

Desenvolvimento infantil e abordagem intersetorial: contribuições da Terapia Ocupacional

Child development and intersectoral approach: contributions from Occupational Therapy

Desarrollo infantil y enfoque intersectorial: aportaciones de la Terapia Ocupacional

 Patrícia Carla de Souza Della Barba¹,  Mariana Ferrari Franco²,  Ana Célia Nunes¹,
 Débora Ribeiro da Silva Campos Folha³

Recebido: 22/08/2021 Aprovado: 10/05/2022 Publicado: 30/09/2022

Objetivo: analisar a compreensão de profissionais de equipes multiprofissionais acerca de conceitos de risco para o desenvolvimento infantil e as contribuições da Terapia Ocupacional. **Método:** estudo qualitativo com profissionais integrantes de equipes da saúde, assistência social e educação. Utilizou-se entrevista semiestruturada e pesquisa em documentos da rotina das equipes participantes. A interpretação dos dados ocorreu por meio da técnica de análise do conteúdo. **Resultados:** participaram oito profissionais, das quais quatro eram do setor de saúde e quatro da assistência social. Foram construídas as seguintes categorias: *Concepção e Identificação de sinais de risco para o DI; Avaliação de DI com instrumento padronizado; Fluxo de entrada na rede assistencial; Método de acompanhamento dos casos*. O conceito e o tipo de observação de risco para desenvolvimento infantil variavam entre os profissionais de cada área, assim como suas ações nos serviços. **Conclusão:** os profissionais trabalham com uma noção ampliada de riscos, mas de forma isolada. Os terapeutas ocupacionais podem desenvolver ações de identificação de situações de vulnerabilidade social infantil e de formação e capacitação das equipes, na perspectiva intersetorial para o trabalho de acompanhamento e monitoramento do desenvolvimento na primeira infância.

Descritores: Desenvolvimento infantil; Fatores de risco; Terapia Ocupacional; Colaboração intersetorial.

Objective: to analyze the understanding of professionals from multidisciplinary teams about risk concepts for child development and the contributions of Occupational Therapy. **Methods:** qualitative study, with professionals who are members of health, social assistance and education teams. A semi-structured interview and research on routine documents of the participating teams were used. The interpretation of data occurred through the technique of content analysis. **Results:** eight professionals participated, four from the health area and four from social assistance. The following categories were constructed: *Conception and Identification of risk signs for CD; CD assessment with a standardized instrument; Entry flow into the care network; Case follow-up method*. The concept and type of observation of risk for child development varied among professionals in each area, as well as their actions in the services. **Conclusion:** professionals work with an expanded notion of risks, but in isolation. Occupational therapists can develop actions to identify situations of child social vulnerability and to train and train teams, from an intersectoral perspective, for the work of follow-up and monitoring of early childhood development.

Descriptors: Child development; Risk factors; Occupational Therapy; Intersectoral collaboration.

Objetivo: analizar la comprensión de profesionales de equipos multiprofesionales sobre conceptos de riesgo para el desarrollo infantil y las aportaciones de la Terapia Ocupacional. **Método:** estudio cualitativo, con profesionales de los equipos de salud, asistencia social y educación. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas e investigación en los documentos de rutina de los equipos participantes. La interpretación de los datos se realiza mediante la técnica de análisis del contenido. **Resultados:** Participaron ocho profesionales, de los cuales cuatro eran del sector de la salud y cuatro de la asistencia social. Se construyeron las siguientes categorías: *Concepción e identificación de los signos de riesgo para DI; Evaluación de DI con instrumento estandarizado; Flujo de entrada en la red asistencial; Método de seguimiento de los casos*. El concepto y el tipo de observación del riesgo para el desarrollo infantil variaron entre los profesionales de cada área, así como su actuación en los servicios. **Conclusión:** los profesionales trabajan con una noción amplia de riesgos, pero de forma aislada. Los terapeutas ocupacionales pueden desarrollar acciones para identificar situaciones de vulnerabilidad social infantil y capacitar y potenciar a los equipos, en una perspectiva intersectorial para el trabajo de seguimiento y monitoreo del desarrollo de la primera infancia.

Descritores: Desarrollo infantil; Factores de riesgo; Terapia Ocupacional; Colaboración intersectorial.

Autor Correspondente: Patrícia Carla de Souza Della Barba - patriciadellabarba@gmail.com

Pesquisa financiada pela FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - processo 2018/18982-8.

1. Departamento de Terapia Ocupacional e Programa de Pós-Graduação em Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

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

3. Departamento de Terapia Ocupacional da Universidade do Estado do Pará (UEPA), Belém/PA, Brasil.

INTRODUÇÃO

A Terapia Ocupacional tem se constituído, historicamente, um campo de pesquisa e prática institucionalizado no âmbito de ações relacionadas ao Desenvolvimento Infantil (DI) no contexto brasileiro¹⁻³.

Avanços do conhecimento científico sobre a infância tornam possível desvelar especificidades do desenvolvimento infantil e dedicar maior atenção à assistência e à proteção das crianças. A Terapia Ocupacional contribui com esses avanços, por meio de importantes atuações com essa população, em prol do seu desenvolvimento, autonomia e participação na vida social¹.

Diversas podem ser as intervenções possíveis do terapeuta ocupacional junto ao público infantil, seja desde o momento perinatal até a puberdade, perpassando pelo desenvolvimento típico e atípico, nas áreas da intervenção precoce, diante das primeiras aquisições neuropsicomotoras, na cognição e na aprendizagem, na educação inclusiva, na participação nas Atividades de Vida Diária (AVD), entre outras áreas de atuação¹⁻³.

O estudo de Gomes e Oliver (2010)¹ apontou crescente produção de artigos na área de Terapia Ocupacional na atuação com crianças no Brasil, porém a maioria destes em relatos de experiência, e comprovaram a necessidade de publicações de pesquisa. Ainda, a revisão encontrou que as problemáticas mais estudadas estão relacionadas à atenção a crianças em: risco social, processo de adoecimento e hospitalização e inclusão escolar, não sendo encontrados artigos sobre a temática do desenvolvimento infantil enquanto um campo da Terapia Ocupacional, trazendo esta como lacuna para ser explorada em estudos futuros.

Um estudo de caso único apresentado por Peruzzolo, Barbosa e Souza (2018)³ traz a importância de terapeutas ocupacionais testarem e divulgarem estudos sobre novos tratamentos clínicos no campo do Desenvolvimento Infantil (DI). Nesse sentido aponta-se a necessidade de reflexões a respeito de como a intersectorialidade pode contribuir para práticas de Terapia Ocupacional que possam ser promotoras do DI.

É sabido que o DI está sujeito a uma série de riscos/comprometimentos que podem ocorrer por questões fisiológicas da criança (como genética), quanto por questões não orgânicas (fatores ambientais)⁴.

Fatores como prematuridade, gestação de alto risco, relação negativa entre mãe e bebê, idade materna, assistência pré-natal precária, baixo peso ao nascer, comprimento ao nascer menor que 45 cm, asfixia perinatal, hemorragia intracraniana, infecções congênicas, período de aleitamento materno menor que seis meses e baixa escolaridade materna, podem comprometer o desenvolvimento da criança tanto no período perinatal quanto no período neonatal⁵.

Também, as crianças podem apresentar riscos e atrasos no desenvolvimento relacionados a condições socioeconômicas e do convívio e ambiente familiar⁶. Todas estas condições perpassam pelo campo de estudo e prática da Terapia Ocupacional, visto que irão repercutir diretamente no desempenho destas crianças em suas ocupações e na participação delas nas rotinas de suas famílias.

Com base na *Teoria Bioecológica do Desenvolvimento* de Urie Bronfenbrenner, que aponta para um modelo de desenvolvimento dinâmico e com interações complexas de sistemas que combinam fatores biológicos, ambientais, familiares e sociais⁶, Davis e Polatajko⁷⁻⁸ estruturaram a *Teoria do Desenvolvimento Ocupacional*, que compreende que o DI ocorre a partir e para a realização de ocupações pelas crianças. Portanto, a Terapia Ocupacional parte do pressuposto de que é intrínseca a relação entre o DI e as ocupações infantis⁹.

Os serviços voltados ao público infantil com vistas à prevenção de agravos no seu desenvolvimento têm sido alvo de estudos. Uma pesquisa realizada em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de Belo Horizonte constatou que cerca de um terço das crianças avaliadas estavam com risco de atraso no desenvolvimento, demonstrando a importância da aplicação de testes de triagem na atenção primária à saúde (APS), com vistas a possibilitar identificação e intervenção precoce e melhorar a qualidade de vida das crianças e famílias, com melhores prognósticos⁶. Sabendo que essas equipes são, geralmente, multiprofissionais e que terapeutas ocupacionais costumam integrá-las, urge a necessidade de falar sobre intersectorialidade e DI.

Na medida em que o crescimento e o desenvolvimento infantis constituem respostas a padrões ou marcos esperados em função da maturação neurológica, a avaliação cuidadosa possibilita acompanhar, de forma oportuna e pertinente, o desempenho como parâmetro sensível do processo saúde/doença em nível individual (ou clínico) e coletivo (epidemiológico). A pediatria social traz princípios e práticas que devem ser atualizados, sobretudo com o reconhecimento dos “1.000 dias críticos”, considerando os nove meses de vida fetal e os dois primeiros anos de vida da criança, dias estes que representam um período de grande vulnerabilidade (com relação à sobrevivência e ao DI), sendo importante a estimulação adequada¹⁰.

O Ministério da Saúde brasileiro assumiu o compromisso de apoiar a vigilância do desenvolvimento infantil com a instauração do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), em 1984. Porém, o desenvolvimento em si não foi valorizado quando comparado a outros cuidados básicos tratados neste documento, como imunizações, crescimento, aleitamento materno, e outras estratégias preventivas e curativas aplicadas a doenças prevalentes na infância, a despeito da importância destas¹⁰.

O governo centrou seus esforços, até 1980, no combate à mortalidade infantil, visto que, até então, não havia recomendação expressa de registrar os marcos do desenvolvimento no Cartão da Criança e nem o impacto que esses registros poderiam ter. O DI só passou a ser referenciado e recomendado pelo Ministério da Saúde em 2004¹⁰.

Durante anos, a atenção ao DI foi delegada somente ao setor de saúde. Entretanto, a ideia de intersectorialidade permite que a atenção à criança seja mais qualificada, usando setores e especialistas de diferentes áreas que dialogam visando um atendimento integral; articulando ações no cuidado e educação da criança. Isto possibilita atendimento integral e integrado, pois o modelo de intersectorialidade busca novos modos de trabalhar problemas tendo por base uma visão integral da criança enquanto pessoa e cidadã¹¹. No campo da Terapia Ocupacional, especificamente, a intersectorialidade corrobora tanto com práticas multiprofissionais quanto no próprio âmbito da profissão, visto que é possível encontrar terapeutas ocupacionais integrando tanto equipes de saúde quanto de educação e assistência social. A prerrogativa da intersectorialidade, portanto, fortalece a rede de atenção e cuidado ao DI.

As redes de proteção à criança no Brasil têm se estruturado, proporcionando uma linguagem comum de entendimento único, e ação compartilhada de cuidado na primeira infância. A Rede Nacional Primeira Infância – RNPI, é um conjunto articulado que inclui em torno de duas centenas de organizações do governo e da sociedade civil, de organismos multilaterais das Nações Unidas, de institutos e fundações de pesquisas, do ambiente acadêmico e do meio empresarial, que assumem o compromisso de defender e promover os direitos da criança na primeira infância¹¹.

Essa rede é a expressão viva e forte, de um propósito comum e conjunto das várias áreas ou setores, unificados na concepção de criança como pessoa sujeito de direito e cidadã¹¹. O trabalho intersectorial e integrado na equipe tem sido relevante para as políticas públicas. Provêm dele novos aprendizados, que beneficiam a proteção da criança e seu desenvolvimento pleno. Assim, este estudo teve como objetivo analisar a compreensão de profissionais de equipes multiprofissionais acerca de conceitos de risco para o desenvolvimento infantil e as contribuições da Terapia Ocupacional.

MÉTODOS

Este estudo se caracteriza como uma pesquisa de ancoragem qualitativa do tipo exploratória, realizada com profissionais das áreas: social, educação e saúde, indicados por gestores, entre maio a julho de 2019, num município de pequeno porte da região centro-leste do Estado de São Paulo; partindo-se das seguintes hipóteses:

- que não há clareza e conexão por parte de equipes de saúde, educação e assistência social sobre fatores de risco no DI;
- que o trabalho de atenção à criança e monitoramento do DI é realizado apenas a partir de queixas pontuais e encaminhamentos;
- que não se utiliza instrumentos padronizados de avaliação ou monitoramento do DI pelos profissionais dos serviços de atenção à criança; e
- que apesar de haver comunicação entre os membros da equipe, não há conexão/unificação das informações, nem ação posterior a elas.

Assim, as questões que nortearam o presente trabalho foram:

- 1) *Qual a concepção de risco do DI que os profissionais da equipe trabalham?;*
- 2) *Como as equipes identificam os riscos no DI?;*
- 3) *Em que instrumento/teoria se baseiam?; e*
- 4) *Quais ferramentas as equipes usam ou precisariam usar para identificar os riscos no DI?*

Utilizou-se entrevista semiestruturada e por e-mail, visando compreender a metodologia utilizada por cada equipe para identificar riscos ao DI, seguindo referencial teórico de intervenção precoce de Franco⁴ e da pesquisa social de Oliveira & Oliveira¹². Aos participantes foi solicitado também o envio de documentos e ou protocolos que utilizavam em seus serviços para a identificação de riscos ao DI, para análise.

Considerou-se profissionais nas áreas de: *Saúde* - Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), Unidades de Saúde da Família (USF) e Núcleo de Atendimento Integral à Criança e ao Adolescente (NAICA); *Social* - Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF); *Educação* - Centro Municipal de Educação Infantil (CEMEI).

A interpretação dos dados se deu pela análise de conteúdo de Bardin¹³, a saber:

- *Pré-análise* - leitura flutuante do conjunto de material (no caso, derivado das entrevistas e dos registros de documentos), com vistas a prover interação com o conteúdo ali manifesto, já ponderando relações com o foco em exploração e os elementos categoriais evidenciados;
- *Leitura Extensiva* com a construção de categorias.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, sob número 2.066.963 e foi iniciado com os profissionais após autorização das devidas secretarias e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Participaram oito profissionais, sendo duas da Assistência Social, duas da Educação Infantil e quatro da Saúde, conforme Quadro 1.

Quadro 1. Profissionais envolvidos com o desenvolvimento infantil de acordo com área de atuação e serviço. Município de pequeno porte do Centro Leste de São Paulo. 2019.

Identificação	Área de Atuação	Serviços*
Profissional 1	Assistência Social	CRAS
Profissional 2	Assistência Social	PAIF
Profissional 3	Saúde/Terapia Ocupacional	NAICA
Profissional 4	Saúde/Fonoaudiologia	NAICA
Profissional 5	Saúde	NASF
Profissional 6	Saúde	Atenção Básica
Profissional 7	Educação	CEMEI
Profissional 8	Educação	CEMEI

* CRAS - Centro de Referência de Assistência Social / PAIF - Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família / NAICA - Núcleo de Atendimento Integral à Criança e ao Adolescente / NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família / CEMEI - Centro Municipal de Educação Infantil.

Apenas dois documentos utilizados pelos serviços foram enviados, um advindo da Assistência Social e outro da Saúde. Foram construídas as seguintes categorias: *Concepção e Identificação de sinais de risco para o DI; Avaliação de DI com instrumento padronizado; Fluxo de entrada na rede assistencial; Método de acompanhamento dos casos.*

Concepção e Identificação de sinais de risco para o DI

A depender da área de atuação do profissional/serviço, a concepção de risco ao DI pode variar, na dependência de sua vivência.

Em termos de frequência com relação à concepção de risco que esses profissionais utilizavam, os fatores sociais e relacionados à vulnerabilidade estavam presentes na maioria dos relatos em 10 falas; fatores emocionais/relações familiares e sociais foram apontados como possível fator de risco em sete falas; fatores ligados à saúde/componentes biológicos e genéticos foram citados em cinco falas; os fatores voltados ao ambiente apareceram em quatro falas; e a concepção de risco relacionada à violação de direitos da criança e do adolescente demonstrados em duas falas. Houve somente uma fala mencionando o processo de identificação de risco por meio de um trabalho intersetorial.

Na área de Assistência Social foi trazida a concepção de risco baseada na ótica do sistema de garantia de direitos, e sua violação ou negligência com relação aos cuidados preconizados e previstos para a criança, com destaque a: *pobreza* ou mesmo privação (ausência de renda no núcleo familiar, condições de moradia precária, e outros); *fragilidade nos vínculos afetivos e exposição a contextos adversos*, como de drogadição e alcoolismo pelos pais e/ou cuidadores;

negligência nos cuidados (higiene, médicos); falta de acesso às políticas públicas; e suspeita ou confirmação de violência (física, psicológica, sexual, trabalho infantil).

Pela Saúde também identificou-se questões de *privações e negligência* como fatores de risco ao DI que podem incidir no curso do desenvolvimento de habilidades da criança (como abuso, violência psicológica, falta de recursos, alimentação), como a descrição:

Os fatores de risco para o DI são relacionados a diversas variáveis (biológicas, genéticas, ambientais e sociais) que possam interferir negativamente na vida da criança e aumentar a probabilidade de ocorrência de desordens comportamentais, emocionais, sociais, entre outras (P4).

P6 é um profissional da atenção primária à saúde e traz uma concepção de risco baseada em fatores biológicos, familiares e ambientais. Aponta riscos que servem como sinais de alerta para a equipe: violência, problemas familiares, baixo peso/desnutrição e risco de sobrepeso e obesidade, prematuridade, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, alterações de comportamento da criança, dificuldade de aprendizagem.

Os participantes da Educação trazem uma concepção de risco para o DI mais ligada a algum elemento (*físico, emocional, comportamental*) que comprometa o desenvolvimento global da criança e a proposta pedagógica. Apontam também que o professor da educação infantil tem elementos para identificar riscos por estar em contato muito próximo e diário com as crianças e famílias.

Avaliação de DI com instrumento padronizado

Observou-se que nenhum profissional/área faz uso de instrumento padronizado para detecção de risco de DI. Um profissional da saúde usa em casos pontuais um instrumento para identificar possível risco para transtorno de déficit de atenção e de autismo. Um profissional da educação refere que os riscos são identificados através das manifestações da criança, por meio da observação diária do professor e o estreitamento nas relações entre família e escola.

Os documentos disponibilizados pelos participantes foram apenas por uma ficha do serviço de assistência social, denominada *Ficha de Encaminhamento Psicológico*, e traz questões do comportamento da criança (agressividade, agitação, ou alterações de humor), desempenho escolar, estrutura e relações familiares, e problema de saúde/adoecimento da criança ou de algum familiar. Na saúde, o instrumento enviado foi um de triagem específico para Transtornos do Espectro Autista – TEA, o *Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)*.

Os dois instrumentos disponibilizados levam em consideração comportamentos das crianças observados pelos pais/cuidadores. Um deles é preenchido em forma de relatório, e o outro, M-CHAT, pode ser pontuado e gera um escore de identificação de risco que pode levar a

um encaminhamento a especialistas, mas é específico para quando há hipótese de um transtorno específico, o TEA.

Fluxo de entrada na rede assistencial

Nesta categoria os profissionais trouxeram que há uma intenção de realizar um trabalho em rede intersetorial de cuidado no município, incluindo serviços de saúde, educação e assistência social, o que foi citado em seis falas.

As portas de entrada e os serviços para identificação de DI mais comuns identificadas pelos participantes foram: CRAS, CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social), rede de Saúde, Educação e Conselho Tutelar.

Encaminhamentos ligados ao Conselho Tutelar merecem destaque e foram citados em três falas, pois este realiza encaminhamentos para todas as áreas de cuidado da rede de proteção. Entretanto, constata-se no relato de um participante da Educação que a identificação de risco ocorre ou pelo Conselho Tutelar ou através de uma primeira conversa entre gestor escolar e responsável pela criança. A depender da gravidade, ou seja, do alto risco a que a criança esteja submetida, a entrada na creche é imediata e a vaga é oferecida. Este relato reafirma a hipótese da identificação de risco ao DI não ser sistematizada entre os setores, estando sujeita a interpretações subjetivas, além de que as prioridades para se atender ao risco podem estar fragilizadas.

Neste estudo percebeu-se também que quando um serviço de saúde é a porta de entrada na rede de atenção, este encaminhava a família/criança para os outros setores (principalmente assistência social, mas também para a educação). Pode-se inferir o papel primordial da saúde na vigilância do DI, sendo esse o setor que mais recebe e encaminha os casos.

Método de acompanhamento dos casos

Dois pesquisados (social e educação) informaram ser realizado trabalho social preventivo com as famílias de caráter continuado por meio do PAIF e também em consonância com as diretrizes da Secretaria Municipal de Educação. Da mesma forma, referiram ações de prevenção de situações de risco, onde o acompanhamento ocorre com todo o núcleo familiar, incluindo orientações aos familiares (social e saúde). As avaliações, hipóteses diagnósticas e tratamento também foram mencionadas (saúde). O encaminhamento de famílias com algum risco identificado se dá para serviços nos diferentes setores: saúde, assistência social (Programa Criança Feliz) e educação, conforme a necessidade, o que foi citado em três falas (saúde e educação). Foi mencionado, ainda, o acompanhamento via Conselho Tutelar, bem

como em outros locais de atenção à infância, como escola, APAE, USE, CAPS, PROARA, CRAS e CREAS, em duas falas (saúde e educação).

Os fatores mais evidenciados foram relacionados à vulnerabilidade social e ao contexto familiar e não há uso sistemático de instrumento padronizado e específico para detecção de risco do DI, sendo os mais citados relacionados a: saúde/componentes biológicos e genéticos; ao ambiente; emocionais/relações familiares e sociais; e à violação de direitos da criança e do adolescente.

A prática de identificação de situações de risco para o desenvolvimento depende da expertise e percepção do profissional, como fica evidenciado nas falas:

Percebo alguns casos em que a família é desestruturada e não consegue oferecer à criança todos os cuidados de que ela necessita (P5).

Vejo que se tem uma diretriz de cuidado da saúde integral à criança e ao adolescente, porém não se tem uma concepção específica sobre desenvolvimento infantil na área (P6).

DISCUSSÃO

O fato de não se utilizar procedimentos formais de identificação de risco, faz com que esses profissionais lancem mão de recursos observacionais, com possível avaliação subjetiva do risco ao desenvolvimento ou, ainda, em uma avaliação estritamente clínica, sem considerar aspectos contextuais. Um trabalho mostra que o julgamento unicamente clínico para problemas no DI só detecta alterações em cerca de 30% dos casos, sendo então de extrema importância o uso de instrumentos como auxiliares na avaliação clínica¹⁴.

A Terapia Ocupacional pode ofertar contribuições para a equipe no contexto das práticas intersetoriais, notadamente sobre os ambientes frequentados pelas crianças e suas famílias, problematizando como estes podem ser promotores ou limitadores da participação infantil em ocupações e, conseqüentemente, do DI¹⁵.

Além de reforçar a necessidade de um instrumento que seja acessível aos profissionais da primeira infância, a pesquisa aponta a necessidade de ampliação do repertório de ações para garantir que, caso sejam identificados problemas com o desenvolvimento, seja possível o encaminhamento rápido para a intervenção precoce, e/ou serviços especializados.

É válido destacar a necessidade e importância de se elaborar um instrumento de triagem de riscos ao DI, que tenha uma proposta interdisciplinar e baseada nas realidades vivenciadas pelos serviços. Na perspectiva de intervenção precoce, Franco⁴ enfatiza a importância do uso de instrumentos para auxiliar no diagnóstico e na avaliação da criança e da família; considerando fatores de risco biológicos, que compreendem a fase pré-natal, perinatal, pós-

natal e outros.

Também questões familiares devem ser levadas em conta, como: características dos pais, da família, estresse durante a gravidez, nos períodos neonatal e pós-natal; ambientais, compreendendo contexto ambiental como fator de estresse e fatores de exclusão social da família; e dessa forma, utilizando instrumentos que sistematizem essas informações, se faz possível ter uma concepção ampliada e real da situação⁴.

Pinto et al (2015)¹⁶ mostra que há escassez de instrumentos padronizados e confiáveis para avaliar habilidades nos primeiros anos de vida de crianças brasileiras, o que dificulta a identificação precoce de alterações no desenvolvimento, assim como dificulta, impede ou retarda os encaminhamentos para a equipe multiprofissional.

O M-CHAT, instrumento mencionado nos resultados da pesquisa, é baseado em observações da criança e apresenta aos pais aspectos sociais, suas brincadeiras e atividades, e seu comportamento relacionado aos sentidos; ao final realiza-se uma contagem das respostas e chega-se ao resultado, que pode variar de “baixo risco”, “risco moderado” e “alto risco” para autismo, e como é um instrumento de triagem, pode sinalizar a necessidade da criança passar por avaliação de um especialista da área e fechar um diagnóstico de TEA¹⁷. A partir de 26 de abril de 2017, por meio da Lei 13.438, passou a ser obrigatória a adoção de instrumentos de detecção de risco para desenvolvimento psíquico pelo Sistema Único de Saúde, como um protocolo de avaliação de risco para o desenvolvimento psíquico de crianças¹⁸.

Além do M-CHAT, outros instrumentos podem ser aqui destacados, visto que podem ser utilizados pela equipe multiprofissional, o que permite concebê-los potentes em abordagens intersetoriais, tais como o Protocolo de Denver II¹⁹ e a Escala Motora Infantil de Alberta²⁰.

Na categoria de análise relacionada à concepção e identificação de risco utilizada por esses profissionais, pôde-se notar que a maioria tem uma noção ampliada desse conceito, levando em conta fatores diversos, principalmente relacionados à vulnerabilidade social, o que condiz com estudos recentes²¹⁻²³, que reafirmam a influência dos fatores ambientais e sociais no DI.

A escassez de recursos materiais pode afetar o desenvolvimento da criança, consistindo em fator de risco ambiental e gerando desafios para o sistema de acompanhamento do desenvolvimento infantil. E ainda, em determinadas circunstâncias, experiências rotineiras podem se tornar vilãs quando as famílias vivem em situação de vulnerabilidade e são negligenciadas pelo sistema^{23:15}.

Pesquisas separam os riscos para problemas no DI entre biológicos e ambientais, sendo os biológicos causados nos períodos pré, peri ou pós-natal^{4,21}. Percebe-se esse mesmo tipo de

classificação na análise das entrevistas dos profissionais, mas com outras variações e detalhes dessas grandes áreas.

É possível avaliar o contexto das crianças e famílias pensando em fatores como: acesso aos cuidados básicos de saúde, boas condições de higiene, alimentação balanceada, condições adequadas de moradia, vivência em um espaço tranquilo e relação com um cuidador principal que invista, deseje e respeite a criança. Assim, quando uma ou várias dessas condições estão ausentes, caracterizam-se os fatores de risco para o DI, pois a não resolução de alguns déficits instalados na primeira infância podem resultar em problemas de maior complexidade no futuro²⁴.

A lacuna quanto à intersectorialidade das ações dos profissionais é visível. As ações apontadas trazem apenas o fluxo de entrada e encaminhamentos, que na rede demonstraram ser ações compartimentadas e de pouca mobilidade entre os setores.

A Rede Nacional da Primeira Infância¹¹ definiu a Intersectorialidade aplicada às políticas para Primeira Infância através do Comitê Técnico como sendo “*uma estratégia programática e financeira para atender os direitos da criança a partir dela mesma na sua integralidade pessoal e em suas relações sociais, culturais e ambientais*” (p.16).

Segundo as políticas brasileiras vigentes¹¹, a atenção e proteção integral à criança deve se basear na lógica da intersectorialidade e conexão entre os serviços de saúde, assistência social e educação²⁵. Sendo assim, é importante que os profissionais ressignifiquem sua prática a partir da compreensão desses conceitos para atuar com a população infantil, principalmente quando esta se encontrar em situação de vulnerabilidade. A intersectorialidade também permite uma melhor compreensão dos profissionais a respeito da realidade das crianças, e apesar de ainda ser frágil, nesse contexto complexo tem se mostrado um importante recurso de enfrentamento da vulnerabilidade social e de proteção à criança através da corresponsabilização das pessoas envolvidas com o intuito de superar os problemas de determinados territórios²³⁻²⁴.

A Terapia Ocupacional também traz contribuições para favorecer a compreensão das situações de vulnerabilidade social, pois atingem um grande número de crianças no Brasil²⁵. A área tem se debruçado sobre a investigação dessas situações, que costumam envolver a precarização das condições de habitação e saneamento, de cuidado parental, de acesso à educação e de garantia de direitos em geral. Muitas vezes, as próprias famílias dessas crianças são apontadas como a principal causa de vulnerabilidade, as quais acabam por perder a referência parental como prestadores de cuidados e grupo com o qual mantém relações de afetividade^{25,27}.

Apesar dessa discussão levantada sobre as vulnerabilidades na infância sob a

perspectiva intersetorial, o setor saúde ainda continua sendo a área mais sobrecarregada em ações na vigilância do DI. Pode-se observar que há uma predominância do fluxo entre a Assistência Social e a Saúde, tendo o Conselho Tutelar e os Centros de Referência em Assistência Social (CRAS) como os principais agentes da Assistência Social e as Unidades de Saúde da Família (USF) (compreendendo também os Agentes Comunitários de Saúde e as visitas domiciliares) como principais agentes da Saúde. As ações têm sido individualizadas em áreas de cada atuação, e apesar dos profissionais terem uma noção ampliada na concepção que eles têm de risco, as ações ocorrem de forma superficial e essa noção não adentra na prática dos serviços.

O trabalho no campo do DI e, especificamente, em Intervenção Precoce (IP) remete à uma perspectiva intersetorial, diante de sua complexidade²⁶. Terapeutas ocupacionais, especialistas que são no campo do DI, tanto pelo conteúdo ser amplamente abordado na formação acadêmica, quanto pela sua experiência na prática profissional podem contribuir com sua expertise sobre infância, desenvolvimento típico e atípico e ocupações infantis para fomentar discussões relevantes e necessárias com estas equipes, promovendo capacitação e buscando estabelecer critérios efetivos na avaliação e acompanhamento das crianças e suas famílias.

Um trabalho sobre o processo de ensino-aprendizagem no contexto da atenção básica em saúde com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuantes em equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) promoveu a compreensão sobre o Sistema Único de Saúde e potencializou as discussões sobre a atuação da Terapia Ocupacional na comunidade para além das ações de reabilitação; com destaque para temáticas relacionadas ao DI e as possibilidades de trabalho em conjunto, como os marcos do desenvolvimento e riscos, alimentação, higiene, vacinação, cuidados com a casa, direitos da criança e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), constatando-se uma potente troca de conhecimentos e capacitação entre os ACS e estudantes de graduação em Terapia Ocupacional²⁸.

Essa aptidão para o trabalho com capacitação de equipes é também explorada em outros estudos de experiências interssetoriais com terapeutas ocupacionais na perspectiva da interssetorialidade, visto que envolve as áreas de saúde e educação^{27,29-30}.

O cuidar, educar e prevenir os riscos de desenvolvimento infantil fazem parte da ação da Terapia Ocupacional e são aspectos essenciais de atenção na primeira infância, bem como a observação dos contextos reais e ambientes na constituição do sujeito. Além disso, o trabalho com crianças tem a lógica da interssetorialidade e articulação dos serviços públicos de saúde, educação e assistência social que se destinam ao cumprimento dos

direitos sociais dessa população, principalmente em situação de vulnerabilidade²⁵.

A noção ampliada de risco ao DI, que figura nos resultados, também dialoga com a atenção integral à infância³¹ e permite trabalhar com a perspectiva ocupacional de DI, para contribuir no trabalho colaborativo e/ou na capacitação de equipes multiprofissionais e inter/transdisciplinares atuantes com o público infantil. Além disso, a baixa frequência de utilização de instrumentos e referenciais teóricos e a falta de ações intersetoriais na vigilância do desenvolvimento infantil, demonstrada pelos profissionais entrevistados, denotam a possibilidade de contribuição da Terapia Ocupacional no contexto.

As ações intersetoriais realizadas junto às crianças e suas famílias repercutirão diretamente nas habilidades motoras, psíquicas, cognitivas e sociais a serem desenvolvidas no âmbito do DI. E estas habilidades influenciarão a realização das ocupações estruturantes do dia a dia dessas crianças, reverberando por toda a sua infância e sua vida^{9,28}.

CONCLUSÃO

No que se refere à compreensão dos profissionais sobre o DI, os resultados sugerem que estes compartilham de uma noção ampliada de risco para o DI, levando em consideração diversos fatores, tais como: sociais, biológicos/de saúde, ambientais, emocionais e relações familiares, direitos violados e violência e atraso no desenvolvimento.

Enquanto contribuições, destaca-se a possibilidade de terapeutas ocupacionais desenvolverem ações de formação e capacitação das equipes intersetoriais para o trabalho de acompanhamento e monitoramento do DI na primeira infância, bem como a identificação de situações de vulnerabilidade social infantil. Para tanto, sugere-se que a adoção da perspectiva ocupacional do DI possa engendrar práticas profissionais intersetoriais com vistas à promoção do DI, que repercutirão na participação dessas crianças em ocupações cotidianas importantes para elas e suas famílias.

Este estudo tem como limitações o quantitativo restrito de participantes e o não contato com famílias acompanhadas. Traz-se como sugestão para trabalhos futuros: o uso da pesquisa-ação, que adotem instrumentos de avaliação e monitoramento do DI, mostrando o impacto destes nas práticas profissionais; trabalhos que insiram o acompanhamento ocupacional de crianças e suas famílias; e a melhoria da interação da equipe na perspectiva intersetorial.

REFERÊNCIAS

1. Gomes M L, Oliver FC. A prática da terapia ocupacional junto à população infantil: revisão bibliográfica do período de 1999 a 2009. *Rev Ter Ocup.* [Internet]. 2010 [citado em 17 abr 2020]; 21(2):121-9. DOI: <http://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v21i2p121-129>
2. Souza AC, Marino MSF. Atuação do terapeuta ocupacional com criança com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor. *Cad Bras Ter Ocup.* [Internet]. 2013 [citado em 17 mar 2020]; 21(1):149-53. DOI: <http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.019>
3. Peruzzolo DI, Barbosa DM, Souza APR. Terapia Ocupacional e o tratamento de bebês em intervenção precoce a partir de uma hipótese de funcionamento psicomotor: estudo de caso único. *Cad Bras Ter Ocup.* [Internet]. 2018 [citado em 17 abr 2020]; 26(2):409-21. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1155>
4. Franco V. Introdução à intervenção precoce no desenvolvimento da criança com a família, na comunidade, em equipe. Portugal: Edições Aloendro; 2015. p. 22-7.
5. Zeppone SC, Volpon LC, Ciampo LA. Monitoramento do desenvolvimento infantil realizado no Brasil. *Rev Paul Pediatr.* [Internet]. 2012 [citado em 17 abr 2020]; 30(4):594-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-05822012000400019>
6. Guimarães AF, Carvalho DV, Machado NA, Baptista RA, Lemos SMA. Risco no atraso de desenvolvimento de crianças de dois a 24 meses e sua associação com a qualidade do estímulo familiar. *Rev Paul Pediatr.* [Internet]. 2008 [citado em 17 abr 2020]; 31(4):252-8. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rpp/v31n4/pt_0103-0582-rpp-31-04-00452.pdf
7. Davis J, Polatajko H. Occupational development of children. In: Rodger S, Ziviani J. *Occupational therapy with children: understanding children's occupations and enabling participation.* Malden: Blackwell Publishing; 2006. p. 136-57.
8. Davis J, Polatajko H. Occupational development. In: Christiansen C, Townsend E. *Introduction to occupation.* New Jersey: Pearson; 2010. p. 135-74.
9. Folha DRSC, Della Barba PCS. Produção de conhecimento sobre terapia ocupacional e ocupações infantis: uma revisão de literatura. *Cad Bras Ter Ocup.* [Internet]. 2020 [citado em 17 abr 2020]; 28(1):227-45. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoar1758>
10. Caminha FC, Silva SL, Lima MC, Azevedo PT, Figueira MCS, Batista Filho M. Vigilância do desenvolvimento infantil: análise da situação brasileira. *Rev Paul Pediatr.* [Internet]. 2017 [citado em 17 abr 2020]; 35(1):102-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2017;35;1;00009>
11. Rede Nacional Primeira Infância. A intersectorialidade nas políticas da primeira infância [Internet]. 2015 [citado em 16 abr 2020]. Fortaleza, CE: Rede Nacional Primeira Infância; 2015. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2015/07/GUIA-INTERSETORIAL.pdf>
12. Oliveira RD, Oliveira MD. Pesquisa social educativa: conhecer a realidade para poder transformá-la. In: Brandão CR, editor. *Pesquisa participante.* 5ed. São Paulo, SP: Brasiliense; 1985. p. 17-41.
13. Bardin L. *Análise de conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 3 a reimpressão da 1ed. 2016. 276p.
14. Noer C, Halpern R. O pediatra e a promoção do desenvolvimento infantil: otimizando a consulta. *Residência Pediátrica* [Internet]. 2018 [citado em 17 abr 2020]; 8(3):156-62. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/residenciapediatrica.com.br/pdf/v8n3a12.pdf>
15. Ziviani J, Rodger S. Environmental influences on children's participation. In: Rodger S, Ziviani J. *Occupational Therapy with children: understanding children's occupations and enabling participation.* Malden: Blackwell Publishing, 2006. p. 41-66
16. Pinto FC, Alcântara, ISM, Sabatés, AL, Perissinoto, J. Denver II: comportamentos propostos comparados aos de crianças paulistanas. *Rev CEFAC.* [Internet]. 2015 [citado em 15 mar 2020]; 17(4):1262-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201517418214>

17. Losapio MF, Ponde MP. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul* [Internet]. 2008 [citado em 17 abr 2020]; 30(3):221-9. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0101-81082008000400011>
18. Ministério da Educação (Brasil). Lei nº 13.438. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para tornar obrigatória a adoção pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de protocolo que estabeleça padrões para a avaliação de riscos para o desenvolvimento psíquico das crianças [Internet]. D.O.U. Brasília, 26 abr 2017 [citado em 17 abr 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13438.htm
19. Frankenburg WK. The Denver II: a major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening test. *Pediatrics* 1992; 89(1):91-7.
20. Saccani R. Validação da Alberta Infant Motor Scale para aplicação no Brasil: análise do desenvolvimento motor e fatores de risco para atraso em crianças de 0 a 18 meses. [dissertação]. Porto Alegre, RS: Escola Superior de Educação Física. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/18975/000733746.pdf>
21. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI [Internet]. Figueiras AC, Souza ICN, Rios VG, Benguigui Y, tradutoras. Washington, D.C.: OMS, OPAS; 2005 [citado em 15 jun 2022]. (Série OPS/FCH/CA/05.16.P). 54 p. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/si-desenvolvimento.pdf>
22. Lejarraga H. O fascinante processo de desenvolvimento psicomotor da criança. *Berço*, 13 - dezembro 2002. Nestlé Nutrition. 70p.
23. Linden JM. Trabalho com família refugiadas em intervenção precoce: desenvolvemos autonomia ou criamos dependência? [Internet]. [tese]. Braga, Portugal: Instituto de Educação, Universidade do Minho; 2020 [citado em 15 jun 2022]. Disponível em: <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/77120/1/Janair%20Moreira%20Linden.pdf>
24. Comitê Científico Núcleo Ciência pela Infância. O impacto do desenvolvimento na primeira infância sobre a aprendizagem. Estudo I [Internet]. 2014 [citado em 17 abr 2020]. [São Paulo]: NCPI; 2014. 16 p. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/IMPACTO_DESENVOLVIMENTO_PRIMEIRA%20INFANCIA_SOBRE_APRENDIZAGEM.pdf
25. Jurdi APS, Teixeira PA, Sá CSC. Vulnerabilidade sócio ambiental e o cuidado na primeira infância: o olhar da terapia ocupacional para o trabalho em creche. *Rev Ter Ocup*. [Internet]. 2018 [citado em 10 jan 2021]; 28(3):281-9. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rto/article/view/134198/138007>
26. Della Barba PCS. Intervenção precoce no Brasil e a prática dos terapeutas ocupacionais. *REVISBRATO*. [Internet]. 2018 [citado em 17 abr 2020]; 2(4):848-61. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/14809>
27. Gontijo DT, Marques E, Alves HC. “Hoje na escola a gente está falando em vulnerabilidade”: contribuições da terapia ocupacional no processo de formação continuada de professores. *Cad Bras Ter Ocup*. [Internet]. 2012 [citado em 17 abr 2020]; 20(2):255-66. Disponível em: <https://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/628/383>
28. Della Barba PCS, Barros VM, Marques EA, Farias AZ, Aniceto B, Miyamoto EE. A terapia ocupacional em um processo de capacitação sobre vigilância do desenvolvimento infantil na atenção básica em saúde. *Cad Bras Ter Ocup*. [Internet]. 2017 [citado em 17 abr 2020]; 25(1):223-33. DOI: <http://dx.doi.org/10.4322/0104-4931.ctoRE0747>

29. Folha DRSC, Monteiro, GS. Terapia ocupacional na atenção primária à saúde do escolar visando a inclusão escolar de crianças com dificuldades de aprendizagem. Revisbrato. [Internet]. 2017 [citado em 17 abr 2020]; 1(2):202-20. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/5311>
30. Folha DRSC, Carvalho DA. Terapia Ocupacional e formação continuada de professores: uma estratégia para a inclusão escolar de alunos com transtornos do neurodesenvolvimento. Rev Ter Ocup. [Internet]. 2018 [citado em 17 abr 2020]; 28(3):290-8. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/135031>
31. Nucci LV, Nunes AC, Folha DRSC, Marini BPR, Ramos MMA, Della Barba PCS. A produção de conhecimento em terapia ocupacional na perspectiva da atenção integral à criança: relatos de um grupo de pesquisa. Revisbrato. [Internet]. 2017 [citado em 17 abr 2020]; 1(5):693-703. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/5383>

Editor Associado: Rafael Gomes Ditterich.

Conflito de Interesses: os autores declararam que não há conflito de interesses.

Financiamento: não houve.

CONTRIBUIÇÕES

Patrícia Carla de Souza Della Barba colaborou na concepção, redação e revisão. **Mariana Ferrari Franco** participou da concepção, coleta e análise dos dados. **Ana Célia Nunes** e **Débora Ribeiro da Silva Campos Folha** contribuíram na redação e revisão.

Como citar este artigo (Vancouver)

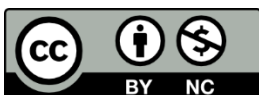
Della Barba PCS, Franco MF, Nunes AC, Folha DRSC. Desenvolvimento infantil e abordagem intersectorial: contribuições da Terapia Ocupacional. Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. [Internet]. 2022 [citado em *inserir dia, mês e ano de acesso*]; 10(3):526-41. Disponível em: *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*

Como citar este artigo (ABNT)

DELLA BARBA, P. C. S.; FRANCO, M. F.; NUNES, A. C.; FOLHA, D. R. S. C. Desenvolvimento infantil e abordagem intersectorial: contribuições da Terapia Ocupacional. **Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.**, Uberaba, MG, v. 10, n. 3, p. 526-541, 2022. DOI: *inserir link do DOI*. Disponível em: *inserir link de acesso*. Acesso em: *inserir dia, mês e ano de acesso*.

Como citar este artigo (APA)

Della Barba, P.C.S., Franco, M.F., Nunes, A.C., & Folha, D.R.S.C. (2022). Desenvolvimento infantil e abordagem intersectorial: contribuições da Terapia Ocupacional. *Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.*, 10(3), 526-541. Recuperado em *inserir dia, mês e ano de acesso* de *inserir link de acesso*. DOI: *inserir link do DOI*.



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons