

# AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA OCUPACIONAL DE CRIANÇAS COM ENCEFALOPATIAS CRÔNICAS INFANTIS NÃO PROGRESSIVAS (ECInP)\*

**Fabiana Cristina Frigieri de Vitta**

Terapeuta Ocupacional, Mestre em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos, Docente do Departamento de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Universidade do Sagrado Coração de Bauru-SP

## Resumo:

Esta pesquisa teve por objetivo *caracterizar o desenvolvimento da criança com Encefalopatia Crônica Infantil não Progressiva nas diversas áreas: cognitiva, motora, atividades de vida diária e socialização*. Para tal, foram avaliadas 30 crianças atendidas no setor de Terapia Ocupacional da Clínica de Educação para a Saúde da Universidade do Sagrado Coração, através do Guia Portage de Educação Pré-escolar. Como resultado, foi possível observar que a área com maior comprometimento é a cognitiva, seguida pela motora e que as crianças com maior limitação física apresentavam, também, alterações nas outras áreas do desenvolvimento. Os dados confirmam a interligação destas áreas no desenvolvimento global da criança e permitem a hierarquização das prioridades de tratamento terapêutico.

**Palavras-chave:** terapia ocupacional, avaliação, encefalopatia crônica infantil não progressiva

Segundo LEFÈVE e DIAMENT apud DIAMENT e CYPEL (1990), as Encefalopatias Crônicas da Infância “constituem um grande e heterogêneo capítulo no qual estão incluídas

numerosas afecções com várias etiologias e quadros clínicos muito diversos, tendo em comum o fato de afetarem o Sistema Nervoso Central (SNC) da criança com um caráter crônico”. Ainda, podem ser

---

\* Este trabalho contou com financiamento PIBIC/CNPq - USC

progressivas, que se agravam lenta ou aceleradamente, ou não progressivas. As últimas apresentam “tendência à regressão espontânea, maior ou menor, das manifestações clínicas, à medida que os anos vão passando”. Neste grupo incluem-se “aquelas afecções iniciadas no período pré-natal ou nos primeiros tempos de vida extra uterina (...) com a característica de interferir no desenvolvimento do SNC, podendo ocasionar distúrbios da movimentação voluntária, do tono muscular, e/ou hipercinesias, e/ou um grau variável de atraso intelectual, freqüentemente, concomitantes com problemas de aprendizagem e de comunicação pela fala”, sendo que a maioria desses quadros são designados como Paralisia Cerebral (PC). Estes autores questionam, ainda, se é possível incluir nesta categoria anomalias cromossômicas que alteram a estrutura do SNC.

Uma característica a se destacar em relação a estas alterações é o fato de ocorrerem no período de maior desenvolvimento infantil, ou seja, a criança, logo ao nascimento, encontra-se com seu padrão desenvolvimental comprometido. Nesta fase, qualquer fator que interfira na aquisição de um dos aspectos do desenvolvimento, deverá interferir no desenvolvimento como um todo (THIESSEN e BEAL, 1995). Dessa forma, é necessário que a criança com ECInP seja submetida a profissionais que atuem no sentido de proporcionar estímulos específicos que visem o desenvolvimento mais próximo ao normal.

A Terapia Ocupacional (TO) atua junto à criança com Encefalopatia Crônica não Progressiva através da estimulação de áreas do desenvolvimento que estejam defasadas, ou seja, nos aspectos motor e/ou cognitivo e/ou sensorial e/ou social e/ou emocional. Esta atuação se dá através da análise e adaptação de atividades, de forma a atender aos objetivos do programa terapêutico

ocupacional. “A atividade é para a criança a forma de conhecer o mundo, de adquirir habilidades, conceitos, independência. Através da atividade a criança recebe informações sensoriais, integra-as e age sobre o ambiente de forma a modificá-lo e apreendê-lo” (DE VITTA, 1998). A atividade da criança merece destaque no desenvolvimento infantil tendo importante papel para o desenvolvimento motor, cognitivo (CAVICCHIA, 1993; FLEHMIG, 1981), da linguagem (ECKERT, 1993) e na personalidade (THIESSEN e BEAL, 1995).

O terapeuta ocupacional terá como tarefa a adaptação das atividades, de modo que possam proporcionar à criança condições reais de interação. Esta adaptação deverá levar em conta as limitações decorrentes da ECInP, fornecendo possibilidades de alteração nos graus de complexidade da atividade, de modo que proporcione realmente a aquisição dos comportamentos desejados. Segundo PFEIFER (1997) através da manipulação do ambiente tornando-o mais facilitador, promover-se-á o desenvolvimento dos vários aspectos do desenvolvimento, sendo esta também uma tarefa do terapeuta ocupacional.

Dessa forma, esta pesquisa teve por objetivo caracterizar o desenvolvimento da criança com Encefalopatia Crônica Infantil não Progressiva, atendida na Clínica de Educação para a Saúde da Universidade do Sagrado Coração, nas diversas áreas: cognitiva, motora, atividades de vida diária e socialização.

Os sujeitos desta pesquisa foram determinados a partir dos seguintes critérios: 1) apresentar ECInP; 2) ter idade entre 0 e 7 anos; 3) estar sendo atendido em uma das especialidades da Clínica de Educação para a Saúde (CEPS) da Universidade do Sagrado Coração (USC).

Os sujeitos e seus responsáveis (pessoa com maior convivência e conhecimento acerca do desenvolvimento

da criança) foram agendados para entrevista nos meses de novembro de 1997 a janeiro de 1998, no setor de TO da CEPS, sendo reservado a cada caso dois dias distintos. Os responsáveis foram comunicados dos objetivos e relevância da pesquisa e, em seguida, entrevistados acerca dos comportamentos realizados pela criança nas áreas motora, cognitiva, atividade de vida diária (AVD) e socialização. Também, a criança era observada em situações de atividade espontânea para confirmação da existência de comportamentos (quando os responsáveis não tinham certeza).

Os comportamentos abordados na entrevista foram baseados no manual de observação para o Guia Portage de Educação Pré-escolar, traduzido por WILLIAMS e ROSSITO (1981) e adaptado por

EMMEL, (1987) e os dados foram registrados em protocolos conforme determina o Guia Portage.

A partir dos dados coletados, foi possível hierarquizar as áreas de desenvolvimento que apresentam maior e menor defasagem em relação às idades e patologias responsáveis pela ECInP. Este quadro permite uma visão geral sobre as prioridades de atendimento em relação à clientela da CEPS.

A TO avaliou 30 crianças, sendo que 66,7% participam de tratamento terapêutico ocupacional na Clínica de Educação para a Saúde da Universidade do Sagrado Coração. Das crianças avaliadas, 46,7% pertencem ao sexo feminino e 53,3% ao masculino. A Tabela 1 retrata a distribuição dos participantes por faixa etária e hipótese diagnóstica.

TABELA 1 - Distribuição dos participantes por faixa etária e hipótese diagnóstica

<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa (%)</b>
0 a 6 meses	-	-
7 meses a 1 ano	1	3,3
1 a 2 anos	9	30,0
2 a 3 anos	11	36,7
3 a 4 anos	3	10,0
4 a 5 anos	2	6,7
5 a 6 anos	3	10,0
6 a 7 anos	1	3,3
<b>HIPÓTESE DIAGNÓSTICA</b>	<b>Frequência absoluta</b>	<b>Frequência relativa (%)</b>
Sem diagnóstico*	6	20,0
Síndrome de Down	7	23,3
Síndrome do miado do gato	1	3,3
Toxoplasmose Congênita	1	3,3
Paralisia Cerebral	13	43,3
Síndrome de Rubinstein Taybi	1	3,3
Encefalopatia Congênita	1	3,3

\* Esta categoria refere-se às crianças que não têm seu diagnóstico confirmado.

É possível notar que 80% das crianças têm menos de quatro anos, sendo que a faixa etária de 2 a 3 anos é a que concentra o número maior de crianças. Apenas uma criança encontrava-se com mais de seis anos no momento da avaliação. Este dado (baixa idade das crianças atendidas), ressalta a importância do programa terapêutico, posto que quanto menor a faixa etária, maiores são as possibilidades de desenvolvimento. Ou seja, estimular, nesta idade, crianças que apresentem atraso em áreas do desenvolvimento ou fatores de risco para tal, é de extrema importância, pois a plasticidade cerebral possibilita maior recuperação.

Quanto à hipótese diagnóstica, a PC é a que mais acometeu as crianças participantes desta pesquisa, o que confirma as palavras de LEFÉVRE e DIAMENT apud DIAMENT e CYPEL (1990).

Os resultados das avaliações das áreas socialização, atividades de vida diária, cognição e motora das crianças apresentaram os seguintes resultados:

- a área na qual as crianças têm melhor resultado é a de socialização, posto que 66,7% do total dos sujeitos atingiram um percentual superior a 60% dos comportamentos esperados para a idade;
- em relação às atividades de vida diária, 10% das crianças não atingiram sequer 10% do que era esperado para suas faixas etárias (sendo todas com graves limitações físicas) e a maioria (63,4%) situa-se na faixa entre 40 e 80% do que seria desejado;
- na área cognitiva, 63,3% das crianças atingiram até 50% dos comportamentos desejados para a faixa etária, sendo que 16,7% não atingiram sequer 10%;
- na área motora obteve-se resultado semelhante, posto que 56,7% não chegaram a atingir 50% do esperado

e, novamente, 16,7% não atingiram 10%;

- é necessário destacar que as crianças com limitações físicas graves obtiveram os piores resultados tanto na área motora como cognitiva.

Em relação às hipóteses diagnósticas, os resultados podem ser divididos em três grupos: a) crianças com PC, b) crianças com Síndrome de Down e c) outros diagnósticos.

A) em relação à PC:

- 38,5% encontram-se com limitação física importante;
- a área com melhores resultados é a de socialização (53,9% das crianças atingiram de 80 a 100% dos comportamentos esperados para sua idade);
- a área com piores resultados é a motora (61,6% das crianças não atingiram mais de 30% dos comportamentos esperados para a idade);
- quanto aos comportamentos esperados para a categoria atividades de vida diária (AVDs), os resultados mostraram-se dispersos, pois mais da metade (69,3%) das crianças distribuem-se regularmente na faixa de 40 a 90% dos comportamentos esperados para a idade e 30,8% das crianças com PC apenas atingiram de 0 a 20%;
- das crianças que não atingiram mais que 20% dos comportamentos nas AVDs, 80% têm uma limitação física importante
- na área cognitiva 46,2% das crianças não apresentaram mais que 20% dos comportamentos esperados para a faixa etária.

Das crianças com PC, 60% participam da TO. Também para elas, a atividade selecionada e adaptada pelo terapeuta poderá trazer benefícios, não somente na área motora, mas também nas outras áreas do

desenvolvimento.

B) em relação à Síndrome de Down:

- os melhores desempenhos encontram-se na área de socialização (100% das crianças realizaram de 70 a 100% dos comportamentos previstos para sua idade);
- nas AVDs, 85,5% das crianças atingiram de 40 a 90% dos comportamentos esperados para a idade;
- os piores resultados foram obtidos na área cognitiva (todas as crianças ficaram na faixa de 30 a 70% dos comportamentos previstos para a idade);
- a área motora, também, apresentou baixos resultados (85,5% dos sujeitos atingiram de 30 a 70% dos comportamentos).

Novamente, é possível perceber uma ligação íntima entre as áreas motora e cognitiva. Embora esta criança apresente um déficit cognitivo diretamente ligado ao problema genético, as crianças com Síndrome de Down têm, ao nascimento, seu desenvolvimento motor prejudicado pela hipotonia, adquirindo comportamentos motores como rolar, sentar, engatinhar, andar, mais tardiamente que o esperado, prejudicando as ações da criança sobre o ambiente.

Esta discussão reafirma o conceito de que as experiências motoras são bastante significativas na aquisição e aproveitamento dos outros aspectos do desenvolvimento, sendo de extrema importância o favorecimento, por parte dos profissionais, destas habilidades. Em relação à TO, é importante que cada atividade sugerida para estas crianças, permita-lhes ter contato com o ambiente ao seu redor e perceber a interferência de seus movimentos e ações sobre os objetos. A partir daí, esta criança terá possibilidades de desenvolver uma imagem mais positiva de si mesma e de sua relação com o mundo externo. No entanto, não se

deve entender que as adaptações feitas no meio ou na atividade devem torná-la fácil, podendo não promover para a criança o desafio necessário para um envolvimento real com a mesma. Assim, deve haver uma graduação na complexidade oferecida pelas atividades.

C) em relação aos grupos diagnósticos com apenas um sujeito, constatou-se:

- que a criança com Síndrome do Miado do Gato apresenta melhor desempenho nas atividades de vida diária e pior nas áreas cognitiva e motora;
- as crianças com Toxoplasmose congênita, Síndrome de Rubinstein Taybi e Encefalocele Occipital têm melhor desempenho na área social e pior na área cognitiva.

Do total das crianças avaliadas pelo setor de TO, três delas (10,3%) apresentam comprometimento visual grave: atrofia de nervo ótico (associada à PC), visão periférica (Toxoplasmose Congênita), lesão no lobo occipital do SNC (Encefalocele Occipital) e 20,7% têm um estrabismo significativo, sendo que destes 66,7% associa-se com a PC, o que confirma os dados de Doman (1989), que verificou que “alta porcentagem das crianças que sofriam de lesão cerebral também tinham problemas visuais”.

É relevante uma discussão sobre as implicações da visão no desenvolvimento normal, posto que quando se relaciona os comportamentos adquiridos e a deficiência visual, se observa que, nas áreas cognitiva e motora, todas as crianças com comprometimento visual grave atingiram até 50% dos comportamentos esperados para a idade. Apenas uma destas crianças (com PC) apresenta entre 90 e 100% dos comportamentos esperados para sua faixa etária na área de socialização, estando as outras abaixo dos 50% e, na área de AVDs, estão na faixa de 20 a 60% dos comportamentos esperados para a idade.

Já em relação às crianças que apresentam estrabismo, verifica-se que em relação às AVDs e cognição, 50% das crianças ficam na faixa de 0 a 20% dos comportamentos esperados para a idade. Na área motora, 50% não atingem sequer 10% do que é normal para a idade e na socialização, embora 50% estejam entre 0 e 40% (com diagnóstico de PC), 33,3% das crianças atingiram de 90 a 100% dos comportamentos esperados, sendo uma diagnosticada como PC e uma sem confirmação diagnóstica.

A visão é responsável, juntamente com outras sensações (labirínticas, táteis e auditivas) pelo conhecimento que o indivíduo tem sobre a postura de seu corpo e de seus movimentos. Segundo SAMARÃO BRANDÃO (1984) “a visão e o tato não só nos proporcionam o conhecimento do que se passa ao redor de nós como também contribuem para que percebamos o nosso corpo e suas relações com o ambiente. Pela visão direta podemos ver e memorizar a imagem de diferentes segmentos do corpo e suas relações com o ambiente”.

A visão, junto com as outras entradas sensoriais, é responsável pela assimilação que a pessoa faz do ambiente em que vive, sendo importante na organização de tais conhecimentos para, em seguida, agir. Segundo GESELL e AMATRUDA apud KNOBLOCH e PASAMANICK (1981), “a visão é o mais sofisticado e objetivo de todos os sentidos. Ela oferece o relato mais minucioso do mundo externo, registrando simultaneamente posição, distância, tamanho, cor e forma.”

Em relação ao tratamento para as crianças com déficits visuais, o mais precoce é o indicado, posto que a plasticidade cerebral poderá permitir que a criança atinja níveis mais altos de desenvolvimento e integração entre as diversas entradas sensoriais.

Das crianças que apresentam estrabismo, 83,3% fazem TO, assim como todas as outras citadas com comprometimento visual grave. Nestes casos, o terapeuta ocupacional possibilitará, através da atividade e da exploração dos objetos e do meio, o estabelecimento de relação entre as várias sensações: tátil, auditiva, visual e cinestésica.

Este trabalho mostra claramente a intrincada relação entre os vários aspectos do desenvolvimento, ou seja, quanto um déficit em uma área irá prejudicar as outras. As ECInP interferem no desenvolvimento global da criança, principalmente nos casos denominados PC.

Em todos os casos avaliados pela TO, observa-se que a área cognitiva é a que se apresenta em maior desvantagem, seguida pela área motora e a inter-relação entre sensorial (representada aqui, principalmente, pelas crianças que apresentam deficiência visual), motor e cognitivo. BOBATH (1990) sinaliza para a interdependência dos processos neurológicos, psicológicos e motores no desenvolvimento do ser humano quando fala sobre a PC e sobre a interferência do aspecto neurológico, podendo provocar uma série de defasagens.

Estes resultados afirmam a necessidade de um maior trabalho nas áreas sensorial, motora e cognitiva do desenvolvimento destas crianças, sendo que bons resultados nestas áreas favorecem a aquisição de comportamentos na área de atividades de vida diária e proporciona à criança facilidade maior para se relacionar socialmente.

O terapeuta ocupacional, diante de tal quadro, deverá intervir junto à criança, possibilitando uma maior eficiência em sua vida cotidiana. Tal eficiência inclui não somente as áreas sensorial, motora e cognitiva, mas o uso de suas capacidades nestas áreas para interferir na

comunidade na qual se insere de modo a exercer seu direito de cidadão. Para isso, o profissional deverá, também, trabalhar com esta comunidade, o que inclui a

família, a escola, a inserção do indivíduo no mercado de trabalho e o esclarecimento público, através de pesquisas rigorosas e devidamente publicadas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BOBATH, K. **Uma base neurofisiológica para o trata-mento da Paralisia Cerebral**. São Paulo: Manole, 1990.
- CAVICCHIA, D.C. **O cotidiano da creche: um projeto pedagógico**. São Paulo: Loyola, 1993.
- DE VITTA, F.C.F. **Uma identidade em construção: o terapeuta ocupacional e a criança com retardo no desenvolvimento neuropsicomotor**. Bauru: EDUSC, 1998.
- DOMAN, G. **O que fazer pela criança de cérebro lesado**. Rio de Janeiro: Auriverde, 1989.
- ECKERT, H.M. **Desenvolvimento motor**. São Paulo: Manole, 1993.
- EMMEL, M.L.G. **Guia Portage de Educação Pré Escolar: versão reduzida (pub. Interna)**. UFSCar, 1987.
- FLEHMIG, I. **Desenvolvimento Normal e seus Desvios no Lactente: diagnóstico e tratamento precoce do nascimento até o 18º mês**. São Paulo: Atheneu, 1981.
- KNOBLOCH, H., PASAMANICK, B. *Gesell e Amatruda: Diagnóstico do Desenvolvimento*. São Paulo: Atheneu, 1981.
- LEFÈVRE, A.B., DIAMENT, A. Paralisia cerebral. In: DIAMENT, A., CYPEL, S. **Neurologia Infantil - Lefèvre**. 2. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1990. p. 791-807.
- PFEIFER, L.I. Comprometimento motor e aquisição de habilidades cognitivas em crianças portadoras de paralisia cerebral. **Temas sobre desenvolvimento**, v.6, n.31, p.4-13, 1997.
- SAMARÃO BRANDÃO, J. **Desenvolvimento psicomotor da mão**. Rio de Janeiro: Enelivros, 1984.
- THIESSEN, M.L., BEAL, A.R. **Pré-escola, tempo de educar**. São Paulo: Ática, 1995.
- WILLIAMS, L.C.A.; ROSSITO, A.L. **Manual de observação para o Guia Portage de Educação Pré-Escolar**. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1981, Mimeo.

## ABSTRACT

The aim of this research was to assess Non-progressive Chronic Encephalopathy Infantile assisted in the occupational therapy departament of Clínica de Educação para a Saúde (Education Clinic to Healthy) at Universidade do Sagrado Coração (USC). For such, the assessment was done using the Portage Guide of Preschool Education which made possible to evaluate the different aspects of development: cognitive, motor, daily life activities and socialization. As a result, it was possible the hierarchization of priorities for therapy. Mainly, it has confirmed the intersection of these areas on the global child's development and the role of the activity, subject matter of the occupational therapist work on the stimulation of this development.

**Key words:** occupational therapy, assessment, infant chronic encephalopathy