o acompanhamento desde a primeira infância, para que os prejuízos no desenvolvimento sejam minimizados. As intervenções realizadas em Terapia Ocupacional abrangem o desenvolvimento em seus diferentes eixos, de questões motoras a cognitivas, que envolvem não somente a capacidade da criança realizar atividades significativas, mas que ela possa ser ativa e protagonista de suas ações.

A participação da família é fundamental para o bom andamento do tratamento, pois é preciso que a equipe se situe sobre o processo de desenvolvimento da criança, salientando que as aquisições ocorrem em um tempo e de maneira diferente, mostrando como a equipe auxiliará nesse processo e evidenciando a existência de uma criança para além da patologia. No entanto, com a pesquisa foi possível perceber que o meio terapêutico por vezes é falho quando o assunto é a comunicação com a família, sendo essa uma questão a ser retomada tanto no meio acadêmico quanto profissional. Os pais ou cuidadores também apresentam uma necessidade de escuta, que nem sempre é percebida ou valorizada.

Dentre as abordagens utilizadas em Terapia Ocupacional na Clínica Neuropediátrica, o método neurodesenvolvimentista *Bobath* e a Terapia por Contensão Induzida são as que aparecem com maior frequência no serviço, pois têm demonstrado resultados positivos no tratamento tanto de crianças com encefalopatia crônica não progressiva da infância quanto de paralisia braquial obstétrica.

Destaca-se que a pesquisa apresentou fragilidades em relação à adesão dos participantes, tendo em vista que, dos convidados, nem todos conseguiram comparecer em outros horários, ocorrendo concomitante ao atendimento dos filhos, fator que acabou limitando o tempo de duração e, conseqüentemente, limitou a discussão.

A realização do grupo focal permitiu que os pais e cuidadores não somente compartilhassem suas histórias, mas também abordassem sobre as dificuldades que enfrentam e as conquistas que obtiveram. Apontou ainda as perspectivas quanto ao atendimento de Terapia Ocupacional, que, mesmo com a constante troca do grupo de estagiários, o que implica em rupturas e construções de vínculo, indica evolução de cada uma das crianças, superando prognósticos e adquirindo habilidades motoras e cognitivas, tornando o serviço satisfatório para os pais e cuidadores, que acreditaram no atendimento dos terapeutas ocupacionais e vivenciam as conquistas diárias dos filhos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional 9, 2017. **100 anos de Terapia Ocupacional no mundo**. Disponível em <crefiteo9.org.br/imprime.php?cid=1163&sid=320>. Acesso em 15 de abril de 2018.
2. Faria, I. de. **Disfunções Neurológicas**. In: Cavalcanti, A.; Galvão, C. *Terapia Ocupacional: fundamentação & prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 20, p. 188-215.
3. Medeiros, M. **Disfunção Neuromotora**. In: Medeiros, M. **A criança com disfunção neuromotora: a equoterapia e o Bobath na prática clínica**. Rio de Janeiro: Reinventar, 2008. cap. 2, p. 35-50.
4. Coelho, AAC.; Rezende, MB. **Atraso no Desenvolvimento**. In: Cavalcanti, A.; Galvão, C. *Terapia Ocupacional: fundamentação & prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 32, p. 299-307.
5. Andrade, F. de L. **Malformações trazem congênitas**. In: Teixeira, E. et al. **Terapia Ocupacional na reabilitação física**. São Paulo: Roca, 2003. p. 457-483.
6. Mancini, MC. et al. **Comparação do desempenho de atividades funcionais em crianças com desenvolvimento normal e crianças com paralisia cerebral**. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* 2002; 60 (2B): 446-452. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0004-282X2002000300020>>. Acesso em 07 de junho de 2018.
7. Cazeiro, APM.; Lomônaco, JFB. **Formação de Conceitos por Crianças com Paralisia Cerebral: Um Estudo Exploratório sobre a Influência de Atividades Lúdicas**. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 2009; 24 (1): 40-50. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v24n1/v24n1a06.pdf>>. Acesso em 15 de maio de 2018.
8. Britto, IT. et al. **Mães de crianças com paralisia cerebral vivenciando o diagnóstico**. *C&D-Revista Eletrônica da FAINOR, Vitória da Conquista.* 2017 set-dez; 10 (3):436-450. Disponível em <<http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/view/695/358#>>. Acesso em 15 de novembro de 2018.
9. Menezes, EDaC.; Santos, FAH.; Alves, FL. **Disfagia na paralisia cerebral: uma revisão sistemática**. *Rev. CEFAC.* 2017 Jul-Ago; 19(4):565-574. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rcefac/v19n4/pt_1982-0216-rcefac-19-04-00565.pdf>. Acesso em 15 de novembro de 2018.
10. AOTA – Associação Americana de Terapia Ocupacional. **Estrutura e prática da Terapia Ocupacional: domínios e processos**. *Rev. Ter. Ocup. Universidade de São Paulo.* 2015jan.-abr; 26 (ed. Esp.): 1-49.
11. Polia, AA.; Castro, DH. de. **A lesão medular e suas sequelas de acordo com o modelo de ocupação humana**. *Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar.* 2007; 15(1):

- 19-29. Disponível em
<<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/151/107>>. Acesso em 17 de novembro de 2018.
12. Oliveira, AKCDe; Emmel, MLG. **A percepção das mães sobre a volição de crianças com paralisia cerebral para o engajamento em ocupações do cotidiano infantil.** Revista Educação Especial. Santa Maria. 2014, jan./abr; 27(48): 185-200.
13. Souza, MBAde; Barral, TT. **Paralisia Braquial Obstétrica.** In: Freitas, PF. Reabilitação da mão. São Paulo: Atheneu, 2006. cap. 17, p. 255-274.
14. Lemos LFC.; Teixeira CS.; Mota CB. **Uma revisão sobre centro de gravidade e equilíbrio corporal.** Rev. Bras. Ci. e Mov 2009;17(4): 83-90. Disponível em
<<https://bdtd.ucb.br/index.php/RBCM/article/view/798/1432>>. Acesso em 10 de novembro de 2018.
15. Guerzoni, VPD.; Barbosa, AP.; Borges, ACC.; Chagas, PSDeC.; Gontijo, APB.; Eterovick, F.; Mancini, MC. **Análise das intervenções de terapia ocupacional no desempenho das atividades de vida diária em crianças com paralisia cerebral: uma revisão sistemática da literatura.** Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife. 2008jan. / mar.; 8(1): 17-25. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n1/03.pdf>>. Acesso em 17 de novembro de 2018.
16. Fernandes, PIC.; Santana, MRR.; Pestana, SCC. **Estudo comparativo do desempenho ocupacional entre crianças com atraso de desenvolvimento entre 3 e 5 anos de idade.** Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos. 2016; 24(3): 447-456. Disponível em:<<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/1337/741>>. Acesso em 16 de novembro de 2018.
17. Hagedorn, R. **Estruturas Aplicadas de Referência na Disfunção Física.** In. ___. Fundamentos para Prática em Terapia Ocupacional. 3ed. São Paulo: Roca, 2003. pág. 115-135.
18. Pagnussat, ADeS.; Simon, ADeS.; Santos, CGDos; Postal, M.; Manacero, S.; Ramos, RR. **Atividade eletromiográfica dos extensores de tronco durante manuseio pelo Método Neuroevolutivo Bobath.** Fisioter Mov. 2013 set/dez. 26(4): 855-62. Disponível em
<<http://www.scielo.br/pdf/fm/v26n4/a14v26n4.pdf>>. Acesso em 17 de novembro de 2018.
19. Barreto, MA. **A utilização do conceito neuroevolutivo Bobath em uma criança com paralisia cerebral:** relato de caso. Trabalho de Conclusão de Curso [Especialização em Fisioterapia Neurológica]. Goiânia: Pontifícia Universidade Católica de Goiás; 2012.
20. Martins, JS.; Santos, LFDos; Castagna, L. **O uso da terapia por contensão induzida em indivíduos com paralisia cerebral:** uma revisão de literatura. Cinergis. 2015,jul/set.; 16(3): 214-220. Disponível em:<<https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/viewFile/6302/4564>>. Acesso em 19 de novembro de 2018.

21. Silva, LA.; Tamashiro V.; Assis, RD. **Terapia por contensão induzida:** revisão de ensaios clínicos. *Fisioter Mov.* 2010 jan/mar;23(1):153-9. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/fm/v23n1/15.pdf>>. Acesso em 19 de novembro de 2018.
22. Bee, H.; Boyd, D. **Questões básicas no estudo do desenvolvimento.** In: __A criança em desenvolvimento. Porto Alegre: Artmed, 2011. Cap1, p. 25-53.
23. Castro, EDDe. **Inscrições da relação terapeuta-paciente no campo da terapia ocupacional.** *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo.* 2005jan./abr; 16(1): 14-21.
24. _____ **Lei Brasileira de Inclusão: Lei nº 13.146/2015.** 06 de julho. 2015. Brasília, 2015. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.html>. Acesso em 10 de novembro de 2018.
25. Ribeiro, EN.; Simões, JL.; Paiva, FDaS. **Inclusão escolar e barreiras atitudinais:** um diálogo sob a perspectiva da sociologia de Pierre Bourdieu. *Olhares, Guarulhos.* nov 2017; 5(2):210-226. Disponível em <<http://olhares.unifesp.br/index.php/olhares/article/view/669/252>>. Acesso em 15 de novembro de 2018.
26. Chaves, DRL.; Souza, MRDe. **Bullying e preconceito:** a atualidade da barbárie. *Rev. Bras. Educ.* Abr 05, 2018; 23: 1-17. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/v23/1809-449X-rbedu-23-e230019.pdf>>. Acesso em 18 de novembro de 2018.
27. Zequinao, MA.; Medeiros, Pa De; Pereira, B.; Cardoso, FL. **Bullying escolar:** um fenômeno multifacetado. *Educ. Pesqui.* 2016; 42(1): 181-198. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v42n1/1517-9702-ep-42-1-0181.pdf>>. Acesso em 18 de novembro de 2018.
28. Fernandes, RDeSP. **Inclusão social de crianças com deficiência nas salas de aula regulares de uma escola pública em João Pessoa-PB.** Trabalho de Conclusão de Curso [Graduação em Licenciatura Plena em Pedagogia]—João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2017. Disponível em <<https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/123456789/3815/1/RSPF07022018.pdf>>. Acesso em 16 de novembro de 2018.