

Intervenção em Terapia Ocupacional junto a uma criança com necessidades especiais

Occupational Therapy with a special need child

Patrícia C. S. Della Barba,

Terapeuta Ocupacional, mestre em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos.

Cláudia M. S. Martinez

Terapeuta Ocupacional, mestre em Educação Especial, doutora em Educação – área Metodologia do Ensino, docente do curso de Terapia Ocupacional da UFSCar.

Melina Sanches

Aluna de graduação do Curso de Terapia Ocupacional da UFSCar

Mara Fontes

Aluna de graduação do Curso de Terapia Ocupacional da UFSCar

RESUMO

Este trabalho propõe-se a relatar uma experiência da Terapia Ocupacional junto a uma criança portadora de mielomeningocele e hidrocefalia. Nesta proposta é feita uma descrição das estratégias de intervenção (baseada numa perspectiva sistêmica) utilizadas pelo Terapeuta Ocupacional, que permite o exame das relações que ocorrem entre a família e o terapeuta, nessa situação. Os resultados evidenciaram, ao longo das sessões, maior frequência dos contatos entre mãe-terapeuta e uma diversidade de temas relativos à vida da criança, trazidos pela mãe. Demonstraram ainda que o plano de trabalho, previamente planejado em Terapia Ocupacional com objetivos de promoção da independência da criança na esfera motora, o preparo para sua inserção social no ambiente escolar e a aquisição de habilidades básicas, avançou à medida em que houve uma somatória de ações (terapeuta e mãe) dentro da mesma meta. Finalmente são discutidos aspectos da qualidade de vida desta criança e de sua família – destacando-se a relação de ajuda e comunicação durante o processo terapêutico. Os resultados alcançados permitem (re)afirmar a importância da relação terapêutica com os responsáveis pela criança considerando as situações estressoras pelas quais a família pode passar e o acompanhamento efetivo das ações que fornecem as bases para a inserção social e promovem o “empowerment”.

Palavras-chave: família, Terapia Ocupacional, mielomeningocele, intervenção precoce, interdisciplinariedade

INTRODUÇÃO

A ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL

O Terapeuta Ocupacional é um profissional que atua diretamente na rotina familiar e no treino de habilidades específicas para a independência do indivíduo (neste caso, a criança portadora de necessidades especiais).

Para desempenhar este papel profissional, é preciso que o Terapeuta Ocupacional permita que a família se aproprie do conhecimento produzido na área de sua formação. Somado a isso, é preciso que esteja disposto a realizar reflexões sobre sua atuação e capacite-se neste sentido. Compartilhar “o saber” com a família é necessário quando objetiva-se a promoção do desenvolvimento integral de uma criança com necessidades especiais.

A Terapia Ocupacional é assim definida pela Federação Mundial dos Terapeutas Ocupacionais - World Federation Occupational Therapists – W.F.O.T. de 1993:

“Terapia Ocupacional é uma disciplina da saúde que diz respeito a pessoas com diminuição, déficit ou incapacidade física ou mental, temporária ou permanente. O Terapeuta Ocupacional profissionalmente qualificado envolve o paciente em atividades destinadas a promover o restabelecimento e o máximo uso de suas funções com o propósito de ajudá-lo a fazer frente às demandas de seu ambiente de trabalho, social, pessoal e doméstico e a participar da vida em seu mais pleno sentido”.

A seleção dos procedimentos é feita de acordo com as necessidades de cada paciente. Em todos os casos a observação, a análise e o seguimento são parte essencial na função de um Terapeuta Ocupacional. O êxito no tratamento depende em grande parte das relações individuais e grupais envolvidas, e do esforço com que cada paciente pode ser encorajado no sentido de sua recuperação.

A Abordagem de Avaliação Dinâmica em Terapia Ocupacional (Rogers, Holm & Stone, 1997) considera relevante a elaboração de programas específicos para cada

indivíduo, considerando a realidade de cada família, onde a etapa de avaliação provê elementos fundamentais para o plano de intervenção por considerar o terapeuta como um mediador entre o ambiente físico e social do cliente.

A NOÇÃO DE FATOR DE RISCO PARA ATRASO DE DESENVOLVIMENTO

A noção de risco é definida por Guralnick (1997) como “qualquer fator que interfira na habilidade da família em interagir com a criança de modo a assegurar seu desenvolvimento”. O autor afirma que “os primeiros anos são a oportunidade única para influenciar o desenvolvimento e dar suporte às famílias, uma oportunidade que pode maximizar benefícios a longo prazo para todos os envolvidos”. (p.3).

Este autor identifica os fatores que interferem no desenvolvimento da criança, sendo especialmente importantes aqueles relacionados ao suporte social provido às famílias; os recursos financeiros e materiais dos quais a família dispõe; o grau de harmonia familiar; o nível de “stress” conjugal e as expectativas estabelecidas pela família em relação ao desenvolvimento de sua criança. Guralnick (1997) acrescenta ainda que estes fatores, associados às características individuais da criança, são responsáveis pelos padrões de interação familiar que influenciam o seu desenvolvimento. Nesta abordagem, são três os campos que devem ser considerados no processo de desenvolvimento da criança, sendo alguns deles importantes e independentes da ocorrência de estados de risco ou de sua incapacidade.

1. Padrões familiares

- a qualidade da interação pais-criança é talvez o fator mais significativo. A literatura tem apontado a importância de atitudes de encorajamento, afetividade, padrões sensíveis de interação cuidador-criança.
- organização da família para promover experiências

sociais e ambientais à criança, variedade de brinquedos, atividades recreacionais e educacionais compatíveis com a necessidade da criança.

- organização da família para promover saúde e segurança à criança, como imunização e nutrição adequadas.

2. Características familiares

- características pessoais dos pais, como: mãe depressiva, pais usuários de álcool ou drogas, imaturidade, nível de educação, doença mental, deficiência mental, pobreza.
- características não relacionadas ao estado de risco ou incapacidade da criança: qualidade do relacionamento conjugal, temperamento da criança, recursos financeiros e suporte social.

3. Fatores estressores criados pela incapacidade da criança ou pelo fator de risco

- crise de informação: como a família interpreta os comportamentos da criança, como ela altera os cuidados com a criança mediante a orientação recebida, como o diagnóstico repercute em termos da expectativa da família em relação ao desenvolvimento da criança, efetividade dos serviços terapêuticos.
- “stress” interpessoal: expectativas entre o casal (os pais) e em relação à criança, o desafio de evitar a estigmatização ou o isolamento social da criança e da própria família, os afazeres para com a criança.
- necessidade de recursos para os cuidados no dia-a-dia, obrigações e responsabilidades, conseguir recursos terapêuticos apropriados, obrigação financeira para manter a saúde.
- ameaça à confiança familiar: onipotência profissional, não delegando à família o seu treino, o trabalho com a criança, minando a capacidade da família em resolver problemas que aparecerão no futuro. (Guralnick, 1997).

Tão importante quanto identificar os fatores de risco para alterações de desenvolvimento é analisar a dimensão que os fatores estressores ocupam na família, porque disto pode depender o nível de desenvolvimento que a criança alcançará com a intervenção profissional realizada.

Em consonância com esta afirmação tem-se os pressupostos do paradigma ecológico proposto por Bronfenbrenner (1996), que define o desenvolvimento humano como sendo a acomodação mútua e progressiva, através do curso da vida, entre um ser humano ativo e em crescimento, as propriedades mutantes do setting imediato no qual a pessoa em desenvolvimento vive, e o contexto mais amplo em que os settings estão envolvidos. Esta abordagem procura focar a pessoa, suas particularidades, bem como ambiente no qual está inserida, de forma dinâmica, privilegiando estudos em ambientes naturais, como meio de obtenção de informações relevantes, e o mais próximo possível da realidade cotidiana vivenciada pelos sujeitos.

Assim, a associação entre um alto risco biológico (deficiência) e um alto risco familiar (vários tipos de fatores estressores) pode resultar em conseqüências devastadoras para o desenvolvimento da criança.

Perez Ramos & Perez Ramos (1992) afirmam que crianças de risco são “aquelas susceptíveis a qualquer desvio de desenvolvimento neuropsicomotor, decorrentes de determinantes genéticos, pré, peri e pós natais”.

Além desses fatores, consideram bebês de risco “quando não somente fatores somáticos, mas também ambientais incidem nos períodos de desenvolvimento do bebê, provocando déficits nos aspectos motores, sensoriais, mentais, emocionais”.

Fonseca (1995) afirma que a intervenção precoce não acontece sem a identificação precoce dos fatores de risco: elas são interdependentes. “... a intervenção precoce deve ser científica e visa atenuar seqüelas que repercutem no desenvolvimento da personalidade da criança deficiente ou não deficiente.” Sendo o objetivo principal da Intervenção Precoce prevenir

ou minimizar problemas de desenvolvimento para as crianças de risco ou portadoras de incapacidades estabelecidas, autores como Guralnick (1997), Krauss (1997) e Klein e Campbell (1998) apontam que programas de Intervenção Precoce bem sucedidos têm que se centrar nas necessidades das crianças e suas famílias, serem capazes de integrar os conhecimentos de múltiplas disciplinas com o planejamento de suportes em direção a estas necessidades. Estes autores destacam a necessidade urgente do profissional em Intervenção Precoce ter conhecimento sobre os fatores que atuam como estressores da família que tem um filho deficiente, assim como capacitar-se para trabalhar com a criança portadora de necessidades especiais, intensificando seu desenvolvimento e minimizando atrasos.

Klein e Campbell (1998) destacam que não há pesquisas consistentes sobre a eficiência de modelos de treinamento de pessoal para trabalhar com crianças pequenas deficientes e seus pais. As autoras afirmam que os programas de treinamento de pessoal para trabalhar com a Intervenção Precoce deveriam ter como objetivos a visão da qualidade de vida da família, o aumento da competência social, e ainda a promoção de múltiplas trocas entre a criança e seu ambiente, provedor de um efeito marcante no desenvolvimento da mesma. Em seu estudo, colocam que os profissionais especializados, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos são importantes referências para bebês e para crianças maiores com incapacidades, mas sua atuação tem sido restrita às habilidades específicas de cada área. Apontam que o treinamento destes profissionais implica em definir estratégias específicas que os capacitem para trabalharem junto aos familiares, além da necessidade de implementar efetivamente a interdisciplinariedade. (Klein & Campbell, 1998). As autoras acrescentam que informações sobre as teorias de desenvolvimento normal infantil são fundamentais para todos os graduandos destas áreas, incluindo conhecimentos sobre aspectos social, emocional, cognitivo,

linguagem e os associados a informações de outras áreas, como: sociologia e medicina, incluindo tópicos sobre identificação de fatores de risco e o impacto de uma criança deficiente no funcionamento familiar.

Em resumo, alguns tópicos são apresentados, pelas autoras, como obrigatórios para profissionais que atuam em intervenção precoce:

- desenvolvimento normal de bebês e crianças
- desenvolvimento atípico de crianças, incluindo deficiências sensoriais, motoras, cognitivas e sócio-emocionais
- função e estrutura familiar, dinâmica familiar, o papel da família na promoção do desenvolvimento
- papéis e responsabilidades da equipe do serviço especial da primeira infância
- avaliação das necessidades das crianças e suas famílias
- demonstração do uso de estratégias efetivas de intervenção e aplicação de um pensamento comum em intervenção precoce
- criação de ambientes de aprendizagem apropriados para o desenvolvimento, usando estratégias para adaptar o ambiente, as atividades e os materiais de acordo com as necessidades da criança atípica
- colaboração entre os pais e profissionais no planejamento e andamento do serviço (Klein & Campbell, 1998).

Portanto, o papel destes profissionais está em lidar com os fatores estressores de cada família, avaliar os fatores de risco para o desenvolvimento da criança e colaborar na resolução de problemas.

O “especialista do desenvolvimento”, como denominado por Klein e Campbell (1998), seleciona, usa e interpreta dados de instrumentos apropriados de avaliação para planejar e implementar programas que auxiliem no desenvolvimento da criança e ajuda os pais a maximizarem as oportunidades de aprendizagem de seu filho, dentro do pressuposto de que “a criança com dificuldades é antes de

tudo uma CRIANÇA, e secundariamente tem uma condição de desvantagem” (Klein & Campbell, 1998).

A MIELOMENINGOCELE

Diament & Cypel (1996) afirmam que o termo Disrafismo Espinal é aplicado a uma grande variedade de malformações conseqüentes à defeituosa fusão do tubo neural que podem afetar a pele do dorso, a coluna vertebral, as meninges, as raízes nervosas espinais, a medula e as vísceras abdominais. Classicamente é dividida em duas formas clínicas: a Espinha Bífida aberta (defeito aparente ao nascimento, é a mais grave) e a Espinha Bífida oculta (inaparente e não acompanhada de significado clínico ao nascimento). A incidência dos casos abertos, segundo os autores, é de um para mil nativos e em relação à oculta (frequente em nossa sociedade) atinge cifras de 0,3%. É mais frequente em crianças do sexo masculino e de cor branca. O quadro clínico descrito é amplo e em relação às lesões neurológicas têm-se quatro tipos que resultam em: A) paraplegia do tipo flácido com perda de sensibilidade e arreflexia, entretanto o padrão de déficit motor e sensitivo irá depender do nível topográfico da lesão medular; B) lesão ao nível lombar onde não há função nervosa; C) lesão que acarreta paraparesia espástica com perda discreta da sensibilidade e D) transecção completa da medula em nível torácico, resultando em paraplegia crural espástica sensitivo motora. Diante das possibilidades de ações do Terapeuta Ocupacional junto às crianças com necessidades especiais e suas famílias, o objetivo deste estudo é descrever e analisar as estratégias de intervenção em Terapia Ocupacional utilizadas em uma situação terapêutica junto a uma criança portadora de Espinha Bífida torácica com hidrocefalia e sua família possibilitando reflexões sobre esta prática.

MÉTODO

Descrição do caso clínico: M.G.F. é um menino de 2 anos e 10 meses, único filho do casal. M. recebeu o diagnóstico

de “espinha bífida torácica com hidrocefalia” ao nascimento, tendo como seqüela a paralisia dos membros inferiores e equilíbrio precário de tronco na posição sentada. Realiza acompanhamento terapêutico nas áreas de neuropediatria, fisioterapia e terapia ocupacional (estes dois últimos na Universidade Federal de São Carlos, onde é atendido por estagiárias com supervisão de docentes dos respectivos cursos). Em relação aos tratamentos anteriores realizou hidroterapia. Não faz uso de medicação.

A avaliação

O processo de avaliação da criança ocorreu por meio de observações e de entrevistas com a mãe. Além disso foram realizadas testagens por meio de atividades que investigaram seu potencial nas esferas sócio-afetivas, motora e cognitiva. Cabe ressaltar que não foi utilizado neste momento nenhum instrumento avaliativo formal em Terapia Ocupacional, entretanto, guiou-se pela abordagem Ecológica do desenvolvimento proposta por Brofenbrenner (1996) e parcialmente por um modelo na área de Terapia Ocupacional descrito por Watson (1992) que prevê as seguintes frentes de avaliação: Desempenho Ocupacional – habilidade de vida diária (auto-cuidado, produtividade, lazer); Componentes de Desempenho e Fatores Ambientais que afetam a vida diária (intrapessoal, físicos, ambientais). A seguir será apresentada uma síntese dos resultados da avaliação.

Na avaliação em Terapia Ocupacional a criança apresentou desenvolvimento cognitivo compatível com sua faixa etária; comprometimento motor ao nível de membros inferiores e tronco. Trata-se de uma criança comunicativa sem problemas na esfera sócio-afetiva, entretanto é bastante apegada à mãe a qual se mostra empenhada e dedicada na promoção de seu desenvolvimento. Há uma grande expectativa da família em relação ao uso de aparelho ortopédico (tutor longo), que possibilitará sua postura em pé e sua marcha. Apresenta dependência nas AVDs, especialmente vestuário, banho e

higiene pessoal. Em relação aos contatos de M. com outras crianças pode-se notar que este é restrito. A família tem um grande interesse na inserção escolar, e tem investido em mobiliários adaptados para M. em sua casa.

A intervenção em terapia ocupacional

Os objetivos do tratamento em Terapia Ocupacional junto a M. e sua família foram traçados levando-se em consideração aquilo que fora analisado durante o processo de avaliação, ou seja, as necessidades apresentadas pela criança e sua família e as demandas ambientais dos prováveis locais em que deverá estar inserido, em especial, a escola.

No que refere a atuação direta junto à criança teve-se como meta o aumento de equilíbrio de tronco na posição sentada, a estimulação sensorio-motora de membros inferiores, as mudanças de decúbito com vistas a melhor distribuição do tônus muscular que encontrava-se aumentado na região da cintura escapular. Procurou-se favorecer o desenvolvimento da auto-imagem, do esquema corporal, da atenção e concentração.

Além disso, procurou-se estimular a formação de vínculo com a estagiária como condição básica para um bom desempenho do processo terapêutico.

A orientação à mãe quanto a confecção de equipamentos para facilitar a autonomia da criança (construção de uma cadeira adaptada para facilitar a performance de M na situação de alimentação, orientações gerais e específicas sobre os tratamentos especialmente, na Terapia Ocupacional) também foi um dos principais objetivos do tratamento, assim como a inserção da criança em trabalho grupal visando futura entrada na escola (estabelecimento de regras e limites).

A dinâmica das sessões em Terapia Ocupacional

O atendimento de M. foi realizado nas salas da UENAPES. Foram realizadas sessões semanais com duração aproximada de 60 minutos (num total de 19) durante o segundo semestre de 2000. As estratégias de intervenção

em Terapia Ocupacional contemplaram:

- O atendimento grupal – neste processo foram utilizados procedimentos de musicalização infantil, visando principalmente a interação de M. com outras crianças com diferentes tipos de acometimentos e graus variados de independência, as quais eram acompanhadas de suas mães ou responsáveis.
- O atendimento individual – onde foram utilizados manuseios ativos e passivos para estimulação de movimentos mais amplos dos membros inferiores e superiores e equilíbrio de tronco, além de atividades de sensibilização tátil e coordenação motora. A mãe participou em todas as sessões de atendimento numa postura colaboradora e educativa. Os aportes teóricos nesta área de atuação foram provenientes da abordagem neuroevolutiva Bobath.
- Visitas domiciliares, que possibilitaram a percepção da rotina de M. e a necessidade de mobiliário adaptado trazendo elementos para a (re) avaliação – complementação de informações preciosas para o tratamento em terapia ocupacional.
- Trabalho interdisciplinar - encontros com os profissionais neuropediatra e fisioterapeuta para discussão do caso procurando-se obter um trabalho em conjunto e integrado.

Os materiais e equipamentos utilizados foram: colchão, mesa adaptada, rolos e rampa (cunha), brinquedos variados (cavalinho de madeira, bola, jogos de encaixe, instrumentos musicais, brinquedos sonoros) e ainda materiais especiais dirigidos para a estimulação sensorial como, por exemplo, sagu, tintas, papéis.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao longo do processo terapêutico foi possível observar uma alteração na frequência em que a mãe procurava o terapeuta com diferentes necessidades. Percebeu-se ainda

um fortalecimento desta relação na medida em que os temas abordados, geralmente na forma de queixa ou solicitação de esclarecimento, eram bastante amplos e diversificados: órtese, prognóstico, linhas de atuação conflitantes entre os profissionais.

Os contatos realizados com a mãe de M. durante as sessões de atendimento em Terapia Ocupacional possibilitaram “o falar sobre suas dúvidas”. Assim, foi possível apresentar as dúvidas em relação aos objetivos dos tratamentos, expor as expectativas em torno da confecção da órtese e rever, examinando cuidadosamente as reais necessidades de seu filho.

Neste caso, a expectativa da família em relação ao uso de uma adaptação e ao sucesso no emprego dessa “órtese” consistia em uma grande incerteza apresentada pela mãe, o qual significava a única chance de marcha e de independência da criança.

Identifica-se aqui uma das situações estressoras vivenciadas pela família, dúvidas e incertezas, e que está relacionada às (in)capacidades da criança.

A partir da identificação deste fator estressor durante o processo de terapia ocupacional, foi possível examinar com a mãe a importância da colocação do tutor, discutir os objetivos de cada profissional nesta tarefa e ilustrar, com base na sua vivência cotidiana advinda dos diversos ambientes terapêuticos, o que cada profissional visava trabalhar.

Desta forma, houve um momento em que toda a ênfase do tratamento em terapia ocupacional centrou-se na confecção do tutor longo. Abrir um diálogo sobre esta temática durante as intervenções foi importante para a detecção das dúvidas e incertezas trazidas pela mãe, o que possibilitou a discussão e o esclarecimento de outros objetivos do tratamento que eram imprescindíveis para o desenvolvimento global de M.

Entendeu-se que somente a partir do trabalho realizado com a mãe (esclarecimento de suas dúvidas) podia-se colocar em prática o trabalho previamente planejado em

Terapia Ocupacional. Este plano consistia na manutenção do potencial de desenvolvimento, na promoção da independência na esfera motora, no preparo para sua inserção social no ambiente escolar e na estimulação da aquisição de determinadas habilidades.

Dentro deste contexto de atuação observou-se a melhora do vínculo mãe-terapeuta, e o surgimento de uma relação de confiança, possibilitando o trabalho de orientação familiar de forma ajustada, justificada pelo atendimento às necessidades da criança e também de sua família.

Assim, o trabalho de visita e adaptações realizadas no ambiente domiciliar, com base nas necessidades da família e da criança, obteve resultados positivos em termos de posicionamento correto de M. ao sentar, na indicação de outras alternativas de posturas e ainda no treino de alimentação.

Foram observados também ganhos em relação à evolução clínica da criança: M. demonstrou maior aceitação de contato físico em relação ao manuseio, considerando que o toque para ele anteriormente era aversivo; obteve-se movimentação mais ampla de membros superiores com discreta diminuição do tônus; posicionamentos diferentes para a realização de atividades da vida diária foram indicados; conquista da postura sentada com apoio, pois M. permanecia todo o tempo deitado em decúbito ventral. Nas considerações teóricas sobre diferentes abordagens em terapia ocupacional, os autores Rogers, Holm & Stone (1997) descrevem a Abordagem de Avaliação Dinâmica, a qual acredita-se que muito se assemelha àquilo que ocorreu ao longo do processo terapêutico em tela. Nessa abordagem, o processo de avaliação é interativo possibilitando identificar os déficits de performance, e assim determinar as estratégias de intervenção eficazes para desenvolver, restaurar o desempenho ou ainda compensar os déficits. A Abordagem de Avaliação Dinâmica foi bastante útil no sentido de prover as informações do contexto da criança – destacando-se aqui

as Atividades de Vida Diária - que o terapeuta necessitava para planejar e prosseguir o seu programa de intervenção individualizado.

Como aponta Guralnick (1997), "... torna-se essencial o relacionamento de colaboração entre pais e profissionais, onde estes sejam capazes de ouvir efetivamente, estabeleçam procedimentos de avaliação sistemáticos e orientados para a família, saibam negociar de forma bem sucedida as diferenças entre perspectivas e valores".

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletindo sobre o objetivo do presente estudo que foi o de descrever e analisar as estratégias de intervenção em Terapia Ocupacional, buscou-se compreender sob que bases teóricas vêm se dando esta prática junto às crianças com necessidades especiais por meio da descrição de um caso. Podemos dizer que no presente modelo de atuação utilizado e aqui apresentado, a intervenção junto à família que sofre alguns ou vários dos estressores apontados por Guralnick (1997) pode ser de extrema ajuda se considerarmos todo o contexto no qual o nosso "paciente" - a criança - e sua família estão inseridos, e não apenas nos restringirmos às orientações de técnicas específicas.

O trabalho de "orientação às famílias" pode se tornar muito rico se for possível adequar os diferentes métodos de intervenção às suas reais condições, não somente em relação ao tipo de mobiliário, às atividades de autocuidado, mas também como uma forma de compartilhar este conhecimento com a mãe, pai ou outro familiar.

"Se estamos nos tornando parceiros no desenvolvimento de seu filho e refletindo as possibilidades do empowerment ("empoderamento", fortalecimento) que podemos oferecer a esta família, (num contexto mais amplo), damos a ela condições de assumir os cuidados com sua criança diante do contexto maior, a sociedade". (Thompson, L., 1997) .

Quando nos referimos ao tipo de estratégias que

usamos para "orientar" as famílias podemos nos remeter à citação das autoras Klein e Campbell (1998), onde colocam como obrigatório todo o conhecimento sobre desenvolvimento normal e patológico, os fatores de risco que podem causar deficiências, informações sobre a patologia instalada, dados sobre a estrutura familiar e as formas de abordagem que cada família aceita ou permite; e todos estes pontos aliados, portanto, ao nosso conhecimento técnico específico. Estas informações são fundamentais dentro da atuação de Terapeutas Ocupacionais, pois o empenho está em promover uma boa qualidade de vida para o "paciente", de modo que ele se restabeleça e alcance as demandas de seu meio social. O sentido de qualidade de vida aqui empregado é amplo uma vez que não fica restrito à criança. Ele aborda os diferentes sistemas e sub-sistemas de sua vida, especialmente procedimentos diversos que favorecem sua inclusão no contexto familiar e escolar.

Finalizando, o processo de intervenção em Terapia Ocupacional junto às famílias pode ser bem sucedido quando se leva em consideração os seguintes pontos na intervenção precoce: a promoção da funcionalidade, o planejamento de atividades e as orientações coerentes com todos estes aspectos levantados atrelados à individualidade de cada criança e sua família.

No caso abordado neste estudo, a mãe conseguiu questionar o tratamento do filho, o que se deu devido ao espaço que ela pôde ocupar nas sessões de Terapia Ocupacional, e usou-o para tirar suas dúvidas e explicitar suas angústias. Seu questionamento foi respeitado e diante disso foi promovido um espaço suportivo para discussões e esclarecimentos.

A partir da retomada da compreensão sobre o fator estressor que interferia no vínculo com a mãe, fizeram sentido as orientações em relação às Atividades de Vida Diária e todo o plano de intervenção traçado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Tradução de Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
2. DIAMENT, A & CYPEL, S. **Neurologia Infantil**. Editora Atheneu. 3ª Edição, 1996.
3. FONSECA, V. Problemática da Deficiência: sua prevenção e identificação. In: FONSECA, Vítor. **Educação especial : Programa de Estimulação Precoce: uma introdução às idéias de Feuerstein**, 2ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
4. GURALNICK, M. J. Second - generation research in the field of early intervention. In: GURALNICK, Michael J. **The effectiveness of early intervention**. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, 1997.
5. KLEIN, N.K. & CAMPBELL, P. Preparing personnel to serve at-risk and disabled infants, toddlers and preschoolers. In: MEISELS, S.J. & SHONKOFF, J.P. **Handbook of Early Childhood Intervention**, 1998.
6. KRAUSS, M. W. Two Generations of Family Research in Early Intervention. In: GURALNICK Michael J. **The effectiveness of early intervention**. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, 1997.
7. MEYERHOF, P.G. & PRADO, T.F.A. Intervenção Precoce em Paralisia Cerebral. In: SOUZA & FERRARETTO (org.) **Paralisia Cerebral: aspectos práticos**. São Paulo: Memnon, 1998.
8. PEREZ-RAMOS, A. & PEREZ-RAMOS, J. **Estimulação Precoce: serviços, programas e currículos**. 2ª ed., Brasília, DF, Ministério da Ação Social. Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE), 1992.
9. ROGERS, J.C., HOLM, M.B. & STONE, R.G. Evaluation of daily living tasks: the home care advantage. **The American Journal of Occupational Therapy**, 51, (6), pp. 410-422, 1997.
10. THOMPSON, L. Pathways to family empowerment: effects of family-centered delivery of early intervention services. **Exceptional Children**, 64, pp. 99-113, 1997.
11. WATSON, D. Documentation of pediatric assessments using the occupational therapy guidelines for client-centred practice. **Canadian Journal of Occupational Therapy**, 59, (2), 1992.
12. WORLD FEDERATION OCCUPATIONAL THERAPISTS – W.F.O.T. Definição de Terapia Ocupacional de 1993. <http://members.NBCI.COM/abrato; 13/10/2001>

ABSTRACT

The present article is intended to relate an experience of Occupational Therapy starting from an intervention to a child with mielomeningocele and hidrocefaly. This work carries out a description of the intervention strategies used by the Occupational Therapist allowing the examination of the relationship between the family and the therapist in this situation. During the meetings, the results showed a higher frequency of contacts between mother-therapist and a diversity of subjects related to child's life brought by the mother. They still showed that the previous prepared work plan of Occupational Therapy, whose objective was the child motor independence, his/her social insert/inclusion and basic skills, had advanced as the therapist and the mother decides to work together in the same goal. Finally there was a discussion about the aspects of this child and his family's quality of lifegiving pointed out the relation of help and the communication throughout the therapeutic process. The relationship between the child's parents' ways of guidance and intervention, considering the stress situations that the family can face and the permanent action's accompaniment that provide the basis to social insert and to empowerment, earned much importance by the results of this work.

Key words: family, occupational therapy, mielomeningocele, early intervention, interdisciplinary approach