

Reflexões sobre a atenção às crianças com deficiência na atenção primária à saúde

Reflections about attention to children with disabilities on the brazilian primary health care

Evelien Emmy van Schaik¹, Camila Cristina Bortolozzo Ximenes de Souza², Eucenir Fredini Rocha³

<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v25i3p233-241>

Van Schaik EE, Souza CCBX, Rocha EF. Reflexões sobre a atenção às crianças com deficiência na atenção primária à saúde. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2014 set./dez.;25(3):233-241.

RESUMO: Dado o crescente número de pessoas com deficiência no Brasil, é imperativo o acesso dessa população ao SUS e à Atenção Primária à Saúde (APS). O estudo avaliou por meio de pesquisa ação o acompanhamento de grupo de crianças com deficiência em uma UBS do Município de São Paulo pela Terapia Ocupacional, que utilizou a atividade lúdica como recurso para intervenção. Coleta de dados: levantamento bibliográfico; observação participante; construção/aplicação de protocolo de avaliação qualitativo do desenvolvimento infantil; realização de entrevistas com os pais. Análise: cruzamento dos dados na composição uma crônica narrativa descritiva analisada à luz do referencial teórico adotado. Resultados: Foram selecionados 53 documentos nas diferentes bases de dados e Ministério da Saúde; houve criação de redes de suporte entre pais; melhora do desenvolvimento neuropsicomotor; maior circulação de crianças com deficiência na UBS, reflexão dos profissionais sobre o acesso desta população à APS. Conclusão: é possível construir ações de reabilitação que superem o modelo biomédico na APS, não sem dificuldades e desafios, pois há muito que se desconstruir em relação à tradição de serviços especiais para pessoas com deficiência.

DESCRIPTORIOS: Atenção Primária à Saúde; Crianças com deficiência; Atividade lúdica; Grupos; Desenvolvimento infantil; Terapia Ocupacional na Atenção Primária à Saúde.

Van Schaik EE, Souza CCBX, Rocha EF. Reflections about attention to children with disabilities on the brazilian primary health care. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2014 set./dez.;25(3):233-241.

ABSTRACT: Due to the people with disabilities growing number in Brazil, it is imperative to ensure the access to the Public Primary Health Care (PHC). This study, through research based on action, aimed to monitor and evaluate the development of a group of children with disabilities in a Basic Health Unit (BHU) in São Paulo, Brazil, in one year period. The project was coordinated by an Occupational Therapist. Data collection: bibliographical survey; participative observation; construction / application of a qualitative protocol to assess the children development; interviews with parents. By crossing data into a chronic descriptive narrative composition, they were analyzed using a specific theoretical approach. Results: 53 papers were selected in different databases; results show the built of support networks between parents; children developmental improvements; greater movement of such users in BHU; professional reflection about the access of this population to PHC. Conclusion: It is possible to draw and execute rehabilitation actions which can go beyond the biomedical model in PHC. However, difficulties and challenges will probably appear, due to the fact that there are deconstructions to be done regarding the tradition of special services for people with disabilities.

KEY WORDS: Primary Health Care; Children with disabilities; Play; Groups; Child development; Occupational Therapy.

¹ .Estudante de Terapia Ocupacional e bolsista do programa Ensinar com Pesquisa da Pró-Reitoria de Graduação da Universidade de São Paulo

² Terapeuta Ocupacional do Laboratório REATA – Laboratório de Estudos em Reabilitação e Tecnologia Assistiva – do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Mestre em Ciências pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

³ Profª Drª do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional do Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, coordenadora do REATA – Laboratório de Estudos em Reabilitação e Tecnologia Assistiva da USP

Endereço para correspondência: Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da FMUSP. Rua Cipotânea, nº 51 Cidade Universitária. São Paulo – SP CEP: 05360-160. E-mail: vilin.evs@hotmail.com

INTRODUÇÃO

No último censo brasileiro¹, constatou-se que 23,9% da população possui alguma incapacidade ou deficiência. Assim, os trabalhos de prevenção de deficiências e incapacidades, de reabilitação e também os que facilitam a participação e a quebra dos processos de segregação social fazem-se necessários. Tais ações têm nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) um lugar privilegiado.

Todavia, a dificuldade do acesso a esses serviços se deve ao fato de que deficiência e reabilitação são tradicionalmente atribuídas por profissionais de saúde e população como de competência de níveis de maior complexidade ou de instituições filantrópicas².

No caso específico dos bebês com atrasos no desenvolvimento ou com deficiência, quando conseguem acessar a Atenção Primária à Saúde (APS), nem sempre os profissionais de saúde identificam rapidamente a necessidade de intervenções diferenciadas das realizadas com os demais bebês, como ações de puericultura que privilegiam apenas o acompanhamento do crescimento em detrimento da observação do desenvolvimento neuropsicomotor.

Dos anos 2000 para cá, o interesse pelo desenvolvimento integral da criança cresceu em todo o mundo. Foi discutido na Reunião de Cúpula em Favor da Infância (Nova York, 1990) e na Conferência Internacional de Nutrição (Roma, 1992), e nos anos seguintes pode-se observar um aumento da sobrevivência infantil³.

Essa preocupação levou o Ministério da Saúde (MS), em 2002, a publicar na série de Cadernos de Atenção Básica, um número intitulado “*Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil*”³ cujo objetivo é divulgar e subsidiar tecnicamente a proposta de atenção integral e multiprofissional à saúde da criança observando o seu crescimento e desenvolvimento, através de ações na APS.

Princípios como longitudinalidade, integralidade, intersetorialidade, acolhimento, equidade, acesso universal, resolutividade, responsabilização, atuação em equipe e ações coletivas para a promoção da saúde, passaram a ser orientadoras da formulação de práticas de cuidado à criança⁴.

No entanto, alguns autores ressaltam que nem mesmo a observação do crescimento das crianças é uma prática recorrente, apesar das orientações técnicas do MS. Algumas iniciativas de capacitação dos profissionais para a atenção às crianças estão sendo desenvolvidas no país⁵, mas são insuficientes para responder as necessidades⁶.

Em pesquisa realizada no Pará, Figueiras *et al*⁷ demonstraram que, em geral, o nível de conhecimento dos médicos e enfermeiros das equipes de saúde da família (EqSF) sobre desenvolvimento infantil era insatisfatório e que eles não utilizavam métodos de avaliação para averiguar as aquisições neuropsicomotoras. Isso acontecia porque os profissionais buscavam por casos clássicos de alterações no desenvolvimento, geralmente graves, deixando passar os moderados e leves. Os entrevistados justificavam esse descaso devido ao grande número de consultas com pouco tempo de duração, o que ocasionaria uma redução na vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil⁷.

Em pesquisa de Lima *et al*⁸ se constatou que nas UBS de João Pessoa além de um número reduzido de consultas realizadas para os bebês, as informações referentes ao desenvolvimento não eram anotadas em prontuário. Constavam apenas informações sobre o peso e algumas vezes altura, demonstrando a precariedade de informações.

Dessa maneira, se a criança não apresentar alteração de peso ou altura, passam despercebidas pelas EqSF⁸, e se a família não desconfiar de alguma alteração no desenvolvimento do seu bebê, estes deixam de ser atendidos precocemente.

Como ressaltam Linhares *et al*⁹ em estudo de avaliação do desenvolvimento do primeiro ano de vida de crianças pré-maturas e baixo-peso, é importante assegurar intervenções preventivas, precoces, longitudinais, com ações multiprofissionais nos diferentes níveis de atenção nos aspectos relacionados principalmente ao desenvolvimento. E, Amorim *et al*¹⁰ insistem que o Programa de Saúde da Família, hoje denominado Estratégia de Saúde da Família (ESF), é o espaço adequado para a avaliação e monitoramento do desenvolvimento infantil. Todavia, a narrativa de ações dessa natureza é incipiente no contexto da APS, como verificado na literatura.

Pretende-se nesse artigo narrar uma experiência de atendimento em grupo, de crianças com alterações no desenvolvimento e/ou deficiências, por profissionais da terapia ocupacional, em uma UBS com ESF e discutir os seus limites e possibilidades.

METODOLOGIA

Este artigo é fruto de pesquisa avaliativa qualitativa que utilizou a pesquisa-ação¹¹ como método de investigação do trabalho desenvolvido pela terapia ocupacional junto às crianças com alterações no desenvolvimento e/ou deficiências. Foram empregados quatro instrumentos de coleta de dados: levantamento bibliográfico; observação

participante, através do acompanhamento semanal do grupo de estimulação do desenvolvimento; aplicação de protocolo qualitativo para a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor e realização de entrevistas semi-estruturadas com os pais.

Para obter um panorama geral sobre grupos de estimulação precoce na literatura nacional e internacional, foram consultadas as bases de dados SCIELO, DEDALUS, PORTAL DE PERIÓDICOS DA CAPES e PUBMED, no período de 2002 a 2012, combinando dois ou mais descritores como: grupo, crianças, intervenção precoce, estimulação precoce ou essencial ou oportuna, desenvolvimento infantil, atraso/alterações no desenvolvimento, terapia ocupacional, atenção primária à saúde, formação e saúde.

Foram selecionados aqueles pertinentes à implementação, desenvolvimento e resultados de programas de estimulação precoce. Estes textos subsidiaram as reflexões.

Os sujeitos do grupo eram oito crianças e seus pais. As crianças tinham de sete meses a quatro anos de idade, com diversos diagnósticos. Os pais tinham entre dezenove e quarenta e oito anos.

Foram realizados vinte e nove encontros registrados ao término destes, em diário de campo por um dos pesquisadores. O teor dos registros referiu-se à dinâmica do grupo nos encontros como, a chegada das pessoas, as presenças e ausências, interação entre os participantes, ações das crianças, dos pais e dos terapeutas ocupacionais, facilidades e dificuldades das crianças, organização da sala, atividades realizadas, materiais utilizados, falas significativas, programação dos próximos encontros e despedidas. O registro se deu através de narrativa descritiva, seguida das primeiras análises sobre o ocorrido, considerando as percepções do pesquisador cronista. Esses dados foram, em seguida, socializados junto aos outros pesquisadores, que contribuíram na sua complementação e reflexões.

Nos encontros foram realizadas atividades de discussão com os pais, brincadeiras com e sem músicas, entrevistas, Shantala, manipulação corporal, pinturas, festas e orientações de acordo com a demanda do grupo e combinado com os participantes com antecedência.

Foram anotados os seguintes aspectos: desempenho neuro-motor, ocupacional e relacional das crianças nas atividades lúdicas; interação dos pais e terapeutas entre si e com as crianças; interação da criança consigo própria e com o brinquedo e brincadeira, com os pais e com os terapeutas, e com outras crianças. Dessa forma aspectos como o enfrentamento de dificuldades, as experiências exitosas e

frustrantes vividas pelas crianças, os aspectos da intervenção terapêutica ocupacional através de atividades lúdicas, da manipulação corporal, da introdução de tecnologias assistivas, assim como o comportamento e participação dos pais, foram observados.

O objetivo final dos registros foi detectar a efetividade das intervenções terapêuticas ocupacionais realizadas no acompanhamento das crianças no que se refere à maturação do seu desenvolvimento nos aspectos neuropsicomotores e relacionais, segundo as pautas do desenvolvimento infantil, à luz de autores como Lydia Coriat¹², Jerusalinsky¹³ e Winnicott¹⁴.

Foi criado um roteiro de avaliação qualitativa do desenvolvimento neuropsicomotor, considerando a influência do quadro clínico nas habilidades funcionais das crianças, aplicado em diferentes momentos das atividades grupais, por meio de observação, a fim de aperfeiçoar os dados do diário de campo. As referências bibliográficas utilizadas foram Coriat¹², Bobath¹⁵ e Finnie¹⁶. A estes dados foram anexadas informações sobre o cotidiano familiar relatado pelos pais.

O protocolo trazia pontos como as atividades motoras funcionais, reações de retificação, labiríntica, de proteção e equilíbrio; presença de padrões primitivos e reflexos patológicos e suas influências nas atividades funcionais; presença de deformidades e contraturas; natureza das habilidades funcionais nas atividades cotidianas. Observaram-se também as estratégias cognitivas utilizadas e se eram necessários equipamentos de Tecnologia Assistiva. O roteiro balizou a influência das atividades lúdicas no desempenho da criança quanto às pautas do desenvolvimento.

As entrevistas semi-estruturadas com os pais aconteceram fora do momento do grupo, e foi perguntado: “Como você vê o desenvolvimento do seu filho?”, “Você acha que o Grupo está contribuindo para o desenvolvimento do seu filho?” e “O que você espera/sonha para o seu filho?”. Foram escolhidos dois pais com maior frequência ao grupo, pois se entendeu que eles estariam mais apropriados do processo.

Os quatro instrumentos de coleta de dados se mostraram complementares, de maneira que a crônica sobre a intervenção realizada pôde ser composta com todas as contribuições coletadas e analisada à luz da bibliografia selecionada.

A partir do texto final foram eleitos cinco eixos de resultados e análise: contribuições da bibliografia encontrada; natureza da constituição do grupo; resultados da avaliação qualitativa dos aspectos neuropsicomotores; percepção dos pais sobre o grupo e devolutivas às equipes de saúde da família.

RESULTADOS

Pesquisa Bibliográfica

Foram selecionados 51 documentos entre artigos, teses e monografias nas diferentes bases de dados e dois documentos do Ministério da Saúde. 41 versavam sobre estimulação do desenvolvimento infantil e 10 sobre esse tema no contexto da APS.

Os textos abordam aspectos relacionados a diretrizes, planejamento, implantação e avaliação de propostas de intervenção precoce; diferentes abordagens e contextos de intervenção no desenvolvimento infantil; importância do brincar como recurso terapêutico; trabalho em equipe; ações junto aos pais; relação pais e filhos e cuidados na estimulação do desenvolvimento; concepções de pais e profissionais sobre intervenção precoce; formação dos profissionais de saúde para atividades de acompanhamento do desenvolvimento infantil e práticas de estimulação do desenvolvimento infantil na APS.

Todos os textos abordavam programas de intervenção, em geral, centrados na caracterização abrangente dos programas e seus resultados. Não foram encontrados estudos que detalhassem as técnicas, recursos e abordagem utilizados, muitos atribuem importância aos pais na intervenção. Poucos documentos tratavam sobre os profissionais de saúde e suas contribuições para um programa de intervenção precoce. 72,09% dos trabalhos foram produzidos entre 2007 e 2012, e os autores desses textos eram 31,91% terapeutas ocupacionais; 25,53% psicólogos; 17,02% fisioterapeutas; 10,63% médicos neurologistas ou pediatras e 14,85% de outras áreas.

Natureza da constituição do grupo

O grupo existe desde 2009, é coordenado por docente e terapeuta ocupacional do REATA – Laboratório de Estudos em Reabilitação e Tecnologia Assistiva da USP, conta com estagiários do 7º e 8º período da graduação, e é composto por famílias encaminhadas pelas EqSF. Tem frequência semanal com duração de 1h e 30 minutos.

Os encaminhamentos para o grupo são decorrentes de matriciamento da Terapia Ocupacional junto às EqSF. O número de participantes se altera semestralmente e depende de variáveis como a conscientização das EqSF, a presença de bebês com essa demanda, mudanças de residência dos usuários, acessibilidade, aspectos relacionados à vulnerabilidade e violência.

Até 2009, os bebês nascidos de gestações de risco eram encaminhados a um hospital secundário da região.

Essa referência e contra-referência acontecia com muitas dificuldades por haver poucas trocas sobre a evolução dos casos e nem todas as famílias conseguiam acessar esse serviço, por diferentes motivos, como dificuldade no transporte e tempo de deslocamento. Atualmente, além desse encaminhamento, as crianças são direcionadas ao grupo de estimulação da UBS.

Como o atendimento do grupo ocorre em sala disponível do serviço, a circulação desses usuários facilita a constituição de uma cultura onde o espaço da APS também é destinado ao cuidado de pessoas com deficiência.

Toda semana, uma sala da UBS ficava sem mesas e cadeiras, o chão colorido com tapetes de EVA e brinquedos à disposição das crianças. Elas podiam escolher com o que brincar, podiam brincar sozinhas, com outras crianças, pais ou terapeutas.

A fim de acolher as necessidades de todos os usuários, garantir o acesso e criar um espaço de intervenção centrado no lúdico e nas relações, ficou estabelecido que o grupo fosse aberto, sem desligamentos por falta, nem seleção por patologia, gravidade ou prognóstico, contrapondo-se às pautas da reabilitação organicista¹⁶.

No entanto, as dificuldades de acesso ao grupo permaneceram e o número de integrantes foi oscilante, somente duas crianças e seus pais tiveram frequência maior que 70%, entre agosto de 2012 e março de 2013, período de coleta de dados da pesquisa (Tabela 1).

Tabela 1 - Frequência das Crianças do grupo de estimulação entre março e novembro de 2013

| Crianças | TP | TF | TE | % |
|-----------------|-----------|-----------|-----------|----------|
| B. | 3 | 19 | 22 | 13,69 |
| H. | 20 | 7 | 27 | 74,07 |
| J. | 2 | 24 | 26 | 7,69 |
| M. E. | 1 | 0 | 1 | 100 |
| M. | 22 | 7 | 29 | 75,86 |
| N. | 6 | 23 | 29 | 20,68 |
| R. | 1 | 29 | 28 | 3,57 |
| W. | 1 | 4 | 5 | 20 |

TP= Total de presenças

TF= Total de faltas

TE= Total de encontros, considerando o momento de entrada da criança no grupo.

%= porcentagem de presença em relação ao total de encontros desde a entrada da criança no grupo

Os motivos das desistências das famílias relacionavam-se à: dificuldades no acesso à UBS e na locomoção no território; situações de violência e vulnerabilidade familiar que afetavam os seus cotidianos e os cuidados das crianças e dificuldades em entender a proposta do trabalho, pois alguns pais e profissionais achavam que a atividade lúdica não tinha efeito terapêutico e/ou que as crianças não tinham nenhum atraso ou alteração no desenvolvimento.

É importante ressaltar o apoio das EqSF para o fortalecimento da adesão das famílias ao grupo. No entanto, a rotatividade dos profissionais gerava instabilidades e novas necessidades de matriciamento.

Apesar desses problemas, houve o estabelecimento de vínculos e de uma rede de solidariedade entre alguns pais que se apoiaram para matricular seus filhos em creches, combinaram idas ao parquinho do bairro e revezaram-se nos cuidados das crianças para poderem passear ou trabalhar. Um pai, ao observar que uma mãe levava uma bolsa com troca de roupa e mamadeira, passou a agir da mesma maneira, além de descobrir no grupo que o filho gostava de bolas de sabão, o que o motivou a comprar um brinquedo que fizesse as bolas para o filho brincar em casa.

Ocorreram momentos de reflexões entre pais e terapeutas que versaram sobre as habilidades, dificuldades e conquistas das crianças, de maneira que suas singularidades pudessem ser observadas. Nas conversas apareceram sentimentos de frustração, vergonha, superproteção e negação da deficiência. Esses sentimentos foram acolhidos pelos terapeutas ocupacionais de maneira a problematizar as falas, levando os participantes a romperem com formas preconceituosas e estigmatizadas de pensar a deficiência.

Os desejos de “cura” da deficiência também apareceram, como no caso de uma mãe, que levava sua filha a inúmeros serviços de reabilitação e estabelecia com ela uma relação de interdependência e superproteção, não deixando que a menina brincasse com outras crianças, caísse ou se sujasse. Ela não permitia que sua filha escolhesse brinquedos, e optava por colocar a criança na bola suíça, pois queria que ela andasse o mais rápido possível. A menina chorava muito, e seus movimentos como o arrastar, engatinhar e sentar, acabavam sendo *para, por* e frequentemente *ao lado de* sua mãe: seu corpo se movia apenas em cima e na direção desse outro corpo, como se acreditasse que, sem ele, seu próprio corpo não funcionaria, lembrando as considerações de Tadey¹⁷.

O papel do terapeuta é reconstituir os aspectos danificados da função materna; fornecendo elementos de sustentação durante a luta de se reconstituir na posição de mulher disposta a criar um filho¹⁸. E, durante os encontros,

os terapeutas ocupacionais buscaram fortalecer os pais para que encontrassem diferentes possibilidades com suas crianças, viabilizando a emergência de sujeitos singulares¹⁷.

Oito meses depois, a referida mãe disse sentir-se apoiada pelo grupo e fortalecida para lidar com o distanciamento necessário de sua filha, o que a levou a matriculá-la em uma creche. Relatou que se sentia mais encorajada para deixar que a filha experimentasse ativamente atividades e brincadeiras.

As crianças puderam explorar e descobrir brinquedos, espaços, o próprio corpo e uns aos outros. Frequentemente, procuravam pelos brinquedos que faziam som e por brincadeiras que envolviam movimento, que iam desde danças e cantigas de roda até cavalinho, serra-serra e escalada em um pufe. Com as crianças que tinham alterações na funcionalidade motora foi utilizada a facilitação de movimento pautada no método Bobath¹⁵ como meio de brincar e acessar brinquedos.

As atividades propostas eram respostas às demandas do grupo, como a oficina de pintura. Notou-se que uma das crianças gostava muito de entrar em caixas e brinquedos que pudesse transformar em carro de “Fórmula 1”, no encontro seguinte, caixas de papelão foram trazidas para esse fim, com a proposta de que pintassem seus carros para que pudesse ser feita uma corrida.

Um ponto importante sobre a dinâmica grupal é a diferença etária das crianças. H. era o mais velho, com quase quatro anos. W., a mais nova, com sete meses; M. tinha um ano e três meses e N. um ano e dez meses. Era mais difícil manejar o grupo quando havia H. e mais três crianças, pois os mais novos demandavam mais atenção e H. precisava igualmente, porque ao se aproximar das crianças para fazer carinho, às vezes não conseguia medir sua força, e gostava de jogar os brinquedos para cima, o que poderia acabar machucando alguém.

Considerando o intervalo da faixa etária das crianças, é importante ressaltar que as atividades, em geral, se deram em relações duais ou trios, envolvendo a criança, o terapeuta ocupacional e o familiar. Quanto aos pais, o trabalho se fez de maneira mais grupal, pois os encontros proporcionaram momentos de observação de outras crianças e de trocas de experiências.

Resultados da avaliação qualitativa dos aspectos neuropsicomotores

M., com um ano e três meses e com Síndrome de Down e H., com quatro anos, com quadro de ataxia decorrente de síndrome metabólica degenerativa foram os mais frequentes e, portanto, os aspectos do desenvolvimento

neuropsicomotor foram mais observados.

Os resultados das avaliações realizadas com eles apontaram para déficits nas aquisições de habilidades motoras funcionais se comparados com a escala do desenvolvimento normal, mas, no decorrer dos encontros, observaram-se melhoras significativas em: “sentar-se”, “manter-se sentado sem apoio”, “engatinhar”, “levantar-se” e “manter-se de pé”, especialmente no caso de M. H. já havia desenvolvido essas habilidades, chegando a andar sem apoio e correr, mas como gostava de olhar os brinquedos e pessoas, carregar coisas, pular e brincar durante a corrida, frequentemente caía.

As reações automáticas básicas foram intensivamente trabalhadas, pois muitas crianças apresentavam reações de proteção, equilíbrio e retificação deficitários. M. tinha uma boa reação de retificação cervical e corporal, e de equilíbrio para frente e para trás. No entanto, suas reações de equilíbrio para os lados e suas reações de proteção para frente, eram menos desenvolvidos.

H. também apresentava déficits nas reações de proteção, para todos os lados, condição evidenciada em quedas raramente protegidas por mãos ou braços. Mostrava dificuldades em retificar seu corpo e cabeça segundo os estímulos recebidos. Suas maiores dificuldades residiam nas reações de equilíbrio deficitárias, que resultavam em instabilidade e quedas. Ao trabalhar esses aspectos, suas reações de equilíbrio melhoraram. Foi confeccionado um colete com pesos, favorecendo a estabilidade do tronco e fornecendo estímulos proprioceptivos.

Enquanto H. explorava o ambiente do grupo engatinhando, andando e correndo, M. mostra-se mais pacata, não engatinhava ou andava e, à medida que se facilitava sua movimentação, chorava muito, preferindo o colo da mãe. Tanto H. quanto M. são dependentes em todas as atividades da vida diária, no entanto, segundo seus pais eles se mostravam interessados em participar ativamente. O trabalho buscou aumentar a autonomia das crianças.

A comunicação passou a se evidenciar no decorrer dos encontros. Todas as crianças aumentaram os balbucios e vocalizações. M. também melhorou a comunicação por gestos, apontando os brinquedos, nas últimas semanas de observação, dizia “não” à H. quando este pegava seus brinquedos, e dava beijos e acenos ao final do grupo para os participantes. H. pegava objetos, aproximava-os da orelha e dizia “alô?”, corria ao encontro do seu pai e dizia “Pá”, e jogava bolas dentro da toca e gritava “Goooo!”.

Observou-se então que as crianças mais frequentes aumentaram os seus repertórios de ações e de exploração das atividades, com ganhos no seu desenvolvimento neuropsicomotor.

Percepção dos pais entrevistados sobre o grupo

Foram entrevistados os pais de M. e de H., e apesar dos oito meses de convivência com os pesquisadores, as entrevistas tiveram respostas curtas, comparadas às conversas ocorridas no cotidiano do grupo. Os entrevistados tiveram uma postura mais formal nesse encontro.

Os pais perceberam que o grupo contribuiu para o desenvolvimento de seus filhos, em especial no que tange o estabelecimento de relações com outras crianças:

“Tá melhorando. Tá uns 100% quase. (...) Eu percebo que agora ele está pegando mais amizade com as pessoas, brincando mais, ele tá se desenvolvendo bastante”. (E1)
“(...) eu acho interessante por isso, porque ela vê mais pessoas, em casa ela não vê”. (E2)

E2 considera que o desenvolvimento neuropsicomotor de sua filha é normal, mas diz não se sentir qualificada para essa observação, pois tem pouca experiência com crianças. Em seguida se contradiz ao dizer que ela e outras pessoas observam que a filha pode ter alterações, revelando dessa maneira dificuldades no reconhecimento das limitações da filha:

“(...) acho que ela tá um pouco abaixo do peso, mas o resto acho que tá normal. É que eu também nunca cuidei de muita criança, (...) então não lembro muito. Eu acho a M. normal. Ela vê brinquedo, ela pega, tá falando palavrinhas... é mais no andar, assim, que ela é mais molinha. As outras pessoas podem ver que ela tá... diferente das outras...” (E2, mãe de M.)

O outro entrevistado reconhece que o filho tem uma alteração no desenvolvimento, mas com melhoras:

“Ah, até agora ele está indo bem. Porque antes ele não andava muito. Agora ele já anda mais. Já anda melhor, já tá querendo falar as coisas. Ele já fala as coisas que dá pra entender.” (E1, pai de H.)

Apesar da ambiguidade da fala de E2 e da assertividade de E1, ambos demonstram disponibilidade e adesão ao trabalho realizado, o que nos leva a concluir que a intervenção na UBS facilita a introdução de ações de reabilitação em sua positividade, pois essas ações ficam anexadas aos cuidados gerais de saúde e combatem o imaginário estereotipado da reabilitação como serviço especializado e apartado da rede de serviços gerais de saúde^{2,19}.

No entanto, E2 fica em dúvida, pois como está sempre muito atenta às dificuldades da filha, lembra seu

desejo de que ela esteja dentro dos padrões de normalidade, como coloca Tadey¹⁷. Para tanto, procura outras terapias e se recorda de observações que a fisioterapeuta faz sobre as “dificuldades” da filha:

“(...) mas a terapeuta [fisioterapeuta] falou que ninguém senta e anda assim, ela não deveria abrir tanto as pernas desse jeito.” (E2)

Observa-se assim, que os sentimentos relacionados aos cuidados reabilitacionais ainda sofrem grande influência dos preconceitos, estereótipos e estigmas relacionados à deficiência. Instituir novos modos de operar as intervenções junto a essa população requer a constituição de uma cultura que promova a naturalização dessas práticas como cuidados necessários e de enfrentamento das propostas de normalização dos padrões corporais e dos comportamentos^{13,19}.

Quando questionados sobre o que esperavam do futuro de seus filhos, o pai de H. espera que seu filho cresça, mas tem medo de morrer e deixa-lo desamparado, enquanto a mãe de M. sonha que sua filha seja uma criança normal:

“(...) ir pra uma escolinha boa, crescer com um desenvolvimento bom (...) eu espero ver eles [seus filhos] crescerem, ficar do lado deles. E se um dia eu chegar a faltar... Quem vai ficar com eles? Então eu fico com um pouco de medo por causa disso.” (E1)

“Eu sonho tudo de bom pra ela... Que ela seja uma criança normal, que possa estudar.” (E2)

O desejo da normalização e de outros cuidados, externos ao lar, como a educação formal, aparece no projeto de futuro para os filhos. Os discursos denunciam a solidão que os familiares sentem ao pensarem sobre o futuro. Enquanto para E2 a normalização seria por si só uma garantia de futuro, E1 denuncia a incerteza do mesmo ao pensar em sua morte e na ausência de um cuidador dos filhos.

Essas falas nos remetem a necessidade premente de um projeto de reabilitação que articule as redes sociais de apoio, de inclusão social das pessoas com deficiência e da instauração de uma sociedade de fato agregadora e fraterna, o que nos remete a reafirmar que grupos como o aqui experimentado e outros, são necessários no trabalho da APS, de maneira que se fortaleça não só a intervenção precoce, mas uma cultura de pertencimento de todos na sociedade.

Devolutivas às equipes de saúde da família

As devolutivas foram feitas em reuniões de equipe. Houve equipes em que os profissionais relutaram em incluir

na pauta as devolutivas sobre seus usuários, e outras que participaram ativamente.

Nas equipes com maiores dificuldades em debater o tema, os pesquisadores concluíram que se tratava de equipes com dificuldades em sua dinâmica de funcionamento, como falta de foco e concentração, com pessoas falando ao mesmo tempo e agitadas. Já nas equipes que demonstraram interesse, os profissionais afirmaram estarem aprendendo muito, faziam comentários pertinentes e solicitaram mais informações.

A última devolutiva se deu em uma reunião que contava com todos os profissionais da UBS. Nesse encontro foi preparado um material sobre a concepção de atividade lúdica e das técnicas de manuseio corporal utilizadas no grupo.

A maioria se interessou pela apresentação e contribuiu com questões e apontamentos. À medida que assistiam aos vídeos e fotos, os profissionais pareciam ressignificar o grupo, o lúdico e a relação com seus usuários. Essa atividade só reafirmou a necessidade de um diálogo constante e sistemático com as EqSF e para o qual a terapia ocupacional tem muito a contribuir.

DISCUSSÃO

Assiduidade dos usuários e problemas nos encaminhamentos por parte das EqSF foram as principais dificuldades encontradas na constituição do grupo. Assim, os pesquisadores entendem que é necessário intensificar o trabalho de matriciamento¹⁹ com os profissionais de saúde e fortalecer essa intervenção na APS, pois como colocam Samico *et al*⁶ e Figueiras *et al*⁷, ainda há um trabalho intenso de formação dos profissionais de saúde na direção da conscientização das necessidades de intervenções nos aspectos relacionados ao desenvolvimento infantil.

A tradição de serviços especiais e segregados para “pessoas especiais” ainda é a tônica do posicionamento ético-político de muitos profissionais no momento de elegerem seu público alvo, mesmo que este seja um serviço de porta de entrada, como a APS.

Entretanto, esta lógica tem que ser desconstruída no cotidiano dos serviços e a terapia ocupacional pode contribuir através de diálogos que desloquem o foco da intervenção de abordagens organicistas para os aspectos relacionais dos cuidados em saúde. A apresentação de ações exitosas é fundamental nas atividades de matriciamento de maneira a construir conjuntamente novas abordagens de cuidados.

Pais e familiares também têm dificuldades em entender o serviço de reabilitação na UBS e precisam ser

esclarecidos quanto à abordagem do atendimento.

Os resultados obtidos nessa pesquisa apontam que as crianças participantes com maior frequência obtiveram aquisições no desenvolvimento, passaram a reconhecer uns aos outros, a encontrar novas maneiras de brincar e a se sentir seguros para lidar com o distanciamento em relação aos seus pais.

Entendemos que, além de facilitar o desenvolvimento integral da criança, é necessário dispensar especial atenção aos pais, para que se sintam seguros e acolhidos em suas potências e limitações e os conceitos de brincar, deficiência, independência, autonomia e cuidado sejam resignificados, de maneira a construir novos projetos de vida superando aqueles estereotipados e pautados sob o estigma da deficiência¹⁹.

O conceito de atividade lúdica adotado na pesquisa, não é um meio terapêutico, mas algo constitutivo do ser criança e o principal meio pelo qual ela se torna ativa no mundo. É, portanto, motivação intrínseca, prazer, espontaneidade, reflexão e transcendência da realidade, pois é através do brincar que a criança desenvolve o entendimento de si e do mundo, construindo-o e transformando-o, como discutido por Tadey¹⁷ e Takatori²¹. É através do brincar que a criança explora suas próprias capacidades, experimenta objetos, toma decisões, persiste, aprende, e desenvolve

habilidades sociais como afirmado por Stagniti e Unsworth²².

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa demonstra, apesar do pequeno número de usuários, que é possível atender à população com alterações no desenvolvimento na APS de forma a garantir o acesso, o acompanhamento longitudinal, a continuidade e a integralidade.

Os resultados reforçam a ideia de que é necessário fortalecer o comprometimento das EqSF na direção de abordar o atendimento à infância de maneira ampliada. Demonstram ainda o potencial da terapia ocupacional para o trabalho nesse nível assistencial.

A terapia ocupacional tem devido ao seu arcabouço de conhecimento, um papel importante na condução desse tema, uma vez que aborda não apenas os aspectos funcionais motores ou cognitivos das crianças, mas traz olhares voltados ao cotidiano, às relações familiares e sociais e contribui na constituição de possibilidades de inclusão social e de redes de apoio. Entendemos, portanto, que a existência de grupos de estimulação do desenvolvimento infantil é primordial na APS e que a terapia ocupacional é uma das profissões que contribui significativamente para a organização dessa prática nesse nível assistencial.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Populacional de 2010. Em rede: <www.ibge.gov.br/censo2010 /> acessado em 02/11/2011.
2. Souza CCBX, Rocha EF. Portas de entrada ou portas fechadas? o acesso à reabilitação nas Unidades Básicas de Saúde da região sudeste do Município de São Paulo – período de 2000 a 2006. Rev Ter Ocup Univ São Paulo. 2010;21(3):230-9. <http://dx.doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v21i3p230-239>
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde, Série Cadernos de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. 2002; n11.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 80p.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Saúde da Criança. Programas e projetos da saúde da criança: responsabilidades compartilhadas em benefício das crianças brasileiras. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2002;2(2):193-6.
6. Samico I, Hartz ZMA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2005;5(2):229-40. <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292005000200012>.
7. Figueiras ACM, Puccini RF, Silva EMK, Pedromônico MRM. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2003; 19(6):1691-9.
8. Lima GGT, Silva MFOC, Costa TNA, Neves AFGB, Dantas RA, Lima ARSO. Registros do enfermeiro no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento: enfoque na consulta de puericultura. Rev. RENE. 2009;10(3):117-24.
9. Linhares MBM, Carvalho AMV, Machado C, Martinez DE. Desenvolvimento de bebês nascidos pré-termo no primeiro ano de vida. Paidéia, Belo Horizonte. 2003;13(25):59-72. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2003000200006>
10. Amorim RCA, Laurentino GEC, Barros KMFT, Ferreira ALPR, Moura Filho AG, Raposo MCF. Programa de saúde

- da família: proposta para identificação de fatores de risco para o desenvolvimento neuropsicomotor. Rev Bras Fisioter. 2009;13(6):506-13. http://www.scielo.br/pdf/rbfts/v13n6/aop063_09.pdf
11. Pope C, May N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 2a ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.
 12. Coriat LF. Maturação psicomotora no primeiro ano de vida da criança. São Paulo: Cortez, 1991.
 13. Jerusalinsky A. Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
 14. Winnicott DW. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago editora LTDA, 1975.
 15. Bobath K. Uma Base Neurofisiológica para o Tratamento da Paralisia Cerebral. São Paulo: Manole, 1984.
 16. Finnie NA O manuseio em casa da criança com paralisia cerebral. São Paulo: Manole, 1980.
 17. Tadey E. Análise de um caso de estimulação precoce. In: Jerusalinsky, A (org). Psicanálise e desenvolvimento infantil: um enfoque transdisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. p. 174-83.
 18. Jurdi APS. Atividade lúdica: uma atividade criativa. In: Temas sobre desenvolvimento. 2001;10(56) :46-50.
 19. Rocha EF. Reabilitação de pessoas com deficiência: a intervenção em discussão. São Paulo: Roca, 2006.
 19. Martins J, Veríssimo MÓR, Oliveira, M A. Avaliação dos instrumentos do projeto nossas crianças: janelas de oportunidades, segundo agentes comunitários de saúde. Texto & Contexto Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. 2008;17(1):106-14. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=7141711>
 20. Takatori M. Vamos brincar? do ingresso da criança com deficiência física na terapia ocupacional à facilitação da participação social. 2010. (Doutorado) São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2010.
 21. Stagnitti K, Unsworth C. The importance of pretend play in child development: an occupational therapy perspective. Br J Occup Ther. 2000; 63(3):121-7.

Recebido para publicação: 11/02/2014

Aceito para publicação: 24/11/2014