

# O CAMPO DA TERAPIA OCUPACIONAL NA CLÍNICA DA INTERVENÇÃO PRECOCE <sup>1</sup>

**Magali Filheiro<sup>2</sup>, Tamara Grando<sup>3</sup>, Dani Laura Peruzzolo<sup>4</sup>**

<sup>1</sup> Monografia de Conclusão do Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Santa Maria

<sup>2</sup> Aluna do Curso de Mestrado em Desenvolvimento e Políticas Públicas, Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, magali.filheiro23@gmail.com. Cerro Largo, RS, Brasil.

<sup>3</sup> Enfermeira da 14ª Coordenadoria Regional de Saúde, Secretaria Estadual da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS), tamara-grando@saude.rs.gov.br ? Santa Rosa/RS/Brasil.

<sup>4</sup> Professora Orientadora. Doutora em Distúrbios da Comunicação Humana. Curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Santa Maria ? UFSM, danilaura8@gmail.com. Santa Maria, RS, Brasil.

## Resumo

**Introdução:** A clínica em intervenção precoce vem qualificando-se no atendimento de bebês entre zero e três anos, conduzida por um terapeuta único e sustentada por uma equipe interdisciplinar. Atualmente, a Terapia Ocupacional passou a compor esta equipe, contribuindo para a qualificação dos atendimentos. **Objetivo:** situar o campo de saber da terapia ocupacional, na clínica em intervenção precoce, apoiada por uma equipe interdisciplinar. **Resultado:** A Terapia Ocupacional possui um roteiro de avaliação no formato de uma entrevista semi-estruturada, que contempla informações relativas ao perfil do bebê através dos dados familiares, diagnóstico, histórico de gestação, histórico clínico, assim como os componentes da avaliação: questões psicomotoras, questões cognitivas, questões psíquicas e questões do cotidiano. **Conclusão:** identificou-se que o campo de saber do terapeuta ocupacional na clínica de intervenção precoce, apoiado interdisciplinarmente, é o sujeito e seu cotidiano, como espaço para produções motoras, cognitivas e psíquicas, considerando as relações familiares.

## INTRODUÇÃO

A clínica em intervenção precoce, também conhecida como estimulação precoce surgiu no Brasil na década de setenta e vem qualificando-se como uma disciplina específica para o atendimento de bebês entre zero e três anos, aproximadamente. Para isso, vem buscando aportes teóricos, baseados na defesa de que o terapeuta em intervenção precoce deve ser um especialista em bebês que apresentem dificuldades em seu desenvolvimento (CORIAT, 1997). As Diretrizes de Estimulação Precoce para crianças de zero a três anos, com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (2016), definem:

A estimulação precoce (EP), como abordagem de caráter sistemático e sequencial, utiliza técnicas e recursos terapêuticos capazes de estimular todos os domínios que interferem na maturação da criança, de forma a

favorecer o desenvolvimento motor, cognitivo, sensorial, linguístico e social, evitando ou amenizando eventuais prejuízos (BRASIL, 2016 b, p 81).

Por ser um atendimento tão específico, busca aprofundar os estudos em relação ao desenvolvimento, destacando a compreensão sobre o processo de amadurecimento neurológico do bebê (CORIAT, 2001) e também quanto às questões relativas a construção do conhecimento (PIAGET, 1975) e à constituição psíquica (FREUD, 1996, LACAN, 2001, WINNICOTT, 1975). Estes estudos foram sendo agregados aos de neurociência (GONÇALVES, 2009), ampliando a formação dos profissionais e qualificando o tratamento oferecido aos bebês e seus pais.

Segundo Coriat e Jerusalinsky (1997. p. 72) a intervenção precoce é uma “técnica que tem por objetivo apoiar à criança no desenvolvimento de seus aspectos instrumentais”. Porém os autores também afirmam a necessidade de o profissional apoiar-se em outras disciplinas que dêem sustentação às questões “estruturais” do desenvolvimento.

Sabe-se que os primeiros anos de vida de uma criança é um período em que ocorre o desenvolvimento de habilidades cognitivas, físicas, sociais e afetivas, as quais podem ser afetadas positivamente, por meio de um ambiente que favoreça a estimulação, ou negativamente, por diversos fatores de risco (BRASIL, 2016a, p.16).

Atualmente esta intervenção está sendo defendida como uma abordagem construída a partir de aportes interdisciplinares. Segundo Vilela e Mendes (2003 apud SILVA; SANTORO, 2006), a interdisciplinaridade é a substituição de uma concepção fragmentária para uma concepção unitária do ser humano. Isto permite uma prática clínica conduzida por um terapeuta único e não mais através de múltiplos atendimentos.

Este profissional passa a ser o terapeuta de referência do caso, escolhido pela equipe, após a avaliação que identificará qual o maior obstáculo para o desenvolvimento do bebê (JERUSALINSKY, 2009). O terapeuta único deve estar trabalhando em uma equipe interdisciplinar, que permite “colocar seu saber específico a serviço da situação psíquica, orgânica e cognitiva, na qual o bebê se encontra, e reconhecer a cada passo os limites de seu saber (...)” (JERUSALINSKY, 1997), para indicar e acompanhar a entrada de outras disciplinas necessárias ao caso.

Nessa perspectiva o terapeuta é o profissional responsável pelo acompanhamento do desenvolvimento infantil desse bebê, assim como das demandas familiares, pois, um trabalho precoce de equipe interdisciplinar também deve auxiliar as famílias a compreender a patologia como algo menos assustador e promover uma mais adequada relação mãe-bebê. Segundo Molina (1998), a relação afetuosa dos primeiros contatos corporais entre a mãe e o bebê é o lugar para a constituição deste.

Algumas experiências (PERUZZOLO, 2009, MEDEIROS; MASCARENHAS, 2010, KUDO et al, 2012) têm apontado um campo importante para a atuação da Terapia Ocupacional na clínica com bebês, principalmente porque é um profissional que transita muito facilmente pela interdisciplina (GALHEIGO, 1999) e porque possui uma articulação com o brincar como campo para a construção de experiências familiares e do cotidiano (TAKATORI, 2012).

Segundo Takatori, Bomtempo e Benetton (2001) um bom programa de reabilitação por parte da Terapia Ocupacional na assistência às crianças prevê um olhar para as questões do desenvolvimento motor, da socialização, da inclusão escolar, do acompanhamento da família e, sobretudo, para o brincar, que deve ser presença constante na clínica. Assim, a assistência em terapia ocupacional contribui para que o indivíduo reconheça e seja reconhecido, a partir de sua singularidade, nas suas relações cotidianas (TAKATORI, 2012).

Considerando a importância da clínica em intervenção precoce, os cursos de Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) criaram este serviço através de um Programa de Extensão denominado “Detecção e Estimulação Precoces: uma perspectiva interdisciplinar” (FLEX nº 028955) que reúne profissionais e alunos de graduação e de pós-graduação dos cursos de fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia e psicologia, compondo a equipe interdisciplinar.

Durante os dois primeiros anos desta experiência, muitas questões foram produzidas tanto com relação à clínica de bebês, quanto à construção da interdisciplinaridade e do terapeuta único. Um dos pontos de discussão que tem demandado estudo da equipe é a definição de qual profissional assumirá como terapeuta único (de referência) no caso discutido.

A partir dessa demanda, a equipe procurou meios para reconstruir o campo de saber individual, considerando o saber do outro coletivo, buscando analisar a sua prática clínica em intervenção precoce, a partir das cenas terapêuticas e das reuniões interdisciplinares, através de estudos de caso e interconsultas.

Durante o primeiro semestre de 2013, foi possível acompanhar o percurso da Terapia Ocupacional na construção de sua clínica interdisciplinar com bebês no Programa. Isso permitiu identificar o perfil do paciente atendido e analisar os recursos teórico-práticos utilizados durante a avaliação em Terapia Ocupacional na busca para situar seu campo de saber na intervenção precoce em uma equipe interdisciplinar.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa. Os dados foram gerados a partir de análise de prontuário (LUDKE; ANDRÉ, 1986) e da observação de atendimentos e de supervisões clínicas do tratamento de bebês em intervenção precoce, onde o terapeuta ocupacional era o terapeuta único (de

referência).

Para isso fez-se uso de registros em diário de campo que permitiu detalhar os acontecimentos durante as observações (VICTORA, 2000). Através desse método, foi possível obter um conhecimento mais aprofundado sobre o perfil do paciente atendido pela terapia ocupacional na clínica de intervenção precoce, assim como, sobre a forma de avaliação dos mesmos.

A população alvo desta pesquisa foram oito pacientes atendidos pelos terapeutas ocupacionais, dos vinte e um acompanhados pela equipe interdisciplinar, na idade de zero a quatro anos, através do Programa “Detecção e Estimulação Precoces: uma Perspectiva Interdisciplinar”, sob nº FLEX 028955, no Núcleo de Reabilitação Neurofuncional Pediátrico na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

Esta pesquisa recebeu aprovação pelo Comitê de Ética da UFSM, sob o número do CAAE 16500013.9.0000.5346, que garantiu os cuidados éticos com as informações coletadas.

## **RESULTADOS**

O Programa não possui, até o momento, um instrumento único para avaliação. Cada núcleo profissional possui o seu roteiro que tenta contemplar questões interdisciplinares para serem discutidas nas reuniões de apresentação de caso.

A Terapia Ocupacional possui um roteiro de avaliação no formato de uma entrevista semi-estruturada, que guia o terapeuta ocupacional em suas entrevistas iniciais de modo a produzir um raciocínio clínico sobre o contexto apresentado pelos pais e pelo bebê. Segundo a proposta do programa, a oferta de um espaço de diálogo entre os pais, o bebê e o terapeuta é essencial para que o profissional capte o que de singular existe no contexto familiar, fato que não seria assimilado a partir do preenchimento de protocolos com questões fechadas. Este roteiro contempla informações relativas ao perfil do bebê através dos dados familiares, diagnóstico, histórico de gestação, histórico clínico, assim como os componentes da avaliação: questões psicomotoras, questões cognitivas, questões psíquicas e questões do cotidiano.

### **Perfil do paciente**

A partir da análise documental dos oito pacientes atendidos, identificou-se que a idade média dos pacientes, ao chegar à clínica, foi de 10 meses, o de menor idade foi de cinco meses e o de maior idade foi de um ano e sete meses. Destes oito pacientes, três são de sexo feminino e cinco de sexo masculino. Cinco são de Santa Maria e três de outras cidades. O paciente que está a mais tempo em atendimento com a terapia ocupacional é de dois anos e o de menos tempo tem dois meses.

Quanto ao diagnóstico e/ou problemática destaca-se a paralisia cerebral e a cegueira devido à retinopatia por prematuridade, tendo também um paciente com Síndrome de Down, um com síndrome de West e outro com um quadro de agitação psicomotora.

Em relação ao histórico de gestação e clínico destacam-se as seguintes informações: das oito gestantes, seis realizaram o pré-natal, onde não foram detectadas anormalidades. Seis gestantes tiveram complicações no parto e por isso seus filhos foram internados em unidade de tratamento intensivo logo após o nascimento, incluindo mães que também permaneceram hospitalizadas.

Quanto ao contexto familiar observa-se que está marcado pela composição familiar (pai, mãe, irmão), onde sete das mães administram as tarefas domésticas e os cuidados com o filho, enquanto que todos os pais trabalham. Esse contexto faz com que sejam as mães que se responsabilizam por trazer o filho para os atendimentos.

### **Componentes da avaliação da Terapia Ocupacional**

Os componentes presentes no roteiro de avaliação são os seguintes: psicomotor, cognitivo, psíquico e questões do cotidiano.

### **Questões psicomotoras**

Todos os pacientes atendidos pelo terapeuta ocupacional, no programa de intervenção precoce, apresentam atraso em seu desenvolvimento psicomotor. Destes, somente dois meninos não possuem origem neurológica para tal: um menino apresenta uma agitação psicomotora e outro foi diagnosticado como cego. Estas duas características já produzem atraso significativo no desenvolvimento. Os outros bebês apresentam quadros de paralisia cerebral, ou características advindas da Síndrome de Down.

Os terapeutas do programa descrevem o padrão motor do bebê, mas, principalmente, apresentam informações sobre como ele coloca seu corpo em movimento para estabelecer relação com seus familiares e com o meio. Então, identificaram-se no roteiro, observações em relação ao tônus muscular, força, destreza, coordenação, existência de reflexos arcaicos, controle cervical e de tronco, se manipula ou não os objetos, se faz uso bimanual das mãos e ainda, se consegue se sustentar sozinho na posição sentada para brincar.

Observou-se também, que o terapeuta ocupacional busca relatar como os pais interagem com o corpo e como compreendem os gestos do bebê, se percebem e sustentam as iniciativas gestuais de seu filho, mesmo se elas estiverem prejudicadas pela condição motora. Avalia se o bebê encontra alternativas pessoais para vencer as barreiras impostas pela deficiência e se os pais

estimulam o filho a ser um sujeito ativo na relação familiar.

### **Questões cognitivas**

No componente cognitivo o terapeuta ocupacional identifica os conhecimentos do bebê, os recursos que o mesmo possui para colocar-se como sujeito pensante (PINHO, 2006) e também qual a interpretação dos pais quanto ao que o filho sabe. Questões como atenção, concentração, memória; se possui conceito, permanência e trajetória de objeto (PIAGET, 1975), fazem parte da avaliação. Também é descrito o interesse do bebê pelos pais e pelos brinquedos. Avaliam o brincar, destacando se o bebê consegue explorar os brinquedos, se aceita o convite para brincar ou se convida os pais ou terapeuta para tal e, por fim, se constrói recursos de meios e fins (PIAGET, 1975) para resolver pequenos problemas.

Nesse sentido, observou-se que todos os pacientes possuem atraso na estruturação cognitiva, porém em aspectos diferentes. Identificou-se, que a maioria dos pacientes reconhece a família ou a voz desses, o que significa que possuem os primeiros conceitos de objeto, porém estes não avançam muito além da relação familiar. Apenas dois pacientes demonstraram interesse por brinquedos e brincadeiras.

O processo de construção das estruturas de pensamento, da mesma forma que as questões psicomotoras, são interpretadas pelo terapeuta ocupacional, considerando sua "importância fundamental na estruturação do desejo, mola propulsora da curiosidade e do conhecimento" (PINHO, 2006, p. 191). Para isso, os terapeutas do Programa, buscam colocar as informações sobre esta estrutura do pensamento à disposição do filho e dos pais para construir um cotidiano em que o bebê seja compreendido como alguém que tem algo a dizer e a fazer, pois, "de nada adianta construir um aparato lógico sem a existência de um sujeito que possa utilizá-lo de modo significativo em sua vida". (PINHO, 2006, p.191).

Durante a pesquisa, observou-se que os terapeutas ocupacionais do programa necessitam compreender o processo de construção do conhecimento do bebê/criança até os dois anos - período sensório-motor (PIAGET, 1975), considerando a idade dos bebês atendidos. Porém, entendem que, para que o sujeito desenvolva seus aspectos cognitivos é preciso despertar nele o desejo para que sinta vontade de explorar os objetos (JERUSALINSKY, 2009) e de relacionar-se com o meio. Assim, cabe ao terapeuta oferecer aporte instrumental para a realização de atividades que coloquem em questão a construção da inteligência do bebê, sempre considerando a relação com os pais.

### **Questões psíquicas**

Estas questões dão ênfase à identificação de como está a relação entre filho e pais, com destaque

para a relação mãe-bebê e, tem como referencial os conceitos psicanalíticos. Observou-se que dos oito pacientes, quatro possuem mães com dificuldades de superar o impacto do nascimento de um filho deficiente, fazendo com que esta perceba somente a patologia, dificultando o reconhecimento do bebê como filho.

Esta posição familiar, somada às problemáticas do bebê, prejudica a constituição psíquica do bebê, provocando sintomas de desconexão com o meio, dificultando também seu desenvolvimento motor e cognitivo. As outras quatro mães apresentam um discurso e um fazer que está em sintonia com o bebê, armando um diálogo com o mesmo que o coloca em uma posição de quem tem algo a dizer (LASNIK, 2000).

### **Questões do Cotidiano – O Campo de interlocução das questões motoras, cognitivas e psíquicas**

Durante as observações, tanto dos atendimentos quanto das discussões de caso, ficou evidente a dificuldade inicial dos terapeutas ocupacionais em conseguir deslocar os pais do discurso que narra uma rotina, para o que relata as relações e experiências que se armam com seu bebê. Por isso, os relatos nos prontuários, neste item, são relacionados mais com a rotina do que com a interpretação do cotidiano, que só foi construído quando o caso foi estudado e supervisionado. Isto pode estar relacionado com a pouca experiência dos terapeutas ocupacionais, sendo a maioria graduandos e também com a dificuldade dos pais em possuírem alguma parte de seu dia em que esquecem um pouco da patologia e se colocam na posição de pais divertindo-se com seu bebê.

Neste sentido, algumas cenas foram problematizadas durante as supervisões e estudos de caso, o que contribuiu para um melhor entendimento quanto à intenção de que, na compreensão sobre o cotidiano, o terapeuta ocupacional consiga visualizar o bebê e seus pais de uma forma global, tanto nos componentes motores, quanto cognitivos e psíquicos. Então, percebe-se que é na vida diária que o terapeuta ocupacional terá oportunidade de intervir e potencializar as experiências do bebê, para que haja transformação nos componentes citados anteriormente.

A partir das informações colhidas nas avaliações percebe-se que existe uma rotina pré-estabelecida pelos pais, especialmente pela mãe que é cuidadora. O que se destaca na maioria dos relatos dessas mães, é que o bebê não aparece como sendo um parceiro nesta organização. Por conseqüência, este bebê encontra-se em uma posição passiva frente ao toque, à voz, à oferta de brinquedos e à família.

Além disso, é possível identificar um ambiente pobre na oferta de brincadeiras para quase todas as crianças, pois, a maioria das mães precisa realizar as tarefas domésticas, sobrando pouco tempo para dar atenção ao filho durante o dia. Isso acaba limitando as experiências do bebê que, espontaneamente, não consegue produzir ou solicitar algo de seu interesse, como aconteceria se

não houvesse a deficiência.

## **DISCUSSÃO**

Na análise dos pacientes atendidos pela Terapia Ocupacional identificou-se que a maioria das crianças chegam antes de um ano de idade, a maioria de sexo masculino, com diversas problemáticas, sendo que a maior parte dos casos possui alterações neurológicas, apesar de a maioria das mães não apresentarem anormalidade no pré-natal. Os cuidados com os filhos são exercidos especialmente pelas mães, pois todos os pais trabalham fora de casa.

Os componentes presentes no roteiro de avaliação da Terapia Ocupacional são os seguintes: psicomotor, cognitivo, psíquico e questões do cotidiano. Apesar de estes itens estarem separados, o sujeito é interpretado como um todo. Essa separação se deve à necessidade de ajudar o terapeuta ocupacional e aluno da graduação ou da pós-graduação, a identificar itens importantes a serem considerados na avaliação e no plano de tratamento, como indicativos de quanto o bebê e sua família possuem recursos para contribuir no desenvolvimento do mesmo a partir do seu cotidiano.

No enfoque psicomotor, o corpo se apresenta não só como instrumento, mas também como corpo imaginário e simbólico. Tem-se, assim, segundo Jerusalinsky (1999 apud MAGALHÃES, 2006, p.10), “um corpo instrumental, vinculado à realidade corporal: o esquema corporal. Por outro lado, um corpo imaginário, determinado inconscientemente em relação com o desejo: a imagem corporal”.

Os conceitos de psicomotricidade afirmam que para que o bebê saia de um quadro de passividade por questões motoras, por exemplo, ele precisa desejar ser um sujeito ativo na relação com seus familiares, com isso buscará meios de quebrar seu padrão motor e colocar seu corpo em movimento. Jerusalinsky (2009, p.48) afirma que o trabalho de reabilitação “não é o de um músculo, senão de reabilitação do desejo que inerva, envolve e significa o nosso corpo”.

Assim, O terapeuta ocupacional acompanha e intervém na produção de experiências familiares na busca para encontrar novas formas de adaptação à vida (TAKATORI, 2012), tanto dos pais quanto do bebê. À medida que os pais vão relatando e demonstrando as atividades de vida diária que envolve ou não o bebê e como brincam com o filho, o terapeuta ocupacional vai encontrando espaços para problematizar a relação e para oferecer a possibilidade de transformá-la em cenas que potencializem o reconhecimento do bebê sobre si (esquema corporal) e sobre o outro familiar (imagem corporal).

Considerando os aspectos cognitivos, a Terapia Ocupacional busca desenvolver a construção da inteligência, através do brincar e das atividades de vida diária, em um campo de experimentação

do fazer criativo, levando em conta suas possibilidades, propondo desafios que proporcionem experiências e favoreçam sua constituição (TAKATORI, 2012). Então o terapeuta ocupacional está no lugar de quem ajuda o bebê e os pais a criarem um novo fazer, mesmo com os limites motores e cognitivos. Para isso, o terapeuta entra na cena para “propor, fazer junto, mostrar, ajudar, explicar atividades ao paciente” (TAKATORI, 2012, p.93), favorecendo a construção de novos conhecimentos.

Quanto à questão psíquica, quando nasce um bebê com alguma alteração biológica, algo que é distante do que os pais esperavam, é possível que haja uma “fratura das funções parentais” (CORIAT, H., 1997). O terapeuta poderá identificar pais com sentimentos de incertezas, medos e com dificuldades em reconhecer o bebê como filho.

Tais sentimentos podem produzir ruptura na relação familiar, principalmente na relação mãe-bebê. A não existência de um investimento que transcenda os cuidados funcionais e que assuma também uma posição de apaixonamento pelo filho, pelos seus gestos, pela sua voz, pelo seu olhar, pelo seu choro, poderá dificultar ou impedir que o bebê organize suas funções estruturais e instrumentais (BRANDÃO et al., 1990) para dialogar com sua mãe, dificultando ainda mais a construção dessa relação.

Quando não existe uma boa relação mãe-bebê, que é o caso de algumas famílias, envolvidas nessa pesquisa, o terapeuta ocupacional precisa intervir e assim ajudar os pais, como diz, Molina (1998, p.12) “a ressignificar esta experiência parental de destituição narcísica tão prematura”. Ao mesmo tempo é preciso ajudar o bebê, levando em conta seus aspectos motores e cognitivos, a conseguir oferecer, também, aos seus pais momentos de júbilo por suas aquisições.

Assim, o terapeuta ocupacional recoloca-se na cena para ajudar os pais a tomarem os fazeres como, por exemplo, tocar, comer, limpar, aquecer, acalmar, pensando assim num fazer constituinte do sujeito (PERUZZOLO, 2009), tornando essas atividades de vida diária, um fazer não só de cunho fisiológico, mas também afetivo. Nas cenas terapêuticas observadas, além das atividades de vida diária, o brincar também é tomado como espaço potencial para a construção e transformação do diálogo entre o bebê e seus pais.

Por fim, o cotidiano é avaliado de forma que o bebê seja compreendido na dinâmica familiar, situando seu lugar na relação com seus pais, e tendo este, como espaço para superação de suas dificuldades. Para Francisco (2008, p.76) “o cotidiano é o lugar onde buscamos exercer nossa atividade prática transformadora, é o social; é o contexto em que vivemos”.

Através do cotidiano destes pacientes, compreende-se que em muitos casos o fator limitante está no próprio lar, onde a família percebe apenas a patologia e não investe no potencial da criança, que fica privada a pouca ou nenhuma experiência. Por outro lado, existem outros casos, em que a

criança apresenta evolução não só pela abordagem terapêutica, mas também, devido a um olhar mais cuidadoso da família, que faz com que essa criança sinta vontade de sair de um quadro de passividade, colocando todo seu aparato instrumental em benefício da cena em que a família o convoca a fazer. A forma como cada família vai lidar com as condições apresentadas pela criança em seu cotidiano e a forma como vai interpretá-las, é que alimentará o lugar psíquico (informação verbal)<sup>[1]</sup> motor e cognitivo do filho.

A Terapia Ocupacional, atualmente, tem retomado o conceito de cotidiano (TAKATORI, 2001; GALHEIGO, 2003, FRANCISCO, 2008, PERUZZOLO, 2009), principalmente porque é o campo onde a profissão garante a importância de o próprio sujeito ser um dos agentes de seu processo de tratamento. Porém a ideia de vida diária tem dimensão discutida desde os fundamentos da Terapia Ocupacional.

É de fundamental importância o conhecimento do cotidiano, pois ele aponta muitas questões que não necessariamente vão aparecer na cena terapêutica. É possível identificar como os pais brincam, ou não brincam com o filho. Se realmente conhecem seu filho: se sabem do que o filho gosta e não gosta, se estranha alguém, se a criança antecipa momentos da rotina através de gestos e da fala, por exemplo. Então, o cotidiano é o espaço em que a criança desenvolve, a partir de suas habilidades, o máximo de aquisições motoras cognitivas e psíquicas, que serão maiores, quanto mais encorajador for o ambiente em que vive.

Identifica-se, que a maioria dos familiares dos pacientes que chegam à clínica de intervenção precoce, possui dificuldades na construção de um cotidiano que envolva as características da família, pois estão mais preocupados com o tratamento da patologia do filho. Isso poderá resultar na impossibilidade de um fazer singular a partir da forma de ser de cada mãe/pai e bebê (TAKATORI, 2001).

Percebe-se uma ausência nas atividades que rompa com a rotina e sustente o cotidiano dos pacientes. Como diz Takatori, são:

Histórias que contam de pessoas que permanecem no tempo à espera: pelo almoço, pelo jantar, pelo banho, pela consulta médica, pela terapia. Não há um sujeito que vive esse tempo, mas um tempo que anuncia atividades, de sobrevivência e cuidados clínicos, incorporadas no seu dia-a-dia (TAKATORI, 2001, p.372).

É possível pensar que o terapeuta ocupacional na clínica em intervenção precoce, “contribui para a construção desse cotidiano interrompido ou inexistente, a partir de situações que se transformam em experiências significativas para o paciente” (TAKATORI, 2001, p.372) e para

sua família. Nesse sentido os terapeutas, apostam que através dos estímulos oferecidos na clínica, com foco na autonomia e independência do sujeito, este pequeno pedaço do cotidiano, possa ter continuidade em outros espaços, como no próprio lar. Assim, “o cotidiano da clínica de terapia ocupacional, um encontro-construção, é também espaço para ‘provocar’ transformações” (BENETTON; FERRARI; TEDESCO, 2003, p.38).

Cabe ao terapeuta oferecer aporte instrumental para a realização das atividades de vida diária e as brincadeiras, na perspectiva de que, cada atividade familiar seja recheada de satisfação, e de desejo para a construção de novas cenas, onde os sujeitos implicados estejam constantemente em transformação, superando, na medida do possível, as barreiras motoras, cognitivas e psíquicas. Dessa forma, o terapeuta ocupacional, propõe que para o enfrentamento dos sintomas seja incentivado o fazer (mesmo com dificuldades) para reconstruir cotidianos (TAKATORI, 2012), oferecendo aos pais a oportunidade de reencontrar o prazer no contato com o filho e proporcionando ao bebê um espaço com maior possibilidade de ter autonomia e independência.

## **CONCLUSÕES**

Este estudo possibilita identificar o campo da terapia ocupacional na clínica de intervenção precoce, em um programa apoiado por uma equipe interdisciplinar. O cotidiano, com ênfase nas relações familiares, merece destaque nas ações da Terapia Ocupacional, sendo extremamente importante para compreender o sujeito e entender de que forma a criança esta se estruturando tanto no campo motor, quanto cognitivo e psíquico.

Percebe-se através das avaliações dos bebês atendidos pela terapia ocupacional no programa Detecção e Estimulação Precoces: uma Perspectiva Interdisciplinar, que existe uma preocupação com a constituição psíquica do bebê. Por isso, as questões psicomotoras, cognitivas e psíquicas são interpretadas em relação a como o bebê se coloca no mundo e nas relações com o outro. Para a Terapia Ocupacional isso é cotidiano. Um campo da junção dos aspectos instrumentais e estruturais, que valoriza as produções e transformações pessoais.

Dessa forma o terapeuta ocupacional propicia ao bebê experiências significativas na relação com sua família, fazendo com que esta forneça um espaço para ‘o fazer humano’, e de superação de suas limitações. O foco é dado para as potencialidades do sujeito e não para as impossibilidades marcadas pela deficiência. Assim, é possível transformar o cotidiano em um espaço que permita ao bebê ser protagonista de sua própria história.

**Palavras-chaves:** Estimulação Precoce; relações familiares; desenvolvimento infantil.

## **REFERÊNCIAS**

BENETTON, M. J.; FERRARI S. M. L.; TEDESCO S.A. Hábitos, cotidiano e terapia ocupacional. *Revista do CETO*. São Paulo, ano 8, n.8, p.27-40, dez. 2003

BRANDÃO, P. et al. Abordagens do imaginário na cena terapêutica em estimulação precoce. In: *Escritos da Criança nº3*, 2º Ed. Porto Alegre/RS. Centro Lydia Coriat, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia sobre a estimulação precoce na Atenção Básica* : Contribuições para abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelas equipes de Atenção Básica, Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), no contexto da microcefalia. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

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. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

CORIAT, H. L. Escritos de La Infancia 8 – numero dedicado a La estimulación temprana. *Estimulación Temprana*: La construcción de una disciplina en el campo de los problemas del desarrollo infantil. P. 29 a 34. Publicación de F. E. P. I Fundación para el estudio de los problemas de La infancia. Buenos Aires 1997

CORIAT, L. F., JERUSALINSKY, A. N. Definição de Estimulação Precoce. In: *Escritos da Criança nº1*. Porto Alegre/RS. Centro Lydia Coriat, 1997.

FRANCISCO, B. R. *Terapia ocupacional*. 5º. ed. Campinas: Papyrus, 2008.

FREUD, S. Mas Alla Del Principio Del Placer (1920). *Obras Completas*. Madri (España): Editora Biblioteca Neuva, p. 2508-41, 1996.

GALHEIGO, S. M. A. Transdisciplinaridade enquanto princípio e realidade das ações de saúde. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*. v. 10, n. 2/2, p. 49-54, 1999.

GALHEIGO, S. M. O cotidiano na terapia ocupacional: cultura, subjetividade e contexto histórico-social. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 14 n.3, p. 104-9, set/dez.2003

JERUSALINSKY, A. A formação da Imagem Corporal - Psicanálise e psicomotricidade. *Escritos da Criança*. nº 3. Porto Alegre/RS: Centro Lydia Coriat. p. 82- 95. 1997.

JERUSALINSKY, A. O corpo na clínica. In: HEINZ M.M.; PERUZZOLO D.L. *Deficiência Múltipla – uma abordagem psicanalítica interdisciplinar*. Editora OIKOS. 2ºed. São Leopoldo – RS, 2009

KUDO, A. M. et al. Construção do instrumento de avaliação de terapia ocupacional em contexto hospitalar pediátrico: sistematizando informações. *Cad. Ter. Ocup. UFSCar*, São Carlos, v. 20, n. 2, p. 173-181, 2012 <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2012.018>

10.4322/cto.2012.018

LACAN, J. O Estádio do Espelho como Formador da Função do [Eu] tal qual nos é Revelada na Experiência Psicanalítica. In: *Cadernos Lacan – 1º Parte*. (ed. bras.: A terceira. Cadernos Lacan. v. 1. Publicação não comercial da Associação Psicanalítica de Porto Alegre, 2001).

LAZNIK, M. C. A voz como primeiro objeto da pulsão oral. *Estilos da Clínica*, São Paulo/SP: USP, vol. V, n. 8, 2000.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo, Editora Pedagógica e Universitária, 1986. 99p.

MAGALHAES, D. D. M. M. O. Constituição do sujeito X Desenvolvimento da criança: um falso dilema. *Estilos clin.*, São Paulo, v. 11, n. 20, jun. 2006. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141571282006000100008&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141571282006000100008&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 07 jul. 2013.

MEDEIROS, J. S.; MASCARENHAS, M. F. P. T. Banho humanizado em recém-nascidos prematuros de baixo peso em uma enfermaria canguru. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo*, v. 21, n. 1, p. 51-60, jan./abr. 2010.

MOLINA, S. E. O Bebê da Estimulação Precoce. In: *Escritos da Criança nº5*. Porto Alegre/RS. Centro Lydia Coriat, 1998.

PERUZZOLO, D. L. *Espelho Fotografado: A constituição subjetiva num caso clínico em estimulação precoce*. *Correio da APPOA*. Associação Psicanalítica de Porto Alegre. Porto Alegre/RS. P. 20-26, 2009

PERUZZOLO, D. L. O lugar do sujeito e o lugar da técnica no atendimento em estimulação precoce. In: HEINZ M.M.; PERUZZOLO D.L. *Deficiência Múltipla – uma abordagem psicanalítica interdisciplinar*. Editora OIKOS. 2ºed. São Leopoldo – RS, 2009

PERUZZOLO, D. L. *Cotidiano: Espaço para a Subjetividade - a Contribuição da Terapia Ocupacional no Atendimento de Crianças com Autismo*. Palestra realizada no V Jornada Clínica Interage- Autismo em 4 de maio de 2013.

PIAGET, J. *O Nascimento da Inteligência na Criança*. Zahar Editores. Rio de Janeiro/RJ. 2ª Edição. 1975

PINHO, G. S. O Brincar na Clínica Interdisciplinar com crinas. In: *Escritos da Criança nº 6 - 2ª ed.*

Centro Lydia Coriat, 2006 179-192

SILVA, C. B.; Santoro S.B. *A dinâmica de funcionamento de uma equipe de estimulação precoce*. Monografia (graduação em Terapia Ocupacional) Centro Universitário Claretiano Batatais 2006.

TAKATORI, M.; BOMTEMPO, E.; BENETTON, M. J. *O Brincar e a Criança com Deficiência Física: a Construção Inicial de uma História em Terapia Ocupacional*. Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAR, 2001, V.9, n.2

TAKATORI, M. A. Terapia Ocupacional no processo de reabilitação: construção do cotidiano. *Rev. O mundo da saúde*. v.25, n.4, out/dez, p. 371-377, 2001.

TAKATORI, M. *O Brincar na Terapia Ocupacional – um enfoque na criança com lesões neurológicas*. São Paulo/SP. Zagodoni Editora, 2012.

VICTORA, C. G. *Pesquisa Qualitativa em Saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre/RS. Tomo Editorial, 2000.

WINICOTT, D.W. *O Brincar & a Realidade*. Rio de Janeiro/RJ. Imago Editora Ltda. 1975.

---