

TERAPIA OCUPACIONAL E O DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS EM VULNERABILIDADE SOCIAL

EDUARDA VIANA NEVES¹; MAITÊ MACHADO ZIGLIA²; JÉSSICA VERAS ARAÚJO³; NICOLE RUAS GUARANY⁴

¹Universidade Federal de Pelotas – eduardaavn@gmail.com

²Universidade Federal de Pelotas – zigliamaite@gmail.com

³Terapeuta Ocupacional – jessica.veras.jva@gmail.com

⁴Universidade Federal de Pelotas – nicolerg.ufpel@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

Souza (2014) definiu desenvolvimento infantil (DI) como um processo único, no qual é constituído a partir da continuidade e de mudanças nas habilidades cognitivas, psicossociais, motoras e de linguagem, adquiridas gradualmente de forma mais complexa nas atividades da vida diária. A autora frisa que o período pré-natal e os primeiros anos de vida são a base do desenvolvimento infantil que se dá por meio da interação com o ambiente que se está inserido.

Portanto, crianças que vivem em situação de vulnerabilidade social têm maior probabilidade de apresentarem fatores que prejudicam seu desenvolvimento, como a depressão materna, a baixa escolaridade e renda dos pais, a falta de interação dos pais com a criança, violência doméstica, entre outros fatores (SOUZA, 2014).

A Terapia Ocupacional (TO) é qualificada para trabalhar com crianças em situação de vulnerabilidade social, com todas as faixas etárias, desde o recém-nascido, quando há alterações no seu desenvolvimento, seja por questões “orgânica, emocional e/ou social”, utilizando atividades lúdicas para estimular habilidades, de acordo com o esperado para a idade (GOMES, OLIVER, 2010).

Contudo, este estudo pretendeu avaliar os impactos da vulnerabilidade social no desenvolvimento de crianças de 2 meses a 4 anos, que não frequentam a educação infantil e residem na comunidade Dunas/ Areal na cidade de Pelotas, a fim de compreender as áreas do desenvolvimento infantil que sofrem mais impacto e dos fatores associados a eles.

2. METODOLOGIA

Estudo de abordagem quantitativa exploratória, composto por amostra de conveniência, caracterizada por crianças de 2 meses a 4 anos, de famílias residentes na comunidade Dunas do bairro Areal da cidade de Pelotas, que vivem em situações de vulnerabilidade social e de baixa renda. O local escolhido se deu pelo fato de ser um local de vulnerabilidade social, caracterizada pela ausência de estruturas de ambiência urbana, que prioriza o passeio dos ônibus apenas nas avenidas principais, além da condição de baixa renda dos moradores (MEREB, 2011).

Para contato com a amostra selecionada para este estudo, foi feita solicitação à Prefeitura Municipal de Pelotas para realização do estudo e a busca de crianças residentes no bairro Dunas, através dos dados dos prontuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) Dunas. Estes dados englobam o nome das crianças, idades e endereços. Participaram do estudo quinze crianças e onze

responsáveis, que após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), responderam a um questionário estruturado com questões fechadas sobre as famílias, a renda, a saúde da criança e entre outras informações.

Os instrumentos utilizados para avaliar o desenvolvimento infantil foram a Avaliação Age and Stage Questionnaires (ASQ-3) e a Avaliação Survey of Well-being of Young Children (SWYC). A ASQ-3 é um teste de triagem que cobre cinco domínios do desenvolvimento infantil (comunicação, coordenação motora ampla, coordenação motora fina, resolução de problemas e pessoal/social). O SWYC é uma ferramenta que fornece uma visão global da criança por meio de vigilância continuada, contendo questionários para acompanhar o progresso do desenvolvimento, do comportamento, além do contexto familiar da criança. O SWYC é constituído por 12 questionários específicos para as principais idades chaves do desenvolvimento infantil.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta de dados aconteceu através de visita domiciliar e participaram do estudo quinze crianças e onze responsáveis, visto que havia responsáveis por mais de uma criança. As crianças que participaram do estudo, apresentaram entre 2 meses e 4 anos de idade, sendo 8 meninos e 7 meninas. Das onze responsáveis que participaram do estudo, a maioria eram mães (n=9) e as demais prima e avó (n=2). A maioria das responsáveis se autodeclararam pretas (n=7) e o restante brancas (n=4) e as crianças a maioria pretas (n=9) enquanto as demais são brancas (n=6). Acerca da faixa etária das responsáveis (n=11), a maioria possuía entre 18 a 28 anos (n=6), seguida pelas responsáveis que tinham acima dos 41 anos (n=3) e as que possuíam entre 29 a 40 anos (n=2).

Constatou-se que todas as crianças possuem Registro Civil de Nascimento e Caderneta de Saúde da Criança (n=15), a maioria apresenta o calendário de vacinas atualizado (n=12), enquanto o restante está desatualizado (n=3). Em relação à saúde e deficiências, há crianças que apresentam condições de saúde e transtornos (n=5) como hérnia na virilha, hiperatividade, intolerância à lactose e bronquite.

Os resultados da avaliação de desenvolvimento infantil através do ASQ-3, mostraram que a maioria das crianças apresentaram atraso significativo no desenvolvimento em pelo menos uma das áreas (n=9), necessitando de estímulo profissional, a grande parte encontra-se na faixa etária de 20 a 30 meses (n=4), enquanto o restante é menor de 18 meses (n=2) e maior de 36 meses (n=3).

Independentemente da faixa etária, as áreas com maiores alterações no desenvolvimento das crianças foram, a de resolução de problemas (n=5), comunicação (n=4) e pessoal/social (n=4), enquanto a que apresentou menores alterações foi a de coordenação motora ampla (n=1), denominando-se desenvolvimento normal na maioria das crianças (n=11). Todas as famílias possuem espaço externo, desta forma constatou-se o impacto desta área para a criança desenvolver sua coordenação motora ampla, pois é um local com maior espaço para correr, pular, chutar ou lançar uma bola. De acordo com estudos, o ambiente é um fator positivo para exercer um grande repertório de movimentos motores (BORBA; PEREIRA; VALENTINI, 2017; SOARES et al., 2013).

As crianças com atrasos significativos, em resolução de problemas (n=5), estão na faixa etária entre 20 a 30 meses (n=2), maiores de 32 meses (n=2) e menores que 18 meses (n=1). As crianças que apresentam atrasos significativos

na comunicação (n=4), estão entre 20 a 30 meses (n=2) e maiores de 32 meses (n=2). Em relação à área pessoal/social, as crianças com atrasos significativos (n=4), a maioria encontra-se entre 20 a 30 meses (n=2), o restante é menor de 18 meses (n=1) e maior que 32 meses (n=1).

A grande maioria das crianças (n=14) necessitam ser monitoradas e estimuladas, pois apresentaram desenvolvimento limítrofe, isto é, estão atrasadas com escore próximo do ponto de corte. O desenvolvimento limítrofe foi identificado principalmente nas áreas de coordenação motora fina (n=8) e pessoal/ social (n=6), mas também na comunicação (n=4), coordenação motora ampla (n=3) e resolução de problemas (n=4). Visto que as crianças estão inseridas num contexto de vulnerabilidade social, exposta a fatores de risco e a ausência de estímulos para sua idade, de acordo com Denboba et. al (2014, p.1), “as intervenções logo nos primeiros anos de vida têm potencial para compensar as tendências negativas e oportunidades de qualidade no aprendizado”, considerando que as mesmas não atingiram a pontuação esperada para idade na ASQ-3.

O segundo ano de vida, é a fase em que a criança apresenta rápidas evoluções, possui muita energia e através da exploração do ambiente alcança novas habilidades. Contudo na pandemia, tiveram oportunidades limitadas de explorar diferentes ambientes, estando apenas no espaço de casa (LEDUR et al., 2019).

Os resultados da avaliação de desenvolvimento infantil SWYC, apresenta que a maioria das crianças (n=9) necessitam de atendimento profissional, enquanto o restante das crianças (n=5) apresenta desenvolvimento esperado para a idade. Das crianças que apresentam necessidade de acompanhamento (n=9), algumas possuem mais de 36 meses (n=4), seguido pelas crianças menores de 18 meses (n=3) e as que possuem entre 23 a 30 meses (n=2).

No item sobre preocupações das responsáveis em relação ao comportamento, aprendizagem ou desenvolvimento da criança, seis responsáveis identificaram preocupações. Dessas responsáveis, a metade é responsável por crianças com mais de 36 meses (n=3). No que tange a depressão materna, a maioria não apresenta suspeita de depressão (n=7), o restante (n=4) possui suspeita. Destaca-se que a maioria das mães que apresentam sinais de depressão, tem filhos menores de 18 meses (n=3).

O último domínio do instrumento é voltado para sinais de violência doméstica no relacionamento afetivo das responsáveis, das quais seis possuem companheiro. Dessas, há mulheres que apresentam relacionamentos conflituosos necessitando de uma atenção especial (n=2). Salienta-se ainda, que estas duas mulheres são as mesmas que apresentam sinais de depressão, possuem escolaridade baixa (analfabetismo e fundamental incompleto), não possuem renda ou renda única proveniente do Auxílio Brasil (R\$600).

Neste sentido, destaca-se a importância de investir mais no desenvolvimento precoce das crianças, principalmente nos primeiros três anos de vida e na valorização do acompanhamento durante a gestação, com o intuito de criar um vínculo entre essas famílias (DELLA BARBA et al., 2017).

4. CONCLUSÕES

Tendo em vista os resultados deste estudo apresentados, conclui-se que as áreas que apresentaram mais impacto foram a de resolução de problemas, com atrasos mais significativos e a coordenação motora fina com atrasos próximo a

pontuação de corte no instrumento ASQ-3. A área com menores atrasos foi a coordenação motora ampla. Destaca-se a importância do espaço externo disponível que todas as famílias possuíam e sua importância para o desenvolvimento infantil.

Em relação às variantes da vulnerabilidade social, constatou-se que todas as famílias possuem renda baixa e a maioria das responsáveis têm escolaridade baixa (fundamental incompleto e analfabetismo), em consonância a estes fatores de risco para o desenvolvimento infantil, mais da metade das crianças apresentaram atraso no desenvolvimento em ambas as avaliações, portanto sugere-se novos estudos na área.

No que tange a Terapia Ocupacional, conclui-se que esta tem grande potencial na elaboração de estratégias de prevenção de atraso no desenvolvimento infantil, podendo atuar na promoção e intervenção precoce, fornecendo estímulos adequados a idade de cada criança, principalmente através da atenção à saúde primária, que é a porta de entrada para pessoas em vulnerabilidade social.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BORBA, L. S. de; PEREIRA, K. R. G.; VALENTINI, N. C. Motor and Cognitive Development Predictors of Infants of Adolescents and Adults Mothers. **Journal Of Physical Education**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 1-16, 2017.

DELLA BARBA P. C. de S. et al. A TERAPIA OCUPACIONAL EM UM PROCESSO DE CAPACITAÇÃO SOBRE VIGILÂNCIA DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE. **Cadernos de Terapia Ocupacional da Ufscar**, São Carlos, v. 25, n. 1, p. 223-233, 2017.

DENBOBA, A. et al. **Intensificando o desenvolvimento da primeira infância**: investindo na primeira infância com grandes retornos. Banco Mundial: Fundação Maria Cecilia Souto Vidigal: Children 's Investment Fund Foundation, 2014.

GOMES, M. L.; OLIVER, F. C. A prática da terapia ocupacional junto à população infantil: revisão bibliográfica do período de 1999 a 2009. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 21, n. 2, p.121-129, 2010.

LEDUR, C. S. et al. O desenvolvimento infantil aos dois anos: conhecendo as habilidades de crianças atendidas em um programa de saúde materno-infantil. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 40-59, 2019.

MEREB, H.P. **Loteamento Dunas e sua microfísica de poder**. 2011. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Pelotas.

SOARES et al. **Avaliação das affordances presentes em diferentes tipos de residências para a promoção do desenvolvimento motor infantil**. Temas sobre Desenvolvimento, v. 19, n.106, p. 184- 187, 2013.

SOUZA J.M. **Desenvolvimento infantil**: análise de conceito e revisão dos diagnósticos da NANDA-I [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2014.