

Desarrollo infantil y enfoque intersectorial: aportaciones de la Terapia Ocupacional**Desenvolvimento infantil e abordagem intersectorial: contribuições da Terapia Ocupacional****Child development and intersectoral approach: contributions from Occupational Therapy**

 **Patrícia Carla de Souza Della Barba**¹,  **Mariana Ferrari Franco**²,  **Ana Célia Nunes**¹,
 **Débora Ribeiro da Silva Campos Folha**³

Recibido: 22/08/2021 **Aprobado:** 10/05/2022 **Publicado:** 30/09/2022

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.

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

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 intersectorial para o trabalho de acompanhamento e monitoramento do desenvolvimento na primeira infância.

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

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.

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

Investigación financiada por FAPESP - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo - proceso 2018/18982-8

1. Departamento de Terapia Ocupacional y Programa de Postgrado en Terapia Ocupacional de la Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

2. Programa de Postgrado en Terapia Ocupacional de la Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP Brasil.

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

INTRODUCCIÓN

La Terapia Ocupacional ha sido históricamente un campo de investigación y práctica institucionalizado en el contexto de las acciones relacionadas con el Desarrollo Infantil (DI) en el contexto brasileño¹⁻³.

Los avances en los conocimientos científicos sobre la infancia permiten desvelar las especificidades del desarrollo infantil y dedicar mayor atención a la asistencia y protección de los niños. La Terapia Ocupacional contribuye a estos avances, a través de importantes acciones con esta población, para su desarrollo, autonomía y participación en la vida social¹.

Pueden ser varias las intervenciones posibles del terapeuta ocupacional con los niños, desde el momento perinatal hasta la pubertad, pasando por el desarrollo típico y atípico, en las áreas de intervención temprana, frente a las primeras adquisiciones neuropsicomotoras, en la cognición y el aprendizaje, en la educación inclusiva, en la participación en las Actividades de la Vida Diaria (AVD), entre otras áreas de actuación¹⁻³.

El estudio de Gomes y Oliver (2010)¹ señaló la creciente producción de artículos en el área de la Terapia Ocupacional en trabajo con niños en Brasil, sin embargo, la mayoría de estos eran informes de experiencia, y demostraron la necesidad de publicaciones de investigación. Además, en la revisión se encontró que los temas más estudiados están relacionados con la atención a niños en riesgo social, el proceso de enfermedad y hospitalización y la inclusión escolar, no encontrándose artículos sobre el tema del desarrollo infantil como campo de la Terapia Ocupacional, trayendo esto como una brecha a explorar en futuros estudios.

Un único estudio de caso presentado por Peruzzolo, Barbosa y Souza (2018)³ aporta la importancia de los terapeutas ocupacionales probaren y difundieren estudios sobre nuevos tratamientos clínicos en el campo del Desarrollo Infantil (DI). En este sentido, señala la necesidad de reflexionar sobre cómo la intersectorialidad puede contribuir a las prácticas de Terapia Ocupacional que pueden promover el DI.

Se sabe que el DI está sujeto a una serie de riesgos/compromisos que pueden darse por cuestiones fisiológicas del niño (como la genética), así como por cuestiones no orgánicas (factores ambientales)⁴.

Factores como la prematuridad, el embarazo de alto riesgo, la relación negativa entre la madre y el bebé, la edad materna, los malos cuidados prenatales, el bajo peso al nacer, la longitud de nacimiento inferior a 45 cm, la asfixia perinatal, la hemorragia intracraneal, las infecciones congénitas, el período de lactancia inferior a seis meses y la baja educación materna pueden comprometer el desarrollo del niño tanto en el período perinatal como en el neonatal⁵. Además, los niños pueden presentar riesgos y retrasos en el desarrollo relacionados con las

condiciones socioeconómicas y el entorno familiar⁶. Todas estas condiciones impregnan el campo de estudio y la práctica de la Terapia Ocupacional, ya que van a repercutir directamente en el desempeño de estos niños en sus ocupaciones y en su participación en las rutinas de sus familias.

Basándose en la *Teoría Bioecológica del Desarrollo* de Urie Bronfenbrenner, que apunta a un modelo de desarrollo dinámico con interacciones complejas de sistemas que combinan factores biológicos, ambientales, familiares y sociales⁶, Davis y Polatajko⁷⁻⁸ estructuraron la *Teoría del Desarrollo Ocupacional*, que entiende que el DI se produce desde y para la realización de ocupaciones por parte de los niños. Por lo tanto, la Terapia Ocupacional asume que la relación entre el DI y las ocupaciones infantiles es intrínseca⁹.

Los servicios dirigidos a los niños con el fin de prevenir el empeoramiento de su desarrollo han sido objeto de estudios. Un estudio realizado en una Unidad Básica de Salud (UBS) de Belo Horizonte constató que cerca de un tercio de los niños evaluados presentaban riesgo de retraso en el desarrollo, lo que demuestra la importancia de la aplicación de pruebas de cribado en la atención primaria a la salud (APS), con el fin de permitir la identificación e intervención temprana y la calidad de vida de los niños y las familias, con mejores pronósticos⁶. Sabiendo que estos equipos suelen ser multiprofesionales y que los terapeutas ocupacionales suelen integrarlos, urge hablar de intersectorialidad y DI.

Como el crecimiento y el desarrollo del niño son respuestas a estándares o hitos esperados según la maduración neurológica, una evaluación cuidadosa permite monitorear, de manera oportuna y pertinente, el desempeño como parámetro sensible del proceso salud/enfermedad a nivel individual (o clínico) y colectivo (epidemiológico). La pediatría social aporta principios y prácticas que deben actualizarse, especialmente con el reconocimiento de los "1.000 días críticos", considerando los nueve meses de vida fetal y los dos primeros años de vida del niño, días que representan un período de gran vulnerabilidad (en cuanto a la supervivencia y el DI), siendo importante la estimulación adecuada¹⁰.

El Ministerio de Salud de Brasil se comprometió a apoyar la vigilancia del desarrollo infantil con la creación del Programa de Asistencia Integral a la Salud de los Niños (*Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança* - PAISC) en 1984. Sin embargo, el desarrollo en sí mismo no se valoró en comparación con otros cuidados básicos abordados en este documento, como las inmunizaciones, el crecimiento, la lactancia materna y otras estrategias preventivas y curativas aplicadas a las enfermedades prevalentes en los niños, a pesar de su importancia¹⁰.

El gobierno centró sus esfuerzos hasta 1980 en la lucha contra la mortalidad infantil, ya que hasta entonces no existía una recomendación expresa de registrar los hitos del desarrollo

en la Tarjeta Infantil, ni el impacto que estos registros podían tener. El DI no fue referenciado y recomendado por el Ministerio de Salud hasta 2004¹⁰.

Durante años, la atención al DI se delegó únicamente en el sector de salud. Sin embargo, la idea de la intersectorialidad permite cualificar más la atención a los niños, utilizando sectores y especialistas de diferentes áreas que dialogan apuntando a la atención integral; articulando las acciones de cuidado y educación de los niños. Esto permite una atención integral e integrada, porque el modelo de intersectorialidad busca nuevas formas de trabajar los problemas a partir de una visión integral del niño como persona y ciudadano¹¹. En el ámbito de la Terapia Ocupacional, concretamente, la intersectorialidad se corrobora tanto con las prácticas multiprofesionales como dentro de la propia profesión, ya que es posible encontrar terapeutas ocupacionales integrando equipos de salud así como de educación y asistencia social. La prerrogativa de la intersectorialidad, por tanto, refuerza la red de atención y cuidado del DI.

Las redes de protección de la infancia en Brasil se han estructurado, proporcionando un lenguaje común de entendimiento único, y una acción compartida para el cuidado de la primera infancia. La Red Nacional de Primera Infancia - RNPI, es un conjunto articulado que incluye alrededor de doscientas organizaciones del gobierno y de la sociedad civil, organismos multilaterales de las Naciones Unidas, institutos y fundaciones de investigación, del ámbito académico y del mundo empresarial, que asumen el compromiso de defender y promover los derechos del niño en la primera infancia¹¹.

Esta red es la expresión viva y fuerte de un propósito común y conjunto de las diversas áreas o sectores, unificados en la concepción del niño como sujeto de derechos y ciudadano¹¹. El trabajo intersectorial e integrado en el equipo ha sido relevante para las políticas públicas. De ello surgen nuevos aprendizajes que benefician la protección del niño y su pleno desarrollo. Así, este estudio pretendió analizar la comprensión de los profesionales de los equipos multiprofesionales sobre los conceptos de riesgo para el desarrollo infantil y las aportaciones de la Terapia Ocupacional.

MÉTODO

Este estudio se caracteriza por ser una investigación de anclaje cualitativa de tipo exploratorio, realizada con profesionales de las áreas: social, educación y salud, designados por directivos, entre mayo y julio de 2019, en un municipio de pequeño tamaño de la región centro-este del Estado de São Paulo; partiendo de las siguientes hipótesis:

- que no hay claridad y conexión por parte de los equipos de salud, educación y asistencia social sobre los factores de riesgo al DI;

- que el trabajo de atención a los niños y el seguimiento del DI se realiza sólo en base a denuncias y derivaciones concretas;
- que no se utilizan instrumentos estandarizados para la evaluación o el seguimiento del DI por parte de los profesionales de los servicios de atención a la infancia; y
- que aunque hay comunicación entre los miembros del equipo, no hay conexión/unificación de las informaciones, ni acción posterior.

Así, las preguntas que guiaron el presente trabajo fueron:

- 1) *¿Cuál es la concepción del riesgo al DI con la que trabajan los profesionales del equipo?*
- 2) *¿Cómo identifican los equipos los riesgos al DI?*
- 3) *¿En qué instrumento/teoría se basan?; y,*
- 4) *¿Qué herramientas utilizan o necesitarían utilizar los equipos para identificar los riesgos en el DI?*

Se utilizó una entrevista semiestructurada por correo electrónico para conocer la metodología utilizada por cada equipo para identificar los riesgos al DI, siguiendo el marco teórico de la intervención temprana de Franco⁴ y la investigación social de Oliveira & Oliveira¹². También se pidió a los participantes que enviaran a ID los documentos y/o protocolos utilizados en sus servicios para la identificación de riesgos al DI, para su análisis.

Se consideró a los profesionales de las siguientes áreas: *Salud* – Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia (NASF), Unidades de Salud de la Familia (USF) y Núcleo de Atención Integral a la Infancia y la Adolescencia (NAICA); *Social* - Centro de Referencia de Asistencia Social (CRAS) y Servicio de Protección y Atención Integral a la Familia (PAIF); *Educación* - Centro Municipal de Educación Infantil (CEMEI).

La interpretación de los datos se realizó mediante el análisis de contenido de Bardin¹³, de la siguiente manera:

- *Pre-análisis* - lectura flotante del conjunto de material (en este caso, derivado de las entrevistas y registros documentales), con el fin de proporcionar la interacción con el contenido manifestado en el mismo, ya ponderando las relaciones con el foco explorado y los elementos categóricos evidenciados;
- *Lectura extensiva* con la construcción de categorías.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética para la Investigación con Seres Humanos de la Universidad Federal de São Carlos, bajo el número 2.066.963 y se inició con los profesionales, tras la autorización de los respectivos departamentos y la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado.

RESULTADOS

Participaron ocho profesionales, dos de Asistencia Social, dos de Educación Infantil y cuatro de Salud, según el Cuadro 1.

Cuadro 1. Profesionales implicados en el desarrollo infantil según el área de trabajo y servicio. Municipio de pequeño tamaño en el centro este de São Paulo. 2019.

Identificación	Área de Trabajo	Servicios*
Profesional 1	Asistencia Social	CRAS
Profesional 2	Asistencia Social	PAIF
Profesional 3	Salud/Terapia Ocupacional	NAICA
Profesional 4	Salud /Logopedia	NAICA
Profesional 5	Salud	NASF
Profesional 6	Salud	Atención Básica
Profesional 7	Educación	CEMEI
Profesional 8	Educación	CEMEI

* CRAS - Centro de Referencia de Asistencia Social / PAIF - Servicio de Protección y Atención Integral a la Familia / NAICA - Núcleo de Atención Integral a la Infancia y la Adolescencia / NASF - Núcleo de Apoyo a la Salud de la Familia / CEMEI - Centro Municipal de Educación Infantil.

Sólo se enviaron dos documentos utilizados por los servicios, uno procedente de Asistencia Social y otro de Salud. 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.*

Concepción e identificación de los signos de riesgo para DI

Según el ámbito en el que trabaje el profesional/servicio, el concepto de riesgo para DI puede variar, en función de su experiencia.

En cuanto a la frecuencia de la concepción de riesgo que utilizaron estos profesionales, los factores sociales y los relacionados con la vulnerabilidad estuvieron presentes en la mayoría de los informes en 10 discursos; los factores emocionales/relaciones familiares y sociales fueron señalados como un posible factor de riesgo en siete discursos; los factores ligados a la salud/componentes biológicos y genéticos fueron citados en cinco discursos; los factores relacionados con el entorno aparecieron en cuatro discursos; y la concepción de riesgo relacionada con la violación de los derechos del niño y del adolescente se manifestó en dos discursos. Sólo una intervención mencionó el proceso de identificación de riesgos a través del trabajo intersectorial.

En el ámbito de la Asistencia Social, se planteó la concepción de riesgo a partir de la visión del sistema de garantía de derechos, y su vulneración o negligencia respecto a los cuidados recomendados y previstos para el niño, destacando: la *pobreza* o incluso la privación (falta de ingresos en el núcleo familiar, condiciones precarias de vivienda, y otros); *fragilidad*

en los vínculos afectivos y exposición a contextos adversos, como drogadicción y alcoholismo por parte de los padres y/o cuidadores; negligencia en los cuidados (higiénicos, médicos); falta de acceso a políticas públicas; y sospecha o confirmación de violencia (física, psicológica, sexual, trabajo infantil).

A través de la Salud también se identificaron problemas de *privación y negligencia* como factores de riesgo para DI que pueden repercutir en el curso del desarrollo de las habilidades del niño (como el maltrato, la violencia psicológica, la falta de recursos, la alimentación), como se ha descrito:

Los factores de riesgo para el DI están relacionados con diversas variables (biológicas, genéticas, ambientales y sociales) que pueden interferir negativamente en la vida del niño y aumentar la probabilidad de aparición de trastornos conductuales, emocionales, sociales, entre otros (P4).

P6 es un profesional de atención primaria a la salud y aporta una concepción del riesgo basada en factores biológicos, familiares y ambientales. Señala los riesgos que sirven como señales de alerta para el equipo: violencia, problemas familiares, bajo peso/malnutrición y riesgo de sobrepeso y obesidad, prematuridad, retraso en el desarrollo neuropsicomotor, cambios en el comportamiento del niño, dificultad de aprendizaje.

Los participantes de la Educación aportan una concepción del riesgo de DI más ligada a algún elemento (*físico, emocional, conductual*) que compromete el desarrollo global del niño y la propuesta pedagógica. También señalan que el profesor de educación infantil tiene elementos para identificar los riesgos por estar en contacto estrecho y diario con los niños y las familias.

Evaluación de DI con instrumento estandarizado

Se observó que ningún profesional/área utiliza un instrumento estandarizado para detectar el riesgo de DI. Un profesional de la salud utiliza en algunos casos un instrumento para identificar el posible riesgo de trastorno de déficit de atención y autismo en casos concretos. Un profesional de la educación mencionó que los riesgos se identifican a través de las manifestaciones del niño, mediante la observación diaria del profesor y el acercamiento entre la familia y la escuela.

Los documentos puestos a disposición por los participantes fueron sólo por un formulario del servicio de asistencia social, llamado *Formulario de Derivación Psicológica*, y trae preguntas sobre el comportamiento del niño (agresividad, agitación o cambios de humor), el rendimiento escolar, la estructura y las relaciones familiares, y problemas de salud/enfermedad del niño o de cualquier miembro de la familia. En el ámbito de la salud, el

instrumento enviado era un cribado específico para los Trastornos del Espectro Autista - TEA, el *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT).

Los dos instrumentos disponibles tienen en cuenta los comportamientos de los niños observados por los padres/cuidadores. Uno de ellos se rellena como informe, y el otro, el M-CHAT, se puede puntuar y genera una puntuación de identificación de riesgo que puede llevar a una derivación a especialistas, pero es específico para cuando hay una hipótesis de un trastorno concreto, el TEA.

Flujo de entrada en la red asistencial

En esta categoría, los profesionales mencionaron que existe la intención de realizar un trabajo en red intersectorial de cuidado en el municipio, incluyendo los servicios de salud, educación y asistencia social, lo que fue mencionado en seis declaraciones.

Los puntos de entrada y servicios más comunes para la identificación del DI identificados por los participantes fueron: el CRAS, el CREAS (Centro de Referencia Especializado de Asistencia Social), red de Salud, Educación y Consejo Tutelar.

Las derivaciones vinculadas al Consejo Tutelar merecen ser destacadas y fueron mencionadas en tres intervenciones, ya que el Consejo Tutelar realiza derivaciones a todas las áreas de atención de la red de protección. Sin embargo, se observa en el informe de un participante de Educación que la identificación del riesgo se produce o bien por el Consejo Tutelar o bien a través de una primera conversación entre el gestor de la escuela y el cuidador del niño. En función de la gravedad, es decir, del alto riesgo al que está sometido el niño, se le ingresa inmediatamente en la guardería y se le ofrece una vacante. Este informe reafirma la hipótesis de que la identificación del riesgo para el DI no está sistematizada entre los sectores, estando sujeta a interpretaciones subjetivas, y las prioridades para hacer frente al riesgo pueden estar debilitadas.

En este estudio, también se observó que cuando un servicio de salud es la puerta de entrada a la red de atención, remite a la familia/niño a otros sectores (principalmente asistencia social, pero también educación). Se puede deducir el papel primordial de la salud en la vigilancia del DI, ya que es el sector que más casos recibe y remite.

Método de seguimiento de los casos

Dos encuestados (social y educación) informaron de que el trabajo social preventivo se lleva a cabo con las familias de forma permanente a través del PAIF y también de acuerdo con las directrices de la Secretaría Municipal de Educación. Asimismo, mencionaron acciones

preventivas para situaciones de riesgo, donde el seguimiento se realiza con todo el núcleo familiar, incluyendo orientaciones a los miembros de la familia (social y salud). También se mencionaron las evaluaciones, las hipótesis de diagnóstico y el tratamiento (salud). La derivación de las familias con algún riesgo identificado se realiza a servicios de diferentes sectores: salud, asistencia social (Programa *Criança Feliz*) y educación, según la necesidad, que se mencionó en tres discursos (salud y educación). También se mencionó el seguimiento a través del Consejo Tutelar, así como en otros lugares de atención a la infancia, como escuela, APAE, USE, CAPS, PROARA, CRAS y CREAS, en dos declaraciones (salud y educación).

Los factores más evidentes se relacionaron con la vulnerabilidad social y el contexto familiar, y no hay un uso sistemático de un instrumento estandarizado y específico para la detección del riesgo para DI, y los más citados se relacionaron con: los componentes de salud/biológicos y genéticos; el entorno; las relaciones emocionales/familiares y sociales; y la violación de los derechos de los niños y adolescentes.

La práctica de la identificación de situaciones de riesgo para el desarrollo depende de la experiencia y la percepción del profesional, como se pone de manifiesto en las declaraciones:

Veo algunos casos en los que la familia está desestructurada y no puede ofrecer al niño todos los cuidados que necesita (P5).

Veo que hay una directriz de cuidado a la salud integral para niños y adolescentes, pero no hay una concepción específica del desarrollo infantil en el área (P6).

DISCUSIÓN

El hecho de que no se utilicen procedimientos formales para identificar el riesgo hace que estos profesionales recurran a recursos observacionales, con una posible valoración subjetiva del riesgo de desarrollo o incluso en una evaluación estrictamente clínica, sin considerar los aspectos contextuales. Un estudio muestra que el juicio exclusivamente clínico para los problemas de DI sólo detecta cambios en alrededor del 30% de los casos, por lo que el uso de instrumentos para ayudar en la evaluación clínica es extremadamente importante¹⁴.

La Terapia Ocupacional puede ofrecer contribuciones al equipo, en el contexto de las prácticas intersectoriales, especialmente sobre los entornos frecuentados por los niños y sus familias, cuestionando cómo estos pueden ser promotores o limitadores de la participación de los niños en las ocupaciones y, en consecuencia, del DI¹⁵.

Además de reforzar la necesidad de contar con un instrumento accesible para los profesionales de la primera infancia, la investigación señala la necesidad de ampliar el repertorio de acciones para garantizar que, si se identifican problemas de desarrollo, sea

posible derivarlos rápidamente a la intervención temprana y/o a los servicios especializados.

Cabe destacar la necesidad e importancia de desarrollar un instrumento de detección de riesgos para el DI, con una propuesta interdisciplinaria basada en las realidades vividas por los servicios. Desde la perspectiva de la intervención temprana, Franco⁴ enfatiza la importancia de utilizar instrumentos que ayuden al diagnóstico y evaluación del niño y la familia; considerando los factores de riesgo biológicos, que incluyen la fase prenatal, perinatal, postnatal y otros.

También hay que tener en cuenta cuestiones familiares, como: características de los padres, de la familia, estrés durante el embarazo, en el periodo neonatal y postnatal; ambientales, entendiendo el contexto ambiental como factor de estrés y los factores de exclusión social de la familia; y así, utilizando instrumentos que sistematicen estas informaciones, se puede tener una concepción más amplia y real de la situación⁴.

Pinto et al (2015)¹⁶ muestra que hay una escasez de instrumentos estandarizados y fiables para evaluar las habilidades en los primeros años de vida de los niños brasileños, lo que dificulta la identificación temprana de los cambios en el desarrollo, así como dificulta, impide o retrasa las derivaciones al equipo multiprofesional.

El M-CHAT, instrumento mencionado en los resultados de la investigación, se basa en observaciones del niño y presenta a los padres aspectos sociales, sus juegos y actividades, y su comportamiento relacionado con los sentidos; al final, se cuentan las respuestas y se obtiene el resultado, que puede variar entre “riesgo bajo”, “riesgo moderado” y “riesgo alto” de autismo, y al ser un instrumento de cribado, puede indicar la necesidad de que el niño sea evaluado por un especialista en el área y hacer un diagnóstico de TEA¹⁷. A partir del 26 de abril de 2017, a través de la Ley 13.438, se hizo obligatoria la adopción de instrumentos de detección de riesgo para el desarrollo psíquico por parte del Sistema Único de Salud, como un protocolo de evaluación de riesgo para el desarrollo psíquico de los niños¹⁸.

Además del M-CHAT, se pueden destacar aquí otros instrumentos que pueden ser utilizados por el equipo multiprofesional, lo que permite concebirlos como potentes en los abordajes intersectoriales, como el Protocolo de Denver II¹⁹ y la Escala Motriz Infantil de Alberta²⁰.

En la categoría de análisis relacionada con la concepción e identificación del riesgo utilizada por estos profesionales, se puede observar que la mayoría tiene una noción amplia de este concepto, teniendo en cuenta diversos factores, principalmente relacionados con la vulnerabilidad social, lo que es coherente con estudios recientes²¹⁻²³, que reafirman la influencia de los factores ambientales y sociales en el DI.

La escasez de recursos materiales puede afectar al desarrollo infantil, constituyendo un

factor de riesgo ambiental y generando retos para el sistema de seguimiento del desarrollo infantil. Además, en determinadas circunstancias, las experiencias rutinarias pueden convertirse en villanos cuando las familias viven en situaciones de vulnerabilidad y son desatendidas por el sistema^{23:15}.

Las investigaciones separan los riesgos de los problemas en DI entre biológicos y ambientales, siendo los biológicos los causados en los periodos pre, perinatal o postnatal^{4,21}. Este mismo tipo de clasificación se percibe en el análisis de las entrevistas a los profesionales, pero con otras variaciones y detalles de estas grandes áreas.

Es posible evaluar el contexto de los niños y las familias pensando en factores como: el acceso a los cuidados básicos de salud, las buenas condiciones de higiene, la alimentación equilibrada, las condiciones de vivienda adecuadas, la convivencia en un espacio tranquilo y la relación con un cuidador principal que invierta, desee y respete al niño. Así, cuando una o más de estas condiciones están ausentes, se caracterizan factores de riesgo para el DI, ya que la no resolución de algunos déficits en la primera infancia puede dar lugar a problemas más complejos en el futuro²⁴.

La brecha en cuanto a la intersectorialidad de las acciones de los profesionales es visible. Las acciones señaladas sólo aportan el flujo de entrada y derivaciones, que en la red demostraron ser acciones compartimentadas y de poca movilidad entre sectores.

La Red Nacional de la Primera Infancia¹¹ definió la intersectorialidad aplicada a las políticas de la primera infancia a través del Comité Técnico como “*una estrategia programática y financiera para abordar los derechos del niño a partir de sí mismo en su integridad personal y en sus relaciones sociales, culturales y ambientales*” (p.16).

Según las políticas brasileñas vigentes¹¹, la atención y protección integral de los niños debe basarse en la lógica de la intersectorialidad y la conexión entre los servicios de salud, la asistencia social y la educación²⁵. Así, es importante que los profesionales resignifiquen su práctica a partir de la comprensión de estos conceptos para actuar con la población infantil, especialmente cuando se encuentra en situación de vulnerabilidad. La intersectorialidad también permite una mejor comprensión de los profesionales sobre la realidad de los niños, y aunque todavía es frágil, en este complejo contexto, ha demostrado ser un recurso importante para enfrentar la vulnerabilidad social y la protección de los niños a través de la corresponsabilidad de las personas involucradas para superar los problemas de ciertos territorios²³⁻²⁴.

La Terapia Ocupacional también aporta contribuciones para favorecer la comprensión de las situaciones de vulnerabilidad social, ya que afectan a un gran número de niños en Brasil²⁵.

El área se ha centrado en la investigación de estas situaciones, que suelen implicar condiciones precarias de vivienda y saneamiento, cuidado de los padres, acceso a la educación y garantía de derechos en general. Muchas veces se señala como principal causa de vulnerabilidad a las propias familias de estos niños, que acaban perdiendo el referente parental como cuidadores y el grupo con el que mantienen relaciones afectivas^{25,27}.

A pesar de esta discusión planteada sobre las vulnerabilidades en la infancia desde una perspectiva intersectorial, el sector de la salud sigue siendo el área más sobrecargada de acciones en la vigilancia del DI. Se observa un predominio del flujo entre la Asistencia Social y la Salud, con el Consejo Tutelar y los Centros de Referencia de Asistencia Social (CRAS) como principales agentes de la Asistencia Social y las Unidades de Salud de la Familia (USF) (incluyendo también a los Agentes Comunitarios de Salud y las visitas domiciliarias) como principales agentes de la Salud. Las actuaciones han sido individualizadas en áreas de cada actuación, y a pesar de que los profesionales tienen una noción ampliada en la concepción que tienen del riesgo, las actuaciones se producen de forma superficial y esta noción no entra en la práctica de los servicios.

El trabajo en el campo del DI y, específicamente, en la Intervención Precoz (IP) se refiere a una perspectiva intersectorial, debido a su complejidad²⁶. Los terapeutas ocupacionales, especialistas en el campo de la DI, tanto por los contenidos que se abordan ampliamente en la formación académica, como por su experiencia en la práctica profesional, pueden contribuir con sus conocimientos sobre la infancia, el desarrollo típico y atípico, y las ocupaciones infantiles a propiciar los debates pertinentes y necesarios con estos equipos, promoviendo la formación y procurando establecer criterios eficaces en la evaluación y seguimiento de los niños y sus familias.

Un trabajo sobre el proceso de enseñanza-aprendizaje en el contexto de la atención básica de salud con Agentes Comunitarios de Salud (ACS) que trabajan en equipos de la Estrategia de Salud de la Familia (ESF) promovió la comprensión del Sistema Único de Salud y fortaleció las discusiones sobre el papel de la Terapia Ocupacional en la comunidad más allá de las acciones de rehabilitación; con énfasis en temas relacionados con el DI y las posibilidades de trabajo conjunto, como los hitos del desarrollo y los riesgos, la alimentación, la higiene, la vacunación, la atención domiciliaria, los derechos del niño y el Estatuto del Niño y del Adolescente (ECA), constatando un potente intercambio de conocimientos y formación entre los ACS y los estudiantes de pregrado en Terapia Ocupacional²⁸.

Esta aptitud para trabajar en equipo también se explora en otros estudios de experiencias intersectoriales con terapeutas ocupacionales desde la perspectiva de la

intersectorialidad, ya que involucra las áreas de salud y educación^{27,29-30}.

Cuidar, educar y prevenir los riesgos del desarrollo infantil forman parte de la acción de la Terapia Ocupacional y son aspectos esenciales de la atención en la primera infancia, así como la observación de contextos y entornos reales en la constitución del sujeto. Además, el trabajo con niños tiene la lógica de la intersectorialidad y la articulación de los servicios públicos de salud, educación y asistencia social que se destinan a cumplir con los derechos sociales de esta población, especialmente en situaciones de vulnerabilidad²⁵.

La noción ampliada de riesgo para el DI, que aparece en los resultados, dialoga también con la atención integral a la infancia³¹ y permite trabajar con la perspectiva ocupacional de DI, para contribuir al trabajo colaborativo y/o a la formación de los equipos multiprofesionales e inter/transdisciplinarios que trabajan con niños. Además, la baja frecuencia de uso de herramientas y referencias teóricas y la falta de acciones intersectoriales en la vigilancia del desarrollo infantil, mostrada por los profesionales entrevistados, denotan la posibilidad de contribución de la Terapia Ocupacional en el contexto.

Las acciones intersectoriales llevadas a cabo con los niños y sus familias tendrán un impacto directo en las habilidades motoras, psíquicas, cognitivas y sociales que se desarrollarán en el contexto del DI. Y estas habilidades influirán en el desempeño de las ocupaciones estructurantes de la vida cotidiana de estos niños, repercutiendo a lo largo de su infancia y de su vida^{9,28}.

CONCLUSIÓN

En cuanto a la comprensión del DI por parte de los profesionales, los resultados sugieren que comparten una noción amplia del riesgo para el DI, teniendo en cuenta diversos factores, tales como: sociales, biológicos/de salud, ambientales, emocionales y de relaciones familiares, derechos violados y violencia, y retraso en el desarrollo.

Como aportes, se destaca la posibilidad de que los terapeutas ocupacionales desarrollen acciones de formación y capacitación de equipos intersectoriales para el trabajo de seguimiento y monitoreo del DI en la primera infancia, así como la identificación de situaciones de vulnerabilidad social en los niños. Para ello, se sugiere que la adopción de la perspectiva ocupacional del DI puede engendrar prácticas profesionales intersectoriales con vistas a promover el DI, lo que repercutirá en la participación de estos niños en las ocupaciones diarias que son importantes para ellos y sus familias.

Este estudio tiene como limitaciones el número restringido de participantes y la falta de contacto con las familias a las que se hace seguimiento. Se hacen las siguientes sugerencias

para trabajos futuros: el uso de la investigación-acción, la adopción de instrumentos de evaluación y seguimiento del DI, mostrando su impacto en las prácticas profesionales; un trabajo que incluya el seguimiento laboral de los niños y sus familias; y la mejora de la interacción del equipo desde la perspectiva intersectorial.

REFERENCIAS

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 el 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 el 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 el 17 abr 2020]; 26(2):409-21. DOI: <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoA01155>
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 el 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 el 17 abr 2020]; 31(4):252-8. Disponible en: 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 el 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 el 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 el 16 abr 2020]. Fortaleza, CE: Rede Nacional Primeira Infância; 2015. Disponible en: <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 el 17 abr 2020]; 8(3):156-62. Disponible en: <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 el 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 el 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 el 17 abr 2020]. Disponible en: 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. Disponible en: <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 el 15 jun 2022]. (Série OPS/FCH/CA/05.16.P). 54 p. Disponible en: <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 el 15 jun 2022]. Disponible en: <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 el 17 abr 2020]. [São Paulo]: NCPI; 2014. 16 p. Disponible en: 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 el 10 ene 2021]; 28(3):281-9. Disponible en: <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 el 17 abr 2020]; 2(4):848-61. Disponible en: <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 el 17 abr 2020]; 20(2):255-66. Disponible en: <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 el 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 el 17 abr 2020]; 1(2):202-20. Disponible en:

<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 el 17 abr 2020]; 28(3):290-8. Disponible en:

<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 el 17 abr 2020]; 1(5):693-703. Disponible en: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/5383>

Editor Asociado: Rafael Gomes Ditterich.

Conflicto de Intereses: los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

Financiación: no hubo.

CONTRIBUCIONES

Patrícia Carla de Souza Della Barba colaboró en la concepción, redacción y revisión. **Mariana Ferrari Franco** participó en la concepción, la recogida y el análisis de datos. **Ana Célia Nunes** y **Débora Ribeiro da Silva Campos Folha** contribuyeron en la redacción y revisión.

Como citar este artículo (Vancouver)

Della Barba PCS, Franco MF, Nunes AC, Folha DRSC. Desarrollo infantil y enfoque intersectorial: aportaciones de la Terapia Ocupacional. Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc. [Internet]. 2022 [citado el *insertar el día, mes y año de acceso*]; 10(3):526-41. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

Como citar este artículo (ABNT)

DELLA BARBA, P. C. S.; FRANCO, M. F.; NUNES, A. C.; FOLHA, D. R. S. C. Desarrollo infantil y enfoque intersectorial: aportaciones de la Terapia Ocupacional. **Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.**, Uberaba, MG, v. 10, n. 3, p. 526-541, 2022. DOI: *insertar el link de DOI*. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso el: *insertar el día, mes y año de acceso*.

Como citar este artículo (APA)

Della Barba, P.C.S., Franco, M.F., Nunes, A.C., & Folha, D.R.S.C. (2022). Desarrollo infantil y enfoque intersectorial: aportaciones de la Terapia Ocupacional. *Rev Fam, Ciclos Vida Saúde Contexto Soc.*, 10(3), 526-541. Recuperado el: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons