

# Terapia Ocupacional e a atenção a crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus na perspectiva da Intervenção Precoce

Occupational Therapy and attention to children with Congenital Zika virus in the perspective of Early Childhood Intervention

Terapia Ocupacional y la atención a niños con Síndrome Congénito de Zika Virus en la perspectiva de la Intervención Temprana

## Débora Ribeiro da Silva Campos Folha

Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Pará. Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos. Professora Assistente III do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará, Belém, Brasil.

todeboracampos@gmail.com

## Bruna Pereira Ricci Marini

Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brasil.

brunamarini\_to@yahoo.com.br

## Ana Célia Nunes

Mestre e doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brasil.

anacelianunes.to@gmail.com

## Patrícia Carla de Souza Della Barba

Doutora em Educação Especial. Professora Associada I do Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, Brasil.

patriciadellabarba@yahoo.com.br

Débora Ribeiro da Silva Campos Folha | Bruna Pereira Ricci Marini | Ana Célia Nunes | Patrícia Carla de Souza Della Barba

## Resumo

A lacuna na investigação e provimento de suporte para o atendimento de crianças com necessidades especiais evidenciado pelo aumento dos casos de microcefalia em decorrência da Síndrome Congênita do Zika vírus, exigiu do governo brasileiro o investimento no direcionamento do cuidado e capacitação dos profissionais que atuam junto a essa população. Neste contexto, observa-se que as ações de Terapia Ocupacional descritas nos documentos que integram esse esforço não detalham as possibilidades de atuação desse profissional em sua especificidade, sendo, portanto, pouco representativas ou eficazes para a fundamentação da sua prática. Diante desse cenário, o objetivo do presente manuscrito é aprofundar os conhecimentos acerca das possibilidades de contribuição do terapeuta ocupacional no contexto da atenção a crianças com Síndrome Congênita do Zika e suas famílias. Para tanto são apresentadas as estratégias adotadas pelo governo para o enfrentamento dessa problemática, no âmbito da qual são discutidas questões relativas ao papel da Terapia Ocupacional na perspectiva do cuidado integral à criança em intervenção precoce.

**Palavras chave:** Zika, Síndrome Congênita do Zika vírus, Microcefalia, Terapia Ocupacional, Intervenção Precoce.

## Abstract

*The lack of research and provision of support for the care of children with special needs evidenced by the increase of cases of microcephaly due to the Congenital Syndrome of Zika virus, demanded the Brazilian government the investment in directing the care and qualification of the professionals who work with that population. In this context, it is observed that the Occupational Therapy actions described in the documents which integrate this effort do not detail the possibilities of this professional's performance in their specificity, and are therefore not representative or effective for the foundation of their practice.*

*In view of this scenario, the objective of the present manuscript is to deepen knowledge about the possibilities of contribution from the occupational therapist in the context of the attention to children with Congenital Syndrome of the Zika virus and their families. Therefore, strategies adopted by the government to address this problem are presented, in the context of which issues regarding the role of Occupational Therapy in the perspective of comprehensive child care in early childhood intervention are discussed.*

**Key words:** Zika, Zika virus Congenital Syndrome, Microcephaly, Occupational Therapy, Early Childhood Intervention.

## **Resumen**

*Existe todavía una escasez en la investigación y oferta de apoyo para la atención de niños con necesidades especiales resultante del aumento de los casos de microcefalia como consecuencia del Síndrome Congénito del Zika virus, lo que exigió del gobierno brasileño la inversión en el direccionamiento del cuidado y capacitación de los profesionales que actúan junto a esa población. En este contexto, se observa que las acciones de Terapia Ocupacional descritas en los documentos que integran ese esfuerzo no ofrecen detalles sobre las posibilidades de actuación de los profesionales en específico, siendo, por lo tanto, poco representativas o eficaces para la fundamentación de su práctica. Frente a este escenario, el objetivo del presente manuscrito es profundizar los conocimientos acerca de las posibilidades de contribución del terapeuta ocupacional en el contexto de la atención a niños con Síndrome Congénito de Zika y sus familias. Por lo tanto son presentadas las estrategias adoptadas por el gobierno para el enfrentamiento de esa problemática, en el ámbito del cual se discuten cuestiones relativas al papel de la Terapia Ocupacional en perspectiva del cuidado integral a los niños en una intervención temprana.*

**Palabras clave:** *Zika, Síndrome Congénito del Zika virus, Microcefalia, Terapia Ocupacional, Intervención Temprana*

## Notas introdutórias

O Brasil, o Ministério da Saúde identificou súbito aumento dos casos de microcefalia, verificados a partir de outubro de 2015, inicialmente no Estado de Pernambuco e posteriormente em outros estados da região Nordeste, evidenciaram uma lacuna na investigação e provimento de suporte para o atendimento de crianças com necessidades especiais (Brasil, 2016).

Essa nova realidade demandou esforços públicos para a organização de estratégias de enfrentamento e disponibilização de serviços à comunidade. Nesse contexto, inseriram-se ações do Governo Federal, lideradas pelo Ministério da Saúde, no que se refere às políticas públicas para o direcionamento desse cuidado, protocolos para notificação e registro epidemiológico e ações voltadas à formação profissional, visando a qualificação do atendimento a essa condição específica (Brasil, 2016b).

Um dos pressupostos base dessas ações diz respeito à importância da atenção multiprofissional oferecida no âmbito dos serviços que realizam ações de Intervenção Precoce (IP). Nesse sentido, destaca-se a relevância do provimento de acompanhamento de Terapia Ocupacional à esta clientela, destinados a desenvolver condutas de prevenção, promoção e reabilitação diante das variadas repercussões ocupacionais derivadas da ocorrência da Síndrome Congênita do Zika (Brasil, 2016b).

Partindo da compreensão de que essas repercussões ocupacionais impactam e são impactadas pelos contextos nos quais a criança encontra-se inserida, concebe-se como necessária uma intervenção que contemple a complexidade da relação criança-ambiente, entendendo-se o ambiente para além de sua infraestrutura física, mas como o conjunto de relações e processos através dos quais a criança se desenvolve, incluindo as situações vivenciadas, as pessoas que interagem, participam e mediam tais vivências em seu dia-a-dia e os condicionantes históricos, sociais e políticos que influenciam a dinâmica familiar e comunitária (Bronfenbrenner, 2011).

Contudo, a despeito da importância atribuída a práticas que se desenvolvam dentro de uma perspectiva de cuidado integral, observa-se que as ações de Terapia Ocupacional descritas nos documentos que direcionam o atendimento e capacitam os profissionais que atuarão com crianças acometidas pela Síndrome Congênita do Zika não detalham as possibilidades de atuação desse profissional em sua especificidade, sendo, portanto, pouco representativas ou eficazes para a fundamentação da sua prática.

Mediante a identificação dessa lacuna e da necessidade iminente de fornecer subsídios para um atendimento de qualidade a essa demanda, o objetivo do presente material é aprofundar os conhecimentos acerca das possibilidades de contribuição do terapeuta ocupacional no contexto da atenção

a crianças com Síndrome Congênita do Zika e suas famílias. Para tanto, apresentam-se inicialmente as estratégias adotadas pelo governo para o enfrentamento dessa problemática, no âmbito da qual serão discutidas questões relativas à possibilidades da Terapia Ocupacional na perspectiva do cuidado integral à criança em IP.

## Síndrome congênita do Zika vírus e suas repercussões no contexto brasileiro

A Síndrome Congênita do Zika é um conjunto de malformações congênitas que, dentre outras características, pode causar microcefalia, a qual é caracterizada pela destruição ou déficit no desenvolvimento cerebral que, por sua vez, ocasiona a ocorrência de um perímetro encefálico inferior ao esperado para a idade e sexo (Eickmann *et al*, 2016). Dependendo de sua etiologia, a microcefalia pode ser associada a malformações estruturais do cérebro ou ser secundária a causas diversas, sendo que sua ocorrência não condiciona obrigatoriamente a presença de alterações motoras ou cognitivas, apesar dessas serem verificadas na maioria dos casos (o comprometimento cognitivo ocorre em cerca de 90% dos casos), variando de acordo com o grau de acometimento cerebral. Dessa forma, em geral, as crianças com microcefalia apresentam atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e, em alguns casos, as funções sensoriais (audição e visão) também são comprometidas (Brasil, 2016c).

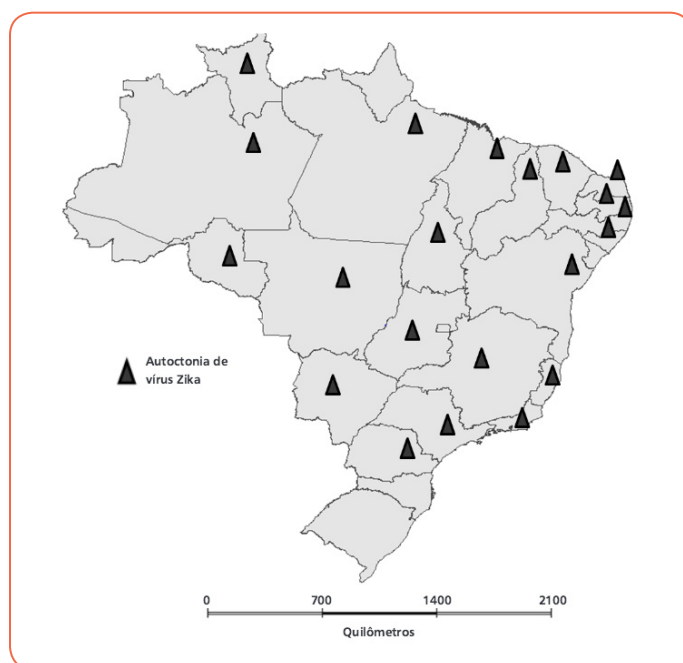


Figura 1: Unidades da Federação com casos autóctones de febre pelo vírus Zika com confirmação laboratorial, Brasil, 2015 (BRASIL, 2016).

Em outubro de 2015, meses depois da confirmação da transmissão autóctone da febre pelo vírus Zika em abril do mes-

mo ano, foi registrado um inesperado aumento do número de crianças nascidas com microcefalia no Brasil. Tais fatores fizeram com que o país se tornasse pioneiro na investigação da relação entre casos de microcefalia e a infecção decorrente do Zika vírus, a qual foi reconhecida e anunciada em novembro de 2015, quando o vírus foi identificado em amostras de sangue e tecidos de um bebê com microcefalia e também no líquido amniótico de duas gestantes. Desde então, diversas outras evidências foram encontradas e a confirmação da relação entre a infecção pelo Zika vírus e a ocorrência de microcefalia em bebês foi anunciada pelo Centro de Controle e Prevenção de Doenças Transmissíveis (CDC) dos Estados Unidos, no início do ano de 2016. Tal confirmação foi dada após a elaboração de um estudo que realizou uma revisão rigorosa das evidências já existentes e concluiu que o Zika é a causa da microcefalia e outros danos cerebrais identificados em fetos (BRASIL, 2016d).

Até 30 de setembro de 2016, haviam sido notificados, no Brasil, 8801 casos suspeitos de microcefalia e/ou malformações do sistema nervoso central e 1773 confirmados, sendo que desses, 1510 casos na região Nordeste, 135 no Sudeste, 50 na região Norte, 67 na região Centro-Oeste e 11 casos na região Sul (Freitas, Angerami, Von Zuben & Donalisio, 2016). Nesse contexto, em uma ação emergencial para conter novos casos, oferecer suporte às gestantes e aos bebês e intensificar as ações de combate ao mosquito, o Governo Federal criou o Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia (atual Plano Nacional de Enfrentamento ao Aedes e suas consequências), o qual prevê o trabalho conjunto de diferentes ministérios e órgãos do governo, em parceria com estados e municípios, para o desenvolvimento de ações em três frentes: prevenção e combate ao mosquito *Aedes aegypti*, melhoria da assistência às gestantes e crianças e realização de estudos e pesquisas nessa área.

### **O desenvolvimento de estratégias para o cuidado das crianças com síndrome congênita do zika vírus**

No cerne das ações de melhoria da assistência às gestantes e crianças, implementadas por meio do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em janeiro de 2016, as “Diretrizes de Estimulação Precoce para crianças de 0 a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor decorrente de Microcefalia” (Brasil, 2016b; Eickmann et al, 2016). Em relação ao documento, pontua-se que

construir uma diretriz nacional para estimulação precoce em tempo exíguo, em razão do cenário de urgência dado pelo significativo aumento de casos de microcefalia em função de infecção pelo vírus zika, é tarefa difícil, mas necessária para subsidiar os serviços de saúde em todo o país (Brasil, 2016b, p. 05).

Tal afirmação corrobora com os indícios que apontavam para o despreparo (a nível estrutural e técnico) do Sistema Único de Saúde (SUS) nas ações de vigilância do desenvolvimento e no atendimento à crianças com necessidades especiais (Della Barba, Martinez & Carrasco, 2003; Zeppone, Volpon & Del Campo, 2012), tornando necessária a elaboração das diretrizes com o objetivo de orientar os profissionais no trabalho de estimulação precoce às crianças de 0 a 3 anos de idade com Síndrome Congênita do Zika e suas consequentes alterações no desenvolvimento neuropsicomotor e em seus efeitos relacionais e sociais.

Para tanto, o documento foi composto por informações acerca das ações de estimulação precoce que podem ser desenvolvidas nas redes de atenção à saúde; do desenvolvimento típico de crianças de 0 a 3 anos de idade, especificando aspectos referentes às áreas motora, auditiva, visual, cognitiva e de linguagem, da função manual e da motricidade orofacial; da estimulação precoce voltada aos aspectos do desenvolvimento típico mencionados; acrescidas de recomendações referentes ao brincar, à prescrição de recursos de tecnologia assistiva e à participação da família nessas ações.

No âmbito dessas Diretrizes, as ações de estimulação precoce são previstas como

um programa de acompanhamento e intervenção clínico-terapêutica multiprofissional com bebês de alto risco e com crianças pequenas acometidas por patologias orgânicas –entre as quais, a microcefalia–, buscando o melhor desenvolvimento possível, por meio da mitigação de sequelas do desenvolvimento neuropsicomotor, bem como de efeitos na aquisição da linguagem, na socialização e na estruturação subjetiva, podendo contribuir, inclusive, na estruturação do vínculo mãe/bebê, na compreensão e no acolhimento familiar dessas crianças (Brasil, 2016b, p. 5).

Dessa forma, a estimulação precoce é entendida como uma abordagem que objetiva fornecer estímulos aos variados domínios do desenvolvimento, por meio de técnicas e recursos que favoreçam o ganho ou restauração de habilidades da criança (Brasil, 2016b). Por essa perspectiva, considera-se como objetivos gerais de um programa de estimulação precoce: a maximização do potencial de cada criança a partir de estimulação em espaço ambulatorial e também em seu ambiente natural; a potencialização de contribuições dos pais ou responsáveis para os processos de aquisição de habilidades; a promoção de ambientes favoráveis para o desempenho de atividades que reverberam no desenvolvimento infantil; o oferecimento de orientações aos pais e à comunidade com vistas ao acompanhamento desde o período neonatal até a fase escolar da criança; a promoção de uma perspectiva de atuação multiprofissional e interdisciplinar na atenção ao de-

envolvimento infantil; e a disseminação de informações de modo a fomentar a criação e a implementação de programas de estimulação precoce (Brasil, 2016b). Tal perspectiva é adotada também no “Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika” (Brasil, 2016c) que corresponde à outro documento sistematizado pelo MS para fins de controle e combate da infecção pelo vírus e consequente ocorrência de microcefalia.

Uma outra ação prevista e já implementada no contexto do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia foi a disponibilização online e gratuita pelo Ministério da Saúde, por meio das Secretarias de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) e da Atenção à Saúde (SAS) e em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), do curso “Estimulação precoce em crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia e/ou outros agravos”.

O curso tem como objetivo instrumentalizar os profissionais das Redes de Atenção à Saúde do SUS, contribuindo no trabalho da estimulação precoce de crianças de 0 e 3 anos de idade com alterações do desenvolvimento neuropsicomotor. Embora com ênfase nas eventuais sequelas decorrentes da microcefalia pela infecção do vírus Zika, o conteúdo também pode ser útil para o cuidado de crianças com outras condições ou agravos de saúde que interfiram no seu desenvolvimento neuropsicomotor.

Com 120 horas de carga horária, o Módulo de estimulação precoce (Brasil, s.d.) traz como ementa “conteúdos específicos que orientarão os profissionais das equipes multiprofissionais da Atenção Básica e da Atenção Especializada quanto ao acompanhamento e o monitoramento do desenvolvimento infantil, bem como para a realização da estimulação precoce e orientação às famílias de crianças com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia e/ou outros agravos”.

Outros materiais têm sido produzidos e divulgados no contexto brasileiro, pelo Ministério da Saúde, como o Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika (Brasil, 2015) e as Diretrizes de Estimulação Precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (Brasil, 2016b).

### **O cenário da intervenção precoce no Brasil e perspectivas para a terapia ocupacional**

Embora se considere importante a estratégia emergencial de formação das equipes de saúde para o enfrentamento do crescente número de casos de crianças acometidas pela Síndrome Congênita do Zika e suas consequências, faz-se necessária uma ponderação em relação à estruturação dos serviços de Intervenção Precoce praticada no Brasil.

Partindo de uma análise crítica à luz das recomendações internacionais de boas práticas, observa-se que o tipo de atenção oferecido pelos serviços permanece adotando “práticas voltadas à estimulação de habilidades, através do emprego de abordagens clínicas, com enfoque centrado na criança e estruturadas a partir de um modelo reabilitativo de cuidado” (Marini, Lourenço & Della Barba, 2017, s/n) e nos quais a participação da família permanece limitada à intervenção (Bolsanello, 2003). Neste sentido, Hansel (2012, p. 27) aponta que os registros documentais nacionais “ainda são poucos e incipientes para serem tomados como referenciais de reflexão e discussão sobre a temática”.

No cenário internacional, tem-se um panorama diferente do brasileiro acerca das ações do monitoramento do desenvolvimento infantil, pois as legislações de IP evoluíram em consonância com os avanços do conhecimento científico na área, produzindo efeitos positivos sobre a prestação dos serviços. O termo Intervenção Precoce, usado com iniciais maiúsculas, envolve um sistema amplo com fluxo determinado, que vai desde a identificação de riscos, o monitoramento do desenvolvimento e inclui também procedimentos de estimulação da criança, mas com forte ênfase no apoio às famílias (Franco, 2007). No Brasil não encontramos uma legislação específica e abrangente sobre as ações direcionadas ao Desenvolvimento Infantil, o que consequentemente, constitui-se como uma barreira para a implementação de práticas de IP que se aproximem daquelas recomendadas internacionalmente.

Nesse contexto, o estudo aprofundado das questões relativas à Intervenção Precoce no contexto brasileiro evidencia fragilidades que se referem até mesmo à adoção de uma terminologia adequada ao campo, observando-se o emprego dos termos Intervenção Precoce e estimulação precoce como sinônimos, mesmo em documentos nos quais se propõe a padronização pelo último termo, como no caso das diretrizes<sup>16</sup>. No âmbito dessa diretriz, a adoção dessa expressão é justificada a partir da derivação da tradução de termos da língua inglesa e espanhola, como “Early Stimulation” e “Estimulación Temprana”, sendo considerada a “mais adequada para esses fins” (Brasil, 1996, p. 11).

Outro ponto crítico para a estruturação dos serviços diz respeito às composições e abordagens definidas para as equipes de Intervenção Precoce, em relação ao qual, se analisadas e comparadas as Diretrizes Educacionais para a Estimulação Precoce de 1996 (Brasil, 1996) e as Diretrizes de Estimulação Precoce de 2016 (Brasil, 2016b), observa-se o retrocesso de uma proposta transdisciplinar para interdisciplinar. Problemas são identificados ainda no âmbito das especificidades profissionais, os quais possivelmente relacionam-se à formação básica e continuada.

Mesmo levando em conta a importância do compartilhamento de saberes em prol de um objetivo comum voltado às crian-

ças e famílias na IP, identifica-se a necessidade de delinear a especificidade da Terapia Ocupacional no âmbito da IP. Temos visto que o terapeuta ocupacional é um profissional competente para compor equipes de IP. Entretanto, não são claras as ações específicas desse profissional e muitas vezes essas são citadas como comuns a outros profissionais da equipe.

Por essa perspectiva e fazendo uma análise crítica sobre os delineamentos teóricos e práticos direcionados à Terapia Ocupacional no âmbito das diretrizes e no módulo de estimulação precoce do curso supracitado, alguns elementos merecem destaque. O primeiro deles é o lugar que o terapeuta ocupacional desempenha nas ações previstas de estimulação precoce. O referido curso implantado pelo Ministério da Saúde destaca frequentemente o terapeuta ocupacional como apto a compor a equipe multiprofissional, porém as unidades temáticas ministradas por esse profissional são restritas a funções manuais, estimulação visual e tecnologias assistivas, áreas que também podem ser interdisciplinares.

Situação semelhante pode ser observada a partir da análise do documento das Diretrizes de Estimulação Precoce no qual, dentre as estratégias de estimulação, são apresentadas especificações a respeito do trabalho do terapeuta ocupacional no que se refere ao uso de tecnologias assistivas e adaptações para Atividades da Vida Diária e para o brincar. Neste sentido, o documento aponta que “o Terapeuta Ocupacional é o profissional da equipe que se responsabiliza pela prescrição, confecção e treino do uso de tais recursos em parceria com o paciente, familiares e demais membros da equipe” (Brasil, 2016b, p. 108) e ainda que “cabera ao terapeuta ocupacional adaptar o brinquedo às condições motoras e manuais da criança, buscando acessibilidade à criança com alterações neuropsicomotoras” (Brasil, 2016b, p. 112), demonstrando a delimitação restrita relacionada às suas práticas específicas.

Tendo em vista tal lacuna no delineamento das ações específicas da Terapia Ocupacional, apresentam-se a seguir algumas considerações de forma a colaborar com a ampliação do conhecimento sobre as especificidades desse profissional no âmbito das equipes de Intervenção Precoce.

### **Especificidades da atuação do terapeuta ocupacional em intervenção precoce**

Para reflexão acerca das contribuições do terapeuta ocupacional no âmbito da IP, parte-se do pressuposto que seu domínio é “alcançar a saúde, bem-estar e participação na vida por meio do envolvimento na ocupação” (Cavalcanti, Dutra & Elui, 2015, p. 03).

A ocupação constitui parte significativa do ser humano, e representa uma área específica do seu comportamento, trazendo e/ou reafirmando o sentido da vida de uma pessoa. As

crianças, assim como os adultos, tendem a organizar seu cotidiano a partir do engajamento em ocupações, como o sono, atividades de vida diária, educação, cuidados com a saúde e atividades sociais, lazer e brincar (Nunes, Figueiredo, Della Barba & Emmel, 2013).

Tomando tais concepções como fundamento da especificidade da Terapia Ocupacional, pode-se refletir sobre o entendimento de desenvolvimento infantil adotado por esse profissional nas práticas de IP e a importância atribuída à sua promoção.

Emmel (2015) utiliza o termo desenvolvimento ocupacional para justificar que o desenvolvimento humano é caracterizado pelo aprendizado, periódico e de progressiva complexidade, de ocupações pelas crianças. O exemplo mais evidente desse conceito pode ser observado por meio do brincar enquanto ocupação. Pode-se perceber que o brincar das crianças passa a envolver habilidades cada vez mais complexas ao longo do seu desenvolvimento. Esse aumento de complexidade remete à crescente aquisição de habilidades por meio dessa mesma ocupação, do brincar.

Por isso, consideram-se as ocupações meios e fins das intervenções em Terapia Ocupacional, visto que se tem como objetivo de intervenção o envolvimento na ocupação do brincar para a promoção do desenvolvimento infantil, e, ao mesmo tempo, esse envolvimento produz aquisições neuropsicomotoras que favorecem o engajamento ocupacional no brincar. Dessa forma, as vivências do cotidiano relacionadas ao ambiente que a criança frequenta propiciam experiências de amadurecimento no decorrer do desenvolvimento (Cavalcanti, Dutra & Elui, 2015).

Nessa perspectiva, Copetti & Krebs (2004) descrevem que o processo de desenvolvimento infantil é resultante da interação entre a criança engajada em ocupação, em interação com os ambientes que frequenta, de modo que os elementos “criança” e “contexto” se apresentam não apenas como fatores que se somam, mas que interagem entre si, consolidando habilidades de desempenho e caracterizando o desenvolvimento. Assim, os contextos cotidianos de um sujeito funcionam como mediadores do processo de desenvolvimento (Emmel, 2015).

Desse modo, as habilidades e competências do terapeuta ocupacional para a utilização do brincar na IP visando a promoção do desenvolvimento infantil são significativas, diante deste *know-how* relacionado à compreensão do brincar enquanto ocupação significativa e orientadora do cotidiano infantil.

Nesse sentido, cabe refletir sobre as experiências cotidianas que são oferecidas a bebês e crianças pequenas por parte de seus pais e outros cuidadores, no contexto de atividades de aprendizagem que ocorrem na vida dessas crianças e que

promovem a aquisição de comportamentos competentes, modelando e influenciando suas interações sociais, com as pessoas, objetos e contextos (Dunst, Trivette & Hamby, 2010).

A abordagem centrada na família tem se mostrado um subsídio teórico consistente e coerente com práticas de TO, a partir da compreensão do desenvolvimento infantil enquanto um desenvolvimento ocupacional.

Assim, as oportunidades de desenvolvimento infantil mediadas pela família e apresentadas para as crianças em seus ambientes naturais ilustram estratégias de promoção do desenvolvimento ocupacional, que podem compor programas de

IP, tornando as práticas recomendadas a terapeutas ocupacionais das Diretrizes de Estimulação Precoce do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia (PNEM), pouco informativas diante das possibilidades de atuação do terapeuta ocupacional nesse contexto. A Tabela 1 apresenta uma comparação entre as diretrizes do PNEM para a atuação do terapeuta ocupacional e as práticas recomendadas para a Intervenção Precoce na infância, baseadas em documentos internacionais que têm adotado a abordagem centrada na família (Carvalho *et al*, 2016; Shonkoff & Meisels, 2000; Pimentel, Gronita, Matos, Bernardo & Marques, 2009).

	<b>Recomendações para a prática clínica da TO dentro das Diretrizes do PNEM</b>	<b>Recomendações de Boas Práticas clínicas para a TO no contexto da IP</b>
Público- alvo	Crianças de 0 – 3 anos com Microcefalia ou outras deficiências	Crianças de 0 – 6 anos com atraso ou risco para o desenvolvimento e suas famílias
Contextos	Atenção Básica (unidades básicas de saúde, Saúde da Família e Núcleos de Apoio à Saúde da Família/Nasf) e da Atenção Especializada (Atenção Domiciliar, Hospitalar, Ambulatórios de Especialidades e de Seguimento do Recém-Nascido, e Centros Especializados em Reabilitação)	Contextos naturais (domicílio, creches, escolas de educação infantil e comunidade), Atenção Básica, Atenção Especializada
Papel do profissional	Perito decisor	Facilitador
Papel das famílias	Receptores passivos de orientações e serviços	Participantes ativos/ decisores
Objetivos/resultado	Desenvolvimento neuropsicomotor da criança	Prevenção/ desenvolvimento global da criança/ empoderamento e capacitação da família
Trabalho em equipe	Multiprofissional/ Interdisciplinar	Transdisciplinar com inclusão da família como parte da equipe
Estrutura organizacional	Setorial e com articulação pontual entre os setores/ oferta de serviços fragmentados	Intersetorial, com base comunitária e serviços integrados
Filosofia da IP	Centrada na criança e baseada em déficits neuropsicomotores, sensoriais, linguagem e interação social	Centrada na família e baseadas nas forças e potencialidades

**Tabela 1:** Recomendações das Diretrizes do PNEM X Recomendações de Boas Práticas\*

\* Baseadas nas práticas recomendadas em Intervenção Precoce na infância da Associação Nacional de Intervenção Precoce – ANIP, Portugal.

As possibilidades de ampliação das intervenções do terapeuta ocupacional descritas no quadro 1 são condizentes com as práticas de IP realizadas em países como Estados Unidos, Portugal e Espanha, onde o modelo de atenção tem mudado de um trabalho centrado nos objetivos dos profissionais para um modelo centrado nas necessidades das famílias, caracterizado por uma perspectiva de intervenção que busca enfatizar as forças da unidade familiar, e não em seus déficits; que empodera a família para realizar escolhas e controlar os recursos desejados para a promoção do desenvolvimento da criança, com base no desenvolvimento de uma relação de colaboração entre pais e profissionais (Shonkoff & Meisels, 2000). Essa abordagem reconhece tal relação como um dos pilares das práticas centradas na família, de modo que o conhecimento profissional especializado dos membros da equipe se mostra integrado para que a família possa dispor de um serviço mais completo e eficaz (Bruder & Dunst, 2005; Moore & Larkin, 2005).

Para além das adaptações para as Atividades de Vida Diária, prescrição, confecção e treino do uso de recursos para participação nestas ou em atividades do brincar, o terapeuta ocupacional no âmbito da IP –na sua forma mais abrangente como aqui discutido– pode atuar em três eixos que, com base no modelo centrado na família, assumem um caráter de interdependência: criança, família e ambiente/contextos (Carvalho *et al.*, 2016).

No que diz respeito a atuação direta com a criança o terapeuta ocupacional tem em sua especificidade a promoção do desenvolvimento global da criança por meio da ocupação do brincar, que é considerado para a Terapia Ocupacional a principal ocupação da criança, e que vê neste um instrumento potencializador de ganhos neuropsicomotores, sensoriais, interação social e cognitivos.

A aquisição de tais ganhos tem como referência o desenvolvimento típico, respeitando sempre as características individuais de cada criança e utilizando as potencialidades que seu ambiente natural oferece como uma das muitas estratégias de intervenção. Assim, a promoção do desenvolvimento global e a participação em ocupações típicas para o período do ciclo vital que a criança vivencia são alcançadas de forma lúdica, individualizada e “sob medida” (Carvalho *et al.*, 2016). Além disso, o terapeuta ocupacional busca e avalia estratégias para aquisição de habilidades que resultem em independência nas Atividades de Vida Diária (alimentação, vestuário, higiene pessoal), Atividades Instrumentais de Vida Diária (mobilidade, locomoção, organização de objetos pessoais, entre outros), Atividades de Lazer e Descanso e para todas as habilidades necessárias à plena participação nos papéis ocupacionais esperados para esse período da vida (aluno, filho, irmão, amigo, entre outros).

No que se refere à parceria com a família, o terapeuta ocupacional pode atuar como um facilitador no processo de reconhecimento de necessidades globais e prioritárias de toda família, assim como auxiliar na identificação de potencialidades e estratégias que a permitam buscar soluções para suas demandas, aumentando consequentemente a Qualidade de Vida Familiar.

Vale a pena ressaltar que “necessidades da família” como aqui discutidas, referem-se à identificação de ausência de apoio para a realização de uma tarefa que é importante para toda a família (Chum-Chiu, Turnbull & Summers, 2013) e que Qualidade de Vida Familiar, de acordo com Zuna, Summers, Turnbull, Hu e Xu (2010), é uma percepção dinâmica do bem-estar da família, subjetivamente e coletivamente definidos e informados por seus membros, em que as necessidades de nível individual e familiar interagem.

A oferta de *suporte informacional* (diagnóstico, quadro clínico, estratégias para o cuidados diário e manejos com a criança, benefícios financeiros e direitos), de *suporte emocional* (escuta qualificada, descoberta de potencialidades, apoio para busca de estratégias de alívio de stress e promoção de sentimentos positivos) e de *suporte logístico e de organização* (apoio para organização de rotina da família e da criança –horários fixos para atividades como mamadas/refeições, banhos, terapias, passeios, etc...), também são exemplos do leque de possibilidades que o terapeuta ocupacional dispõe na atuação em parceria com a família no âmbito da IP.

Ressalta-se ainda que nessa parceria, as famílias são atores principais nas tomadas de decisão no que se refere à sua criança (Carvalho *et al.*, 2016).

No tocante ao ambiente/contextos, o terapeuta ocupacional pode atuar com a identificação e mapeamento de redes sociais de apoio formais e informais junto à família, assim como na adaptação de ambientes físicos para maior oferta de estímulos à criança; na identificação de estratégias para a circulação da família e da criança em seus ambientes naturais (família extensa, centros de lazer, casa de amigos, instituições religiosas etc...) e na articulação com os novos atores que vão surgindo no cotidiano da criança (profissionais da saúde, educação, assistência social, arte, cultura e lazer).

Acredita-se que as diversas estratégias acima descritas, bem como a formulação de objetivos de trabalho articulados com o que a criança precisa e o que a família deseja, necessita e prioriza, aliados às estratégias advindas da expertise de cada ator envolvido no processo de IP (família, pessoas da comunidade e prestadores de serviço), resultam em verdadeiros impulsionadores das aquisições de habilidades da criança para a vida em sociedade, minimização de estigmas e preconceitos, capacitação da família para o cuidado com sua criança e resolução de seus conflitos e necessidades e ainda, para sua



maior autonomia, bem-estar e qualidade de vida, tanto no âmbito individual quanto no âmbito coletivo.

### Considerações finais

diante do exposto, ao refletir sobre o desenvolvimento de estratégias de atenção às crianças com Síndrome Congênita do Zika Vírus e suas famílias, observa-se a necessidade de ampliar a discussão sobre as ações e pesquisa no campo da Intervenção Precoce. Constatou-se escassa publicação nacional sobre o tema, sendo que em outros países os movimentos de mudança nas ações de intervenção precoce se deram em consonância entre a produção de conhecimento científico e ações de caráter empírico, resultando em uma grande discussão sobre os direitos das crianças e famílias a receberem a intervenção no momento em que necessitam.

Observa-se que o modelo de IP com enfoque na reabilitação e na deficiência da criança é predominante no Brasil, sendo que em outros países este é ampliado para uma visão de empoderamento e voltado às necessidades familiares.

Finalmente, ressalta-se a necessidade de apropriação desses elementos pelo terapeuta ocupacional que atua nas equipes de IP, pois a profissão tem em sua essência elementos fundamentais para uma prática mais ampliada do que a que temos presenciado, como os modelos de parceria, a aprendizagem a partir do feedback das famílias e o conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e o desenvolvimento ocupacional. ■

[Recibido: 27/04/18 - Aprobado: 28/05/18]

### Referências bibliográficas

- Bolsanello, M.A. (2003) Concepções sobre os procedimentos de intervenção e avaliação de profissionais em estimulação precoce. *Educar* [periódico online], 22: 343-55. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/educar/article/view/2185/1837>
- Brasil. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Especial. *Diretrizes Educacionais sobre Estimulação Precoce*. 1996 [acesso em 28 nov 2015]. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/me002557.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e febre pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 52. *Bol Epidemiol.*, 47(3):1-10, 2016. [acesso em 30 nov 2015]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/svs/boletim-epidemiologico>
- Brasil. Ministério da Saúde. Ambiente Virtual de Aprendizagem Do Sus (AVASUS). *Módulo: Estimulação precoce*. s.d. [acesso em 14 jan 2016]. Disponível em: [www.avasus.ufrn.br/login/index.php](http://www.avasus.ufrn.br/login/index.php)
- Brasil. Ministério da Saúde. *Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika*. 2015 dez 10 [acesso em 13 set 2016]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/09/Microcefalia---Protocolo-de-vigilancia-e-resposta---vers-o-1---09dez2015-8h.pdf>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Diretrizes de Estimulação Precoce: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia*. 2016b [acesso em 2016 nov 11]. Disponível em: <http://combateades.saude.gov.br/pt/profissional-e-gestor/orientacoes/140-diretrizes-de-estimulacao-precoce-criancas-de-zero-a-3-anos-com-atraso-no-desenvolvimento-neuropsicomotor-decorrente-de-microcefalia>
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika*. 2016c [Acesso em 2016 out 25]. Disponível em: <http://combateades.saude.gov.br/images/sala-de-situacao/Microcefalia-Protocolo-de-vigilancia-e-resposta-10mar2016-18h.pdf>
- Brasil. Portal da Saúde. *CDC reconhece relação do vírus Zika e microcefalia* [internet]. Brasília; 2016d. [acesso em 26 abr 2016]. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/23254-cdc-reconhece-relacao-do-virus-zika-e-microcefalia>.
- Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando seres humanos mais humanos*. ARTMED.
- Bruder, M.B.; Dunst, C.J. (2005). Personnel preparation in recommended early intervention practices: Degree of emphasis across disciplines. *Top Ear Child Spec Edu*; 25: 25-33.
- Carvalho, L.; Almeida, I.C.; Felgueiras, I.; Leitão, S.; Boavida, J.; Santos, P.C. (2016). *Práticas recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: um guia para profissionais*. Coimbra: Associação Nacional de Intervenção Precoce.
- Cavalcanti, A.; Dutra, F.C.M.S.; Elui, V.M.C. (2015). Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo. 3ª ed. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo* [periódico online]; 26(ed. esp.):1-49. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/97496>
- Chum-Chiu, Y.; Turnbull, A. P.; Summers, J. A. (2013). What Families Need: Validation of the Family Needs Assessment for Taiwanese Families of Children with Intellectual Disability and Developmental Delay. *Res Prac Pers Sever Disab*, 38(4): 247-258.
- Copetti, F.; Krebs, R. (2004). As propriedades da pessoa na perspectiva do paradigma ecológico. In: Koller, S. *Ecologia do desenvolvimento humano: pesquisa e intervenção no Brasil* (pp. 67-89). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Della Barba, P.C.S.; Martinez, C.M.S.; Carrasco, B.G. (2003). Promoção da Saúde e Educação Infantil: caminhos para o desenvolvimento. *Paidéia*, 13: 141- 46.
- Dunst, C.J.; Trivette, C.M.; Hamby, D.W. (2010). Meta-analysis of the effectiveness of four adult learning methods and strategies. *International Journal of Continuing Education and Lifelong Learning*, 3(1): 91-112.

- Eickmann, S.H.; Carvalho, M.D.C.G.; Ramos, R.C.F.; Rocha, M.A.W.; Van Der Linden, V.; Silva, P.F.S. (2016). Síndrome da infecção congênita pelo vírus Zika. *Cad. Saúde Pública* [periódico online], 32 (7): 1-3. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n7/1678-4464-csp-32-07-e00047716.pdf>
- Emmel, M.L.G. (2015). Desenvolvimento Ocupacional da criança. In: Joaquim, R.H.V.T.; Della Barba, P.C.S.; Albuquerque, I. *Desenvolvimento da criança de zero a seis anos e a Terapia Ocupacional*. (pp. 39-48). São Carlos: EdUFSCar, 2015. (Série Apontamentos).
- Franco, V. (2007). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce. *Inter Psicologia* [periódico online], 11(1): 113-21. Disponível em: [http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/1331/1/Dimens%C3%B5es%20\(publicado\).pdf](http://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/1331/1/Dimens%C3%B5es%20(publicado).pdf)
- Freitas, A.R.R.; Angerami, R.N.; Von Zuben, A.P.B.; Donalisio, M.R. (2016). Introduction and transmission of zika virus in Brazil: new challenges for the Americas. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*, 58:24.
- Hansel, A.F. (2012). *Estimulação precoce baseada em equipe interdisciplinar e participação familiar: concepções de profissionais e pais* [tese]. Curitiba: Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná.
- Marini, B.P.R.; Lourenço, M.C.; Della Barba, P.C.S. (2017). Revisão sistemática integrativa da literatura sobre modelos e práticas de Intervenção Precoce no Brasil. *Revista Paulista de Pediatria*. Forthcoming.
- Moore, T.; Larkin, H. (2005). "More than my child's disability" – A comprehensive literature review about family-centred practice and family experiences of early childhood intervention services. Glenroy: Scope (Vic) Ltd.
- Nunes, F.; Figueiredo, M.; Della Barba, P.C.S.; Emmel, M.L.G. (2013). Retratos do cotidiano de meninos de cinco e seis anos: a atividade de brincar. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar* [periódico online], 21(2): 275-287. Disponível em: <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/814>
- Pimentel, J.S.; Gronita, J.; Matos, C.; Bernardo, A.C.; Marques, J.M. (2009). *E quando atendemos crianças diferentes*. Lisboa: Jorge Fernandes Ltda.
- Shonkoff, J.P.; Meisels, S.J. (2000). *Handbook of Early Childhood Intervention*. 2 ed. Nova York: Cambridge University Press.
- Zeppone, S.C.; Volpon, L.C.; Del Ciampo, L.A. (2012). Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. *Rev. Paul. Pediatr* [periódico online], 30(4): 594-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n4/19.pdf>
- Zuna, N. I.; Summers, J. A.; Turnbull, A. P.; Hu, X.; Xu, S. (2010). Theorizing About Family Quality of Life. In R. Kober (Ed.), *Enhancing the Quality of Life of People with Intellectual Disability. From Theory to Practice*, 241-278. Springer: Springer.

---

**Cómo citar este artículo:**

da Silva Campos Folha, D., Pereira Ricci Marini B., Nunes A. C. y de Souza Della Barba P. C. (2018). Terapia Ocupacional y la atención a niños con Síndrome Congénito de Zika Vírus en la perspectiva de la Intervención Temprana. *Revista Argentina de Terapia Ocupacional*, 4 (1) 30-39.