

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL

THAIS GIUDICE SCHULTZ

**ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
Estratégias para o cuidado da criança com deficiência**

Rio de Janeiro

2014

THAIS GIUDICE SCHULTZ

ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
Estratégias para o cuidado da criança com deficiência

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como requisito necessário para obtenção do grau em Terapia Ocupacional.

Orientadora: Prof^a. Carolina Maria do Carmo
Alonso

Rio de Janeiro

2014

THAIS GIUDICE SCHULTZ

ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO BÁSICA:
Estratégias para o cuidado da criança com deficiência

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Terapia Ocupacional da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, como requisito necessário para obtenção do grau em Terapia Ocupacional.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Professora Carolina Maria do Carmo Alonso

Orientadora

Professora Melissa Ribeiro Teixeira

Membro da Banca

Dedico este trabalho a todas às crianças que apresentam alguma deficiência e que através das janelas de suas casas, contemplam o mundo, desejosas por alçar novos horizontes.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, a Deus. Só Ele conhece e compreende minhas necessidades antes mesmo que eu as manifeste. Somente Ele ampara e secunda cada passo meu antes mesmo de qualquer rogativa.

Aos meus amados pais, Nivea e Paulo, por trilharem junto a mim, de mãos dadas, os caminhos já que percorri e as estradas que se desenharam a minha frente.

Aos professores da graduação. A cada um, por terem oferecido o melhor de si mesmos, em prol da minha construção profissional.

A todos os funcionários da Unidade Básica de Saúde, pelo acolhimento, pelo vínculo e por todo processo de trabalho em conjunto.

A professora Carolina, pela orientação e, principalmente, pela oportunidade de participação no projeto que hoje direciona este estudo e que amanhã e sempre norteará o meu trabalho.

Enfim, a todos que estiveram próximos a mim, amigos, familiares, professores, profissionais da saúde e que possibilitaram a construção deste estudo.

RESUMO

O presente trabalho busca discutir a intervenção do terapeuta ocupacional, no âmbito da atenção básica, no cuidado a criança com deficiência, tendo como objetivo norteador de suas intervenções, o fomento da participação social da criança em sua comunidade. Trata de um estudo qualitativo, bibliográfico e documental, configurando-se como relato de experiência das minhas vivências no PET-Saúde. A partir do cotejamento entre as referências bibliográficas sobre o tema disposto e as categorias temáticas oriundas da análise do material de campo, construíram-se os resultados esperados para direcionar e apoiar a discussão final. Nesse sentido, foram apontadas caracterizações acerca do cuidado da criança com deficiência: a dificuldade de acesso aos serviços de saúde; a escassez de intervenções com orientação para a família e centrada na família; a fragilidade do acompanhamento da criança com deficiência pela equipe de saúde da família e o empobrecimento do arsenal de atividades dispostas no território. Concomitantemente, frente a esses resultados, apresentaram-se as possíveis contribuições do terapeuta ocupacional na busca de um cuidado a criança com deficiência, calcado pelos princípios da universalidade, equidade e integralidade preconizados pelo SUS.

DESCRITORES: Terapia ocupacional; Atenção primária à saúde; Saúde da família; Criança com deficiência.

ABSTRACT

This paper discusses the intervention of the occupational therapist in the context of primary care, in the care of children with disabilities, with the goal of guiding their activities fostering social participation of children in their community. It is a qualitative, bibliographic and documentary study, configuring it as an experience report in PET-Saúde. From the examination between references on the subject provisions and themes arising from the analysis of field material, built-up expected to direct and support the final discussion results. In this sense, characterizations were identified regarding the care of children with disabilities: the difficulty of access to health services; the lack of guidance interventions for family and family-centered; the fragility of monitoring of children with disabilities by the team of family health and impoverishment of artisanal activities arranged in the territory. Concomitantly, compared to those results presented are the possible contributions of occupational therapists in search of a disabled child care, underpinned by the principles of universality, fairness and integrity adopted by SUS.

KEYWORDS: Occupational therapy; Primary health care; Family health; Children with disabilities.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABS	Atenção Básica em Saúde
AIDPI	Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância
AVD	Atividade de Vida Diária
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CONADE	Conselho Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência
DINSAMI	Divisão Nacional Materno Infantil
ESF	Estratégia Saúde da Família
EqSF	Equipe de Saúde da Família
MS	Ministério da Saúde
NAISC	Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Criança
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISMC	Programa de Assistência Integral da Mulher e da Criança
PET-Saúde	Programa Educação para o Trabalho
PSF	Programa Saúde da Família
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RBC	Reabilitação Baseada na Comunidade
SUS	Sistema Único de Saúde
TO	Terapia Ocupacional/ Terapeuta Ocupacional
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	9
2. APORTE TEÓRICO.....	15
2.1 Breve histórico das Políticas de Cuidado a Criança.....	15
2.2 As Linhas de Cuidado à Criança na ESF.....	16
2.3 O Princípio da Integralidade no Cuidado à Criança.....	18
2.4 O Cuidado da Criança com Deficiência na ESF.....	19
2.5 A Abordagem no Cuidado da Criança com Deficiência.....	21
2.6 A Intersetorialidade como Estratégia para o Fomento da Participação Social.....	23
2.7 A Reabilitação Baseada na Comunidade.....	23
2.8 Contribuições do Terapeuta Ocupacional inserido no NASF.....	24
3. OBJETIVO.....	26
4. MÉTODO.....	27
4.1. PROCEDIMENTOS.....	28
4.1.1 PESQUISA DOCUMENTAL E BIBLIOGRÁFICA.....	28
4.1.2 ANÁLISE DE CONTEÚDO BIBLIOGRÁFICO.....	29
4.1.3 ANÁLISE DOS REGISTROS DO CADERNO DE CAMPO	30
5. RESULTADOS/DISCUSSÃO.....	31
5.1 Dificuldade de Acesso aos Serviços de Saúde.....	31
5.2 Escassez de Intervenções com Orientação para a Comunidade e Centrada na Família.....	32
5.3 Fragilidade do Acompanhamento da Criança com Deficiência pela Equipe de Saúde da Família.....	34
5.4 Empobrecimento do Arsenal de Atividades Dispostas no Território.....	36
6. APONTAMENTOS FINAIS.....	38
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40

1 INTRODUÇÃO

O cuidado à pessoa com deficiência, no Brasil, se constitui, de forma hegemônica, por serviços de caráter assistencialista e hospitalocêntrico. Caracterizam-se por grandes centros especializados, que possuem como objetivo final, a reabilitação da função física. Assim, as demais dificuldades enfrentadas pela pessoa com deficiência, como a limitação em seu desempenho funcional e em sua participação social são consideradas fatores decorrentes da alteração bio-patológica (Almeida 1997, 2000; Oliver *et al* 2001, *apud* ALONSO, 2009).

Tal configuração acarreta num hiato entre as ações de cuidado previstas pelos centros de reabilitação especializados e a real necessidade da grande parcela da população com deficiência (ALONSO, 2009). A falta de acesso aos serviços de saúde e de reabilitação mostra-se como um dos principais problemas enfrentados por essa população apontando para a fragilidade do sistema de saúde e a precariedade das condições de vida impostas, principalmente, à população de baixa renda (AOKI, 2009).

Este processo decorre principalmente do fato do serviço de reabilitação estar localizado em áreas centrais, o que acaba gerando uma barreira no acesso dessa população pelas dificuldades objetivas de deslocamento e acessibilidade encontradas no decorrer do trajeto, além de sua baixa cobertura assistencial frente a essa demanda de cuidado (NAALIN, 1992; ALMEIDA e CAMPO, 2002; OLIVER *et al* 1999 *apud* ALONSO, 2009).

Com o advento do Sistema Único de Saúde (SUS), as pessoas com deficiência passaram a pautar a agenda dos serviços públicos de saúde na busca de superação de um quadro de histórico de exclusão (MALFITANO; FERREIRA, 2011).

Sob essa nova perspectiva de trabalho em saúde, com a inclusão de todos os grupos sociais no seu atendimento, possibilitou-se a criação de novos equipamentos sociais, para atender às demandas advindas da incorporação dessa população (LEÃO *apud* MALFITANO; FERREIRA, 2011).

Como exemplos de ações, houve a implantação de grupos com pessoas com transtorno mental grave em Unidades Básicas de Saúde (UBS), atendimento individual e em grupo para portadores de deficiência, ações nos Centros de Convivência e Cooperativas, além de muitas outras intervenções (OLIVER; BARROS; LOPES, 2005).

Adjacente ao funcionamento de novas instâncias políticas, a população segregada do sistema passa a ter o direito da assistência de acordo com a Lei 8.080/90 que regulamenta o SUS. Segundo essa lei, a saúde é dever do Estado e direito de todos os cidadãos, sendo compreendida não só como a ausência de doenças, mas determinada por conjunto de fatores presente no cotidiano do sujeito, como: alimentação, saneamento básico, moradia, meio ambiente, trabalho, educação e lazer (CORDEIRO, 1996 *apud* ROSA; LABATE, 2005)

Dentre as doutrinas que norteiam as ações de cuidado, destacamos a universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência e a integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990).

Assim, Almeida e Campos (2002, p.119) consideram:

No campo da saúde, projetaram-se mudanças importantes para pessoas portadoras de deficiência, na medida em que os princípios de construção do Sistema Único de Saúde apontaram para uma efetiva inclusão desse grupo no conjunto de usuários do sistema. A universalidade e a hierarquização, propostas como diretrizes, a valorização de ações de prevenção e a mudança do modelo hospitalocêntrico, bem como outras proposições, alimentaram a esperança de que, finalmente, as demandas desse grupo motivaram a elaboração e concretização de ações de saúde e reabilitação na esfera pública, ampliando e qualificando significativamente a oferta de atenção.

Assim, frente a um modelo tecnicista, hospitalocêntrico e mercantilista que se mostra insuficiente para atender às necessidades de saúde das pessoas, a Estratégia Saúde da Família (ESF) surge como uma estratégia de reorientação desse modelo assistencial em consonância com as diretrizes do SUS (ROSA; LABATE, 2005). A ESF configura-se como a principal aposta para a consolidação de

um modelo alternativo de saúde no país: a Atenção Básica em Saúde¹ (ABS) (PAIM *apud* REIS; VIEIRA, 2013).

A ESF incorpora e reafirma os princípios básicos do SUS - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade - alicerça-se sobre três grandes pilares: a família, o território e a responsabilização continuada, além de ser respaldado pelo trabalho em equipe, (BRASIL, 2001) configurando-se como a atenção básica de saúde mais próxima da pessoa com deficiência (BIM; BENATO; VICENTIM, 2007).

Segundo Franco e Merhy (2003 *apud* Reis e Vieira 2013), a estratégia apostou em uma mudança do desenho sob o qual opera o serviço, mas não nos afazeres do cotidiano de cada profissional, que em última instância é quem define o perfil da assistência. Assim, apontam que a implantação da ESF não garantiu a ruptura do modelo biomédico de caráter hegemônico e segregador.

Compreendendo as limitações das Equipes de Saúde da Família (EqSF) em oferecer atenção integral à saúde nos seus territórios de abrangência, o Ministério da Saúde (MS) criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em 2008, com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar ações da atenção básica, através de uma equipe de profissionais a qual se insere o terapeuta ocupacional (TO) (BRASIL, 2010).

Segundo o MS, as equipes do NASF devem ser constituídas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento e cada uma delas é responsável pelo apoio a determinado número de equipes de Saúde da Família. As suas práticas em saúde devem estar focadas nas necessidades dos territórios sob sua responsabilidade, comprometidas com uma atuação multiprofissional, com vistas à interdisciplinaridade e intersetorialidade, e precisam garantir e praticar a promoção, prevenção, reabilitação e cura (BRASIL, 2010).

¹ Atenção Básica em Saúde é definida segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) como “[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção, e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades”.

Para a melhor compreensão acerca do campo de trabalho o qual esta pesquisa se insere, cabe destacar algumas das ferramentas tecnológicas da ABS, a saber:

A Clínica Ampliada, abordagem caracterizada pela compreensão ampliada do processo saúde doença; construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas; ampliação do objeto de trabalho; transformação dos instrumentos do trabalho e suporte para os profissionais de saúde, visando uma reconfiguração da atenção individual e coletiva em saúde.

E o Projeto Terapêutico Singular (PTS), que consiste em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário e, geralmente, dedicado a situações mais complexas (BRASIL, 2010).

É nesse contexto que nos deparamos com o Programa Educação para o Trabalho (PET-Saúde), intitulado Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência na Estratégia de Saúde da Família: discutindo necessidade e novas possibilidades de cuidado.

Este projeto que se constrói a partir de uma parceria do Ministério da Saúde com a Universidade Federal do Rio de Janeiro, desde 2012, possui o objetivo de promover a integração ensino, serviço e pesquisa no campo das práticas territoriais de cuidado à saúde das pessoas com deficiência por meio da análise das ações desenvolvidas pelos profissionais das equipes de saúde da família e do Núcleo de Apoio a Saúde da Família em duas regiões da cidade do Rio de Janeiro (ALONSO, 2012).

Sob a supervisão de uma terapeuta ocupacional, coordenadora do projeto, a qual acompanha e direciona o processo de trabalho das bolsistas, o projeto é realizado em parceria com os preceptores profissionais da área de saúde e profissionais atuantes na unidade básica de saúde.

A minha participação como acadêmica de terapia ocupacional e bolsista do projeto referido, permitiu-me uma familiarização com o trabalho e o trabalhar de uma equipe da Estratégia Saúde da Família, e ainda, conhecer e dimensionar o cenário inerente à população com deficiência do território de abrangência da UBS.

Nesse contexto, angariando uma maior aproximação com a política pública do SUS, seus desdobramentos na prática, e uma visão mais contextualizada do processo saúde- doença, atentei para um público em específico existente dentro desse universo de pessoas com deficiência: a população infantil.

Observa-se que a infância representa um período fundamental para o desenvolvimento de grande parte das potencialidades humanas. Assim, qualquer ordem de distúrbio, nessa época, pode ser responsável por acarretar importantes quadros de debilidade orgânica e vulnerabilidade social para indivíduos e comunidades (BRASIL, 2009).

Segundo o relatório Situação Mundial da Infância 2013, divulgado pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), crianças que vivem na pobreza estão entre aquelas com menor probabilidade de usufruir, por exemplo, dos benefícios da educação e de cuidados de saúde, mas para crianças que vivem na pobreza e têm uma deficiência é ainda menor a probabilidade de frequentar a escola ou centros de saúde no local onde vivem. Elas estão entre as mais vulneráveis a violência, abusos, exploração e negligência, situando-se à margem das ações de cuidado.

Nessa direção, o presente trabalho alça o campo da criança com deficiência, partindo do pressuposto que a sua inserção em grupos populacionais específicos, naturalmente submetidos aos processos de exclusão social -como é o lugar da deficiência- configura-se como um fator de risco à saúde da criança. A partir da observância da prática oferecida por meio do PET-Saúde, emerge um cenário onde as crianças com deficiência encontram-se em um estado de isolamento social, precariedade dos fazeres e das relações, apontando para a necessidade da promoção de intervenções que visem o fomento da sua participação social.

Tal problemática conduziu-me a tecer alguns questionamentos quanto ao lugar da criança com deficiência em sua comunidade, e como o profissional terapeuta ocupacional pode pensar e traçar suas ações em cuidado destinado a esse público, no campo da atenção básica.

Corroborando com esta percepção, Marques (1998) *apud* Othero, Dalmaso (2009) aponta que as pessoas com deficiência, independentemente de suas

potencialidades, estão amordaçadas em uma ideia totalizante de incapacidade, que diminui suas possibilidades de realização no mundo (sejam materiais, afetivas, educacionais, políticas etc.). Está presente o estigma, ou seja, a pessoa é reduzida à condição dita negativa, na sua relação com os outros e com os diferentes contextos (Goffman, 1988 *apud* Othero, Dalmaso, 2009).

É frente a essa conjuntura que o terapeuta ocupacional insurge como profissional atuante do NASF, detentor de um arsenal de ferramentas, as quais contemplam desde a aplicação dos seus saberes tecnológicos através do uso da tecnologia assistiva, até a construção de planos e objetivos de tratamento que consideram a criança com deficiência inserida em um território, verificando os princípios de integralidade e equidade do SUS para a elaboração de ações intersetoriais e interdisciplinares, contribuindo para a longitudinalidade no cuidado em saúde (ROCHA; SOUZA, 2011).

Dessa forma, ao terapeuta ocupacional faz-se mister pensar acerca da necessidade e das possibilidades do cuidado em saúde, munindo-se da abordagem da clínica ampliada para a construção de projetos terapêuticos singulares que viabilizem a reinserção da criança com deficiência nos dispositivos e atividades que lhe são próprios, promovendo o redesenho da sua rede social e o fomento da sua participação social.

2 APORTE TEÓRICO

Este capítulo visa oferecer ao leitor um embasamento do contexto desta pesquisa, assim como, uma aproximação dos conceitos que serão problematizados e discutidos. Para tal, são apresentados alguns temas que atravessam este trabalho, a saber:

2.1 Breve Histórico das Políticas de Cuidado a Criança

No Sistema de Saúde Brasileiro, a Política de Atenção à Criança sempre esteve interligada à saúde materna, definida como Política de Saúde Materno-Infantil. A percepção mais difundida da criança como ser em permanente desenvolvimento foi resultado de um longo processo que envolveu transformações na organização social, desde o ponto de vista da esfera privada das famílias até as políticas públicas, que permitiram a adoção de práticas e condutas para esse processo de mudanças (MENDONÇA *apud* ERDMANN; SOUZA, 2009).

Nessa direção, em 1983 a Divisão Nacional Materno Infantil (DINSAMI) elaborou o Programa de Assistência Integral da Mulher e da Criança (PAISMC), com o objetivo de reduzir a morbimortalidade dessa população, incrementando a cobertura e a capacidade resolutiva da rede pública de serviços de saúde do país.

Em 1984, no Brasil, numa ação coordenada entre o governo federal, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e o Ministério da Saúde, baseado na análise das condições sanitárias e epidemiológicas da população, o PAISMC sofreu uma separação do programa da mulher, e elaborou-se o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), a fim de possibilitar o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento de crianças menores de cinco anos de idade (FIGUEIREDO; MELLO, 2003).

Ressalta-se que este programa deveria oferecer serviços preparados para resolver, a partir da unidade básica, a maioria dos problemas de saúde das crianças. Com enfoque na assistência integral à sua saúde, cinco ações básicas surgiram como respostas aos agravos mais frequentes e de maior peso na morbimortalidade de crianças de 0 a 5 anos de idade: Aleitamento Materno e Orientação Alimentar para o Desmame; Controle da Diarreia, Controle das Doenças Respiratórias na

Infância; Imunização e o Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento. (BRASIL, 1984)

A partir deste programa de assistência à criança, o Ministério da Saúde marcou um direcionamento na política para a expansão e consolidação da rede de serviços básicos, através da integração das diferentes instituições envolvidas na prestação da assistência à saúde e do uso de atividades de baixa complexidade e baixos custos (FIGUEIREDO; MELLO, 2003). Atualmente, o PAISC é denominado Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Criança (NAISC).

Em 1995, o Ministério da Saúde adotou a Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) como política de atenção a saúde da criança menor de cinco anos. Esta estratégia incorporou as ações do PAISC, introduzindo o conceito de integralidade e propondo um novo modelo de abordagem da saúde da criança no primeiro nível de atenção (COSTA *et al*, 2011), constituindo uma importante estratégia para a identificação dos sinais de risco e qualificação do manejo de crianças em casos mais graves (BRASIL, 2004).

Assim, no que tange a população infantil, o nível primário funciona como porta de entrada do sistema, oferecendo cuidados básicos de saúde, incluindo-se aí a atenção integral, referenciando os casos mais complexos para os demais níveis, propondo a universalidade da assistência, integração dos serviços e a municipalização da saúde, possibilitando o reconhecimento dos problemas e necessidades locais de saúde (FIGUEIREDO, MELLO, 2003).

2.2 As Linhas de Cuidado à criança na ESF

A Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil aponta como estratégia as *Linhas de Cuidado* como uma possibilidade de superação da desarticulação entre os diversos níveis de atenção em saúde e de se oferecer um cuidado integral na infância. Assumindo o desafio da conformação de uma rede única integrada de assistência à criança, incluindo serviços de caráter intersetorial, recorre-se a linha de cuidado integral da saúde da criança, com a identificação das ações prioritárias e as estratégias que devem nortear a ação das unidades de saúde e da rede (BRASIL, 2004).

A organização dos processos de trabalho a partir das diretrizes das linhas de cuidado, através da escuta e da reflexão sobre as necessidades dos sujeitos, priorizando o contato entre profissionais, usuários e a realidade do contexto social vivido, é considerada como uma estratégia fundamental para lidar com as necessidades de saúde da população atendida (REIS; GOMES; AOKI, 2012).

A *Linha de cuidado da atenção integral da saúde da criança e redução da mortalidade infantil* possui como eixo estruturante o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Abrange ações de cuidado à saúde da mulher; atenção humanizada e qualificada à gestante e ao recém-nascido; triagem neonatal; incentivo ao aleitamento materno, incentivo e qualificação do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil; combate à desnutrição e anemias carenciais; imunização; atenção às doenças prevalentes; atenção à saúde bucal; atenção à saúde mental; prevenção de acidentes, maus-tratos/violência e trabalho infantil; atenção à criança com deficiência (BRASIL, 2004).

Possui como princípios norteadores o planejamento e desenvolvimento de ações intersetoriais; acesso universal; acolhimento; responsabilização; assistência integral e resolutiva; equidade; atuação em equipe; desenvolvimento de ações coletivas com ênfase na promoção da saúde; participação da família/control social na gestão local e avaliação permanente e sistematizada da assistência prestada (BRASIL, 2004).

Nos serviços de atenção básica, os profissionais que realizam o pré-natal frequentemente são os que seguirão acompanhando a família durante a puericultura da criança. Sendo assim, o vínculo entre a equipe de saúde e a família do recém-nascido para o acompanhamento da criança deve preferencialmente se iniciar desde o pré-natal (DEMOTT et al., 2006 *apud* BRASIL, 2012).

Ilustrando as iniciativas que advém dessa linha de cuidado podemos apontar a *Caderneta de Saúde da Criança-Passaporte da Cidadania*, distribuída a todos os nascidos vivos das maternidades públicas e privadas (BRASIL, 2010). Apresenta-se como importante instrumento de registro e orientações que auxilia aos pais na

tomada de decisões quando for identificada alguma alteração no desenvolvimento dos seus filhos, além de ser uma ferramenta para manter o vínculo da criança e da família com os serviços de saúde oferecidos pela AB (BRASIL, 2004).

Além disso, a estratégia *Acolhimento Mãe-Bebê na Unidade Básica de Saúde após alta da Maternidade* busca estabelecer uma referência para uma recepção humanizada, após alta da maternidade; realizar as ações preconizadas para a 1ª semana de vida do bebê e, no caso da mulher, as ações referentes à 1ª semana após o parto e possibilitar o estabelecimento precoce do vínculo da família com essa Unidade de Saúde (BRASIL, 2010).

2.3 O Princípio da Integralidade no Cuidado à Criança

Os eixos determinantes das Linhas de Cuidado são orientados pelo princípio de integralidade por meio de ações educativas, promocionais, preventivas, de diagnóstico e de recuperação da saúde, as quais pressupõem o compromisso de prover qualidade de vida para que a criança possa crescer e desenvolver todo o seu potencial (BRASIL, 2004).

A respeito da dimensão da integralidade no cuidado à criança, Erdmann e Souza (2009, p.158), consideram:

A integralidade do cuidado é atitude, e como tal é um modo de ser que não se realiza fora do contexto multidimensional da criança, da família, do processo de crescer, desenvolver e adoecer e das subjetividades. É interativo, condição que exige repensar e modificar o processo de cuidar e como se dá o processo interativo entre quem cuida e quem é cuidado, portanto, é fortemente marcada pela dimensão relacional.

Este princípio da política de saúde compreende que os aspectos que interferem na saúde da criança perpassam por ações intersetoriais, qualificando as ações do cuidar, e apesar disso, verifica-se ainda que o modelo médico demonstra maior credibilidade frente às demandas de agravos à saúde pelos quais são acometidas as crianças (SOUZA; ERDMANN; MOCHEL, 2011)

Na perspectiva do cuidado à criança na ABS, os estudos de Souza, Erdmann e Mochel (2011), acerca das condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança em uma Unidade Básica de Saúde, apontam que em caso de doença, as

mães procuram o serviço de urgência, pois se sentem inseguras em relação ao atendimento da unidade básica de saúde e que tal insegurança também é compartilhada pela equipe da unidade pesquisada, demonstrando a necessidade da ampliação do escopo de atuação dos serviços de saúde.

Segundo a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, apesar dos avanços alcançados como a redução dos índices de mortalidade infantil, os indicadores de saúde demonstram que ainda falta um longo caminho a percorrer para garantir às crianças brasileiras o direito integral a saúde, como assumido em nossas leis (BRASIL, 2004).

É necessária, então, a reformulação dessas práticas nas ações básicas preconizadas, estimular o vínculo mãe-filho-família; organizar o seguimento infantil; capacitar os recursos humanos, considerando a participação da família e a orientação às mães quanto ao cuidado com a criança. Portanto, a integralidade do serviço se produz no processo de trabalho, no cotidiano de cuidado à criança, segundo a perspectiva do Sistema Único de Saúde. (FIGUEIREDO; MELLO, 2003)

2.4 O Cuidado da Criança com Deficiência na ESF

Adentrando ao núcleo da criança com deficiência, a UNICEF considera que pelo menos 10% das crianças nascem ou adquirem algum tipo de deficiência – física, mental ou sensorial – com repercussão negativa no desenvolvimento neuropsicomotor. Por outro lado, cerca de 70 a 80% das sequelas podem ser evitadas ou minimizadas através de condutas e procedimentos simples de baixo custo e de possível operacionalização.

Nesse sentido, no escopo de ação da ESF, o monitoramento permanente de ocorrências de deficiências e incapacidades nas crianças, assim como a análise da prevalência e tendência constitui uma meta a ser alcançada pelos gestores de saúde, objetivando o planejamento de serviços e adoção de medidas preventivas (BRASIL, 2004).

Pode-se apontar dois focos principais a direcionar as ações em prevenção desenvolvidas no SUS, envolvendo toda a rede de atenção. As realizadas para

intervir nos eventos que causam as deficiências e também aquelas realizadas para evitar a progressão de uma deficiência já instalada. No primeiro foco, entre as principais ações estão: acompanhamento do pré-natal, especialmente das gestantes de risco, e do pós-natal; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil; programas de vacinação contra poliomielite, sarampo e rubéola e acesso a exames para descobrir doenças genéticas que causam deficiência, tais como fenilcetonúria, hemoglobinopatias e hipertireoidismo congênito (BRASIL, 2010).

Nesta frente de ação, verifica-se que a promoção do aleitamento materno possui vital importância nessa linha de cuidado, constituindo uma estratégia para a prevenção de distúrbios nutricionais de grande impacto na Saúde Pública. Porém, a implementação das ações de proteção e promoção do aleitamento materno depende dos esforços coletivos intersetoriais, numa perspectiva de abordagem integral e humanizada (BRASIL, 2009).

No segundo foco, para evitar a progressão de uma deficiência já existente, as pessoas devem ser acompanhadas pelas EqSF e quando, necessário, ser encaminhadas para os serviços de reabilitação do SUS (BRASIL, 2010).

Assim, a partir do cadastro da criança, a EqSF deve prestar atenção integral e multiprofissional, possibilitando a detecção dos problemas em tempo oportuno para o desenvolvimento de ações de diagnóstico e intervenção precoce, de habilitação e reabilitação, promoção de saúde e prevenção de impedimento físico, mental ou sensorial e de agravos secundários, minimizando as consequências da deficiência (BRASIL, 2004).

Nessa configuração, o dispositivo da visita domiciliar ou atendimento continuado da criança assumem papel central no cuidado. A equipe de saúde deve estar atenta a alguns sinais de alerta como atraso nas aquisições neuropsicomotoras, comportamentos estereotipados e repetitivos, apatia frente à estímulos do ambiente, dificuldade em fixar visualmente o rosto da mãe, e objetos do ambiente e ausência de resposta a estímulos sonoros. Na presença de qualquer alteração do desenvolvimento psicomotor, a criança deve ser encaminhada a UBS

para avaliação com pediatra e equipes de reabilitação, se necessário (BRASIL, 2004).

O cuidado integral à criança com deficiência e a promoção da sua qualidade de vida pressupõe reabilitá-la na sua capacidade funcional e desempenho humano e proteger a sua saúde para que possa desempenhar o seu papel em todas as esferas da sua vida social. Inclui o diagnóstico, tratamento, encaminhamentos para serviços de reabilitação, medicamentos, assistência odontológica, ajudas técnicas e a nutrição adequada; o fornecimento de órteses, próteses, bolsas pediátricas de colostomias, medicamentos, leites especiais; obedecendo o fluxo local de assistência (BRASIL, 2004).

Também é de competência da atenção básica em saúde a indicação e orientação para recursos assistências e benefícios disponíveis como o auxílio-doença, e outros programas e políticas públicas para a garantia dos direitos, como o das crianças com deficiência frequentarem o ensino regular (BRASIL, 2010).

Destarte, as ações de assistência à saúde destinadas às pessoas com deficiência devem ser inseridas num sistema amplo que abrangerá a implementação de programas de reabilitação, envolvendo a família, a comunidade, em que a ESF tem papel fundamental (BRASIL, 2010).

2.5 A Abordagem no Cuidado da Criança com Deficiência

Aumentar a autoconfiança, a capacidade, a autonomia de indivíduos e grupos sociais, seja nas relações interpessoais, seja nas institucionais, deve ser o objetivo central das boas práticas de reabilitação. Isso tem sido chamado de empoderamento. Seu significado é fundamental, traduzindo desenvolvimento de potencialidades, aumento de informação, da percepção e da participação real e simbólica dos pacientes, que assim passam a ser sujeitos, e não meramente objetos das ações (BRASIL, 2010).

Entretanto, a verifica-se que o cuidado à criança com deficiência significa não só a adoção de medidas de caráter reabilitativo, já que essa população encontra diferentes formas de exclusão, dependendo do tipo de deficiência, o local onde

moram e a cultura ou a classe social a que pertencem (UNICEF, 2013). Essa interação do sujeito com diversos fatores da esfera biopsicossocial e cultural reflete diretamente na forma de cuidado que deve ser prestada a essa população. O seu atendimento clínico deve estruturar-se em ações específicas e complementares, bem como deve envolver também outros atores, dentro da lógica de que a deficiência não é uma questão exclusiva da saúde, mas também de outras políticas públicas (BRASIL, 2010).

Assim, no âmbito da atenção básica, a abordagem de cuidado a essa criança deve ter como referencial a promoção da sua inclusão e participação social, para o quê é necessária a atuação integrada da equipe de saúde com a família, a comunidade e os equipamentos sociais disponíveis (BRASIL, 2004).

Dessa forma, essa pesquisa parte do pressuposto que todas as estratégias e iniciativas advindas do campo da ABS, para a inclusão da criança com deficiência na comunidade, atuam como elemento propulsor do fomento e consolidação da sua participação social.

Analisada e observada a partir da definição utilizada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde- CIF (OMS, 2003), a Participação Social é entendida como o *envolvimento em uma situação de vida* (p.25). A CIF descreve as diversas ações e áreas da vida que fazem parte do que se chama de atividade e participação, sendo elas: aprendizagem e aplicação de conhecimentos; tarefas e demandas gerais, comunicação, mobilidade, cuidado pessoal, vida doméstica, interações e relacionamentos interpessoais e experiência comunitária, social e cívica.

Cabe ainda ressaltar um atributo que se destaca na ABS, frente a sua significativa relevância de cuidado a criança: a *centralização na família*. Compreende-se que o contexto familiar, passa a fazer parte da avaliação das necessidades para atingir o desafio da atenção integral, através do conhecimento dos membros e de seus problemas de saúde (STARFIELD, 2002 *apud* CALDEIRA, 2006).

Assim, considera-se que a adoção de uma abordagem baseada no respeito aos direitos, às aspirações e ao potencial de todas as crianças pode reduzir a vulnerabilidade de crianças com deficiência à discriminação, à exclusão e a abusos (UNICEF, 2013).

2.6 A Intersetorialidade como estratégia para o fomento da Participação Social

A Intersetorialidade pressupõe a definição de objetivos comuns para os quais cada setor contribui com as suas especificidades, articulando ou produzindo novas ações, prevendo a participação da unidade de saúde nas redes sociais locais que se constituem, a partir do território, a defesa dos direitos da criança (BRASIL, 2004).

Definindo-se as prioridades para a saúde da população infantil local e estabelecendo as interfaces necessárias, com a articulação de diversas políticas sociais e iniciativas da comunidade implementadas no município e na área da unidade de saúde, de forma a tornar mais efetivas as intervenções para os diversos problemas demandados pela população (BRASIL, 2004).

Nessa direção, o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver sem Limites configura-se como um plano de ação desenvolvido por 15 ministérios e a participação do Conselho Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE). Possui como proposta que o Governo Federal, estados, Distrito Federal e municípios promovam à essas pessoas, por meio da articulação de políticas governamentais, acesso à educação, inclusão social, atenção à saúde e acessibilidade.

Entretanto, um grande desafio é organizar e planejar essas ações de caráter intersetorial, tão importantes para o processo de cuidado, conjugando educação, saneamento, transporte, entre outros, numa direção única de produção de estratégias eficazes na prevenção, promoção e na intervenção frente aos problemas da sociedade (BRASIL, 2010).

2.7 A Reabilitação Baseada na Comunidade

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Reabilitação Baseada na Comunidade (RBC) constitui uma estratégia de desenvolvimento comunitário para a reabilitação, equalização de oportunidades e inclusão social de todas as pessoas com incapacidades.

Apresentada por entidades internacionais, pode ser compreendida como uma forma de cuidado das pessoas com deficiência, compreendendo o cuidado como resultante de ações multi-setoriais, e como uma estratégia para lidar com as desigualdades vividas por esse segmento social, para ampliar a cobertura assistencial em reabilitação e para a superação das limitações do modelo biomédico vigente (ILO, UNESCO/ UNICEF/WHO, 1994; 2002 *apud* OLIVER *et al*, 2004).

Nessa proposta, o território é compreendido como um espaço delimitado geograficamente, construído historicamente e com relações sócio-econômicas e culturais a desvendar e em permanente processo de construção de relações, poderes, práticas e sentidos entre os diversos atores sociais, expressando contradições e conflitos e modos distintos de vida coletivas e individuais.

No que tange a Terapia Ocupacional, a incorporação destas estratégias redimensionou as práticas dos profissionais, pois a reabilitação não se restringe mais à avaliação funcional e à recuperação das incapacidades. Ela é compreendida dentro de uma rede de significados construída pelo sujeito, no decorrer do processo de reabilitação.

Destarte, o contato constante do terapeuta com os diversos interlocutores (moradores, profissionais da saúde, educação etc), o reconhecimento das condições objetivas do território (transporte coletivo, equipamentos sociais, condições de moradia, barreiras geográficas e arquitetônicas, áreas de lazer entre outros), conduzem o profissional a apropriação da demanda populacional, tecendo novas formas de cuidar e lidar com a questão da reabilitação em comunidades (MOREIRA, 2008).

2.8 Contribuições do Terapeuta Ocupacional inserido no NASF

Conforme mencionado na introdução desse trabalho, dada a amplitude e complexidade das práticas em saúde operacionalizadas pela ESF, o Ministério da Saúde aprovou a portaria 154 que criou o NASF, como um primeiro esforço de colocar de forma organizada a reabilitação na atenção básica (ALONSO, 2009).

Dessa forma, cabe às equipes do NASF, no atendimento as pessoas com deficiência, algumas ações em reabilitação as quais destacamos: desenvolvimento de projetos e ações intersetoriais; matriciamento² à EqSF sobre manuseio,

posicionamento e atividades de vida diária; mobilização, recursos e tecnologias assistenciais para o aumento da participação social dos sujeitos; coordenação do cuidado da saúde das pessoas com deficiência nos diferentes níveis de atenção acompanhando, por exemplo, a dispensação de dispositivos de tecnologia assistiva, órteses e prótese, bem como o treinamento do uso destes (BRASIL, 2010).

Considerando que o eixo da discussão deste trabalho está fundamentado nos preceitos da Saúde Coletiva, partimos da premissa que a Terapia Ocupacional no cuidado de crianças com deficiência, volta o seu olhar não para o processo patológico, mas sim para uma população constituída de sujeitos inseridos em uma comunidade, com seus familiares e amigos, inseridos em atividades sociais, escolares, de lazer, de esporte, e cultura pertencentes a diferentes classes sociais. (ROCHA; SOUZA, 2011).

A partir deste direcionamento, destaca-se que TO inserido na equipe NASF, contribui através da aplicação de suas habilidades específicas como a adaptação de ambientes domiciliares, promoção da independência nas atividades de vida diária (AVD), inclusão escolar e social, fomento da participação em grupos de convivência e oficinas, desenvolvimento de atividades de caráter educativo e de apoio aos cuidadores e prescrição de dispositivos de tecnologia assistiva (ROCHA; SOUZA, 2011).

Nesse sentido, cabe ao TO a construção de um trabalho que articule esses saberes específicos com a estratégia de RBC, através do conhecimento do território de abrangência das equipes de Saúde da Família, identificando e buscando ativamente grupos, famílias e pessoas em situação de vulnerabilidade social, como é o caso de crianças com deficiência, de forma que esses usuários possam ser acolhidos e acompanhados na rotina de trabalho das UBS (ROCHA; PAIVA; OLIVEIRA, 2012).

² Segundo as diretrizes do NASF, o matriciamento é formado por “um conjunto de profissionais que não têm, necessariamente, relação direta e cotidiana com o usuário, mas cujas tarefas serão de prestar apoio às equipes de referência (EqSF). Assim, se a EqSF é composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais na condução de problemas de saúde dos clientes, eles deverão acionar uma rede assistencial necessária a cada caso. Em geral é em tal “rede” que estarão equipes ou serviços voltados para o apoio matricial (no caso, os Nasf), de forma a assegurar, de modo dinâmico e interativo, a retaguarda especializada nas equipes de Saúde da Família”.

3 OBJETIVO

Este trabalho visa promover uma discussão acerca da intervenção do terapeuta ocupacional, no cuidado à criança com deficiência, no âmbito da atenção básica, disparada a partir das minhas vivências e impressões proporcionadas pelo PET-Saúde.

4 MÉTODO

Esta pesquisa localiza-se no campo da investigação qualitativa e configura-se como um relato de experiência conjugado a uma pesquisa documental e bibliográfica elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de artigos de periódicos e documentos do Ministério da Saúde sobre o tema disposto. As bases de dados internacionais não foram utilizadas por se tratar de uma investigação de uma situação particular da realidade brasileira.

Segundo Diehl, 2004 *apud* Dalfovo *et al*, 2008:

A pesquisa qualitativa descreve a complexidade de determinado problema, sendo necessário compreender e classificar os processos dinâmicos vividos nos grupos, contribuir no processo de mudança, possibilitando o entendimento das mais variadas particularidades dos indivíduos.

O desenvolvimento de um estudo de pesquisa qualitativa supõe um recorte temporo-espacial de determinado fenômeno por parte do pesquisador. Esse corte define o campo e a dimensão em que o trabalho desenvolver-se-á, isto é, o território a ser mapeado (MANNING, 1979, p.668, *apud* NEVES, 1996).

Ressalta-se que segundo a fonte de informação da biblioteca virtual em saúde (BVS), a pesquisa configurada como “Relato de Experiência” é dedicada à coleta de depoimentos e registro de situações e casos relevantes que ocorreram durante a implementação de um programa, projeto ou em uma dada situação problema.

Compreende-se que a discussão disparada a partir de um relato de experiência deve apresentar algum aspecto original para os campos da assistência, da reabilitação psicossocial, da promoção da saúde, da promoção social ou da intervenção sócio-cultural e/ou artística.

Nessa direção, trata-se de um relato de experiência de uma acadêmica de terapia ocupacional e bolsista do Programa de Educação Pelo Trabalho em Saúde (PET-Saúde), intitulado “Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência na Estratégia de Saúde da Família: *discutindo necessidade e novas possibilidades de cuidado*”. Nesse sentido, este projeto insere desde o segundo semestre de 2012, os discentes

de terapia ocupacional em uma Unidade Básica de Saúde da cidade do Rio de Janeiro e, possui término previsto para o final do primeiro semestre de 2014.

O material de campo analisado para essa pesquisa foi construído no período de março de 2013 até março de 2014. Esse espaço de um ano corresponde ao início da etapa de aproximação do grupo com a problemática da pessoa com deficiência, até a etapa de finalização da pesquisa caracterizada pelo acompanhamento e construção de PTS junto a EqSF de alguns casos elegidos dessa população.

O estudo bibliográfico e documental se desenvolveu no período de fevereiro a abril de 2014, enquanto a etapa de análise e problematização dos dados bibliográficos e de campo encontrados se deu no período de abril a maio de 2014.

Através desse vasto campo de vivências, retive-me a analisar de forma mais próxima o universo da criança com deficiência, permitindo observar algumas demandas próprias desse público e de sua família. Logo, este estudo busca demonstrar algumas hipóteses oriundas da análise da minha experiência conjugadas a literatura de referência desse campo de conhecimento, visando discutir a intervenção do terapeuta ocupacional no campo da ABS frente a esses atores.

E assim, esta pesquisa por se tratar de uma investigação empírica, baseada em um contexto da vida real dos sujeitos, busca compartilhar experiências e aprendizados que possam oferecer um direcionamento a outros que percorrerão caminhos semelhantes de estudo ou de prática no campo da saúde.

4.1 PROCEDIMENTOS

4.1.1_PESQUISA DOCUMENTAL E BIBLIOGRÁFICA

Segundo Gil (2002, p.44) *apud* Piana (2009), “[...] a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos” A sua principal vantagem está no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente (idem, p.45).

Assim, além de permitir o levantamento das pesquisas referentes ao tema estudado, a pesquisa bibliográfica permite ainda o aprofundamento teórico que norteia a pesquisa, revelando o seu compromisso de qualidade (PIANA, 2009).

Já a pesquisa documental, de acordo com Gil (2006 *apud* ALONSO, 2009) tem como fonte, documentos institucionais conservados em arquivos, documentos de uso restrito, leis, regulamentos, catálogos, cartilhas. Apresenta algumas vantagens por ser fonte rica e estável de dados, não implica em altos custos e não exige contato com os sujeitos da pesquisa (GIL, 2002, p.62-63 *apud* PIANA, 2009).

A pesquisa bibliográfica e documental foi realizada de forma concomitante a todo o desenvolvimento desta pesquisa, permitindo alcançar o patamar da discussão dos resultados apontados.

Trata-se de um estudo apoiado na literatura nacional, em que o planejamento para a construção do referencial teórico se deu a partir da busca de eixos temáticos, são eles:

- **Breve Histórico das Políticas de Cuidado a Criança;**
- **As linhas de cuidado à criança na ESF;**
- **O Princípio da Integralidade no Cuidado à Criança;**
- **O Cuidado da Criança com Deficiência na ESF;**
- **A Abordagem no Cuidado da Criança com Deficiência;**
- **A Intersetorialidade como estratégia para o fomento da Participação Social;**
- **A Reabilitação com Ênfase no Território;**
- **Contribuições do Terapeuta Ocupacional inserido no NASF.**

Tal busca segmentada visou o aprofundamento da reflexão e discussão a respeito dos eixos fundamentais da pesquisa, assim como, oferecer ao leitor um suporte teórico para uma compreensão mais apurada do campo de estudo o qual se insere esta pesquisa.

4.1.2_ ANÁLISE DE CONTEÚDO BIBLIOGRÁFICO

Os procedimentos para análise dos dados colhidos para essa pesquisa basearam-se em preceitos de Franco (2004) *apud* ALONSO (2009) e seguiram as seguintes etapas:

- Pré- análise: Leitura minuciosa do material visando selecionar e organizar os conteúdos encontrados.
- Exploração do material: busca ativa de conteúdos que respondessem aos objetivos estabelecidos, conduzindo a elaboração de categorias temáticas.
- Tratamento dos resultados: Reordenação dos dados obtidos nas etapas anteriores da análise e interpretação dos resultados de forma integrada a literatura acadêmica.

4.1.3_ ANÁLISE DOS REGISTROS DO CADERNO DE CAMPO

Essa pesquisa fundamenta-se através das minhas impressões registradas por meio do diário de campo, durante algumas visitas domiciliares realizadas no território de abrangência e através da observação e análise do processo de cuidado oferecido às crianças com deficiência pela equipe da estratégia saúde da família.

Configurando um exercício de observação e recordação, o registro deve ser o mais amplo possível, e a anotação minuciosa e que registre inclusive afetos, sentimentos e outras percepções do pesquisador, projetando-o nas notas, que por sua vez, se projetam no pesquisador, retroalimentando o processo de pesquisa e reflexão. (GALHEGO, 2002 *apud* AOKI, 2009, p.19)

O diário de campo também contou com descrições e reflexões acerca das minhas vivências no território, abrangendo a conversa com a família da criança, o contato com o espaço e local que lhes eram próprios; a observação da precariedade do fazer e da fragilidade da rede social desta criança e a abordagem do profissional de saúde e do agente comunitário, me permitiu compreender a dinâmica e a caracterização da população.

E assim, a partir da maior incidência de temas, estabeleceram-se as categorias temáticas, que serão confrontadas com o material oriundo da pesquisa bibliográfica, servindo de palco para a discussão do tema central desta pesquisa.

5 RESULTADOS/DISCUSSÃO

Após a leitura minuciosa do material de campo construído durante a minha participação no projeto referido, foram elaboradas as categorias temáticas que serão cotejadas com material bibliográfico de referência do tema disposto, oferecendo palco à discussão. Assim, discurso e ação, teoria e prática se complementam, transfigurando-se nos resultados do presente trabalho.

5.1 Dificuldade de acesso aos serviços de saúde

Através da prática, verifiquei que muitas crianças com deficiência encontram nos serviços especializados de reabilitação, uma fonte de cuidado importante e em muitos casos, a única frente às inúmeras demandas apresentadas. Nesse contexto, notei uma verbalização muito recorrente das mães dessas crianças quanto à dificuldade de acesso a esses serviços.

A distância destes centros de reabilitação até suas casas; o custo financeiro para o transporte; os impeditivos da locomoção de uma criança com deficiência e a precariedade da rede de suporte familiar para oferecer um cuidado aos outros filhos que ficam sozinhos em casa sozinhos durante o tempo de deslocamento foram fatores apontados como barreiras não só para o acesso ao serviço, mas também para a continuidade dos mesmos, tornando essa ação de cuidado desgastante para a família.

Corroborando com este contexto explorado, Rocha (2006) aponta que a população com deficiência e/ou incapacidades, tem dificuldades de acesso aos serviços de saúde, pois tradicionalmente, é considerada como usuário dos serviços especializados.

Paralelamente, observei que mesmo quando a busca da atenção em saúde se dá através da UBS, a dificuldade de acesso ao serviço persiste. O cenário geográfico o qual muitas destas famílias estão imersas, caracteriza-se por inúmeras barreiras arquitetônicas encontradas ao longo do trajeto que dificultam significativamente, o deslocamento dessas crianças, apesar da proximidade espacial entre a UBS e suas casas.

Verifica-se, nesse contexto, que a existência desses obstáculos geográficos consiste em um dos fatores que apontam para a importância das visitas domiciliares.

Essa estratégia própria da ABS busca estabelecer contato direto com as crianças com deficiência e a sua dinâmica domiciliar e doméstica (OLIVER *et al*, 2003). Nesse contexto, em casos que necessitem de acompanhamentos sistematizados, a visita domiciliar configura-se como um dispositivo de alto potencial de cuidado, possibilitando que o serviço chegue até a criança.

Emerge, mais uma vez, nesse cenário a necessidade de pensar em serviços organizados para receber essa população, pressupondo um modelo assistencial centrado na proposta de humanização do SUS e dirigido à inclusão e participação social de todas as pessoas (ROCHA; SOUZA, 2011).

Considerando que um dos atributos da atenção básica é coordenar diversas ações e serviços essenciais para resolver necessidades mais frequentes e mais complexas, a prática do TO permite discernir ações que podem ser realizadas na UBS e até em alguns domicílios e aquelas que necessitam de serviços especializados. Assim, elaborar pequenas adaptações, prescrever a cadeira de rodas mais adequada, inserir a comunicação alternativa, ou confeccionar alguma tipo de órtese é possível na ESF ou em alguns domicílios, enquanto outros procedimentos que requerem uma tecnologia mais pesada devem ser encaminhados para outros níveis assistenciais (ROCHA; SOUZA, 2011).

Assim, frente a essas barreiras cabe ao terapeuta ocupacional articulado a outros profissionais, sob o prisma da Clínica Ampliada, contribuir para a constituição de uma rede regionalizada de atenção à pessoa com deficiência a partir da UBS; construir redes de apoio, buscando criar novos vínculos entre familiares de crianças com deficiência e a comunidade, além de difundir a Reabilitação Baseada na Comunidade entre os profissionais de saúde como alternativa ao modelo de assistência especializado (OLIVER *et al*, 2003).

5.2 Escassez de intervenções com orientação para comunidade e centrada na família

Frente a esse cenário caracterizado por serviços especializados que assumem, por vezes, toda a responsabilização pelo cuidado da criança, emerge um hiato entre as suas ações de reabilitação dirigidas à esse público e o contexto real que a vida desses sujeitos se constrói. Pode-se averiguar que essa falha de

integração gera uma disparidade entre a realidade vivenciada pela família da criança e as orientações/prescrições dos profissionais dos centros especializados que muitas vezes operacionalizam seu serviço sem considerar a condição financeira, a qualidade da moradia, as barreiras físicas e sociais próprias do território, e a própria história dos atores envolvidos.

Em vista de ilustrar essa condição, Oliver e Varela (2013) consideram que a indicação, por exemplo, de uma cadeira de rodas deve ir além das especificações do produto de ordem mecânica-instrumental. É necessário considerar o contexto político, social, cultural e econômico do sujeito o qual se prescreve o dispositivo, garantindo que o recurso esteja em consonância com o contexto singular o qual a criança se insere.

De posse dessas informações, podemos compreender a importância do atributo *orientação para a comunidade*. Desenvolvido a partir da constatação de que todas as necessidades relacionadas à saúde dos pacientes ocorrem em um contexto social e que a identificação dessas necessidades, frequentemente, requer o conhecimento deste contexto. (STARFIELD, 2002 apud CALDEIRA, 2006).

Paralelamente, deparei-me com situações em que atenção destinada à criança deveria se elastecer e abranger toda a família, oferecendo acolhimento e um cuidado frente às demandas que esta primeira rede de apoio da criança apresentava. E assim, a partir do desdobramento desta observação inicial, percebi que, em alguns casos, para que o cuidado seja de oferecido de forma integral à criança, é necessário incluir os integrantes de sua família na pauta das ações de cuidado.

Nesse campo, podemos entender o atributo da ABS, *centralização na família*, caracterizado pelo conhecimento de seus membros e de seus problemas de saúde, desenvolvido quando a coordenação e a atenção integral se defrontam com recursos familiares limitados. O contexto familiar, deste modo, passa a fazer parte da avaliação das necessidades para atingir o desafio da atenção integral (Starfield, 2002 apud CALDEIRA, 2006).

A Política Nacional de Atenção Básica também orienta que sejam desenvolvidas atividades de acordo com o planejamento e programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade (BRASIL, 2006).

Daí, depreende-se que o TO é um elemento relevante em programas que atuam diretamente na comunidade, pois por sua formação interdisciplinar atua na esfera individual e coletiva, reconhecendo a priori as demandas em saúde da comunidade e dos indivíduos, além de oferecer respaldo também as famílias e não só ao indivíduo que necessite diretamente do serviço (OLIVER; ALMEIDA, 2007 *apud* JARDIM; AFONSO; PIRES, 2008).

5.3 Fragilidade do acompanhamento da criança com deficiência pela Equipe de Saúde da Família

Apesar da ABS apresentar-se como um campo altamente fértil às práticas de cuidado a criança com deficiência, pode verificar que as ações e estratégias oferecidas a esse público, no âmbito da ESF, caracterizam-se fundamentalmente, por orientações/ incentivo à amamentação; pelo acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança através de práticas como a vacinação e pela prevenção e tratamento de doenças típicas da infância como gripe, sarampo, catapora e outras. E assim, frente a essa dimensão tomada por tais ações de cuidado, os planos e intervenções voltadas para a construção da participação social e a autonomia da criança se tornam desvanecidas e, em alguns casos, não figuram na pauta de trabalho da EqSF.

Essa abordagem, mundialmente hegemônica, foi amplamente criticada, principalmente por não considerar os fatores socioeconômicos que influenciam na garantia de acesso à satisfação de necessidades básicas das populações e que são determinantes para a condição de saúde das pessoas (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008 *apud* REIS; GOMES; AOKI, 2012).

De acordo com minhas percepções, a *invisibilidade* do cuidado destinado a dessa população desdobra-se em duas principais causas. A primeira consiste na concepção a respeito da alta credibilidade dos serviços especializados frente ao

cuidado prestado pela ESF. Há ainda de forma muito arraigada no ideário familiar, o juízo de que somente os serviços de reabilitação oferecidos por hospitais, ambulatórios conferem uma melhoria real à suas crianças. Isso reflete, negativamente, na procura e na receptividade dos familiares, construindo algumas barreiras para o início e a continuidade do cuidado no âmbito da ABS.

Porém, como mencionado por Almeida, Tissi e Oliver (2000) *apud* Othero, Dalmaso (2009), as principais demandas e necessidades das pessoas com deficiência estão nos complexos processos sociais, para as quais o modelo de assistência especializado é bastante insuficiente.

A segunda causa incide no fato da implementação do NASF, na cidade do Rio de Janeiro, ainda encontrar-se em processo de construção, conjugado aos limites que as EqSF encontram no cuidado de populações que demandam um saber especializado no campo da reabilitação. Verifica-se, dessa forma, a necessidade de uma equipe NASF mais consolidada e integrada as equipes de saúde da família, acompanhando e oferecendo um suporte à equipe de saúde da família, através do matriciamento, durante o processo de cuidado da criança com deficiência.

Essa fragilidade é ratificada por Rocha e Souza (2011) quando consideram que na ABS, ainda há poucas possibilidades de cuidado que são oferecidas as pessoas com deficiência, pois a sua assistência não é uma ocorrência corriqueira, seja porque muitos profissionais e usuários evidenciam estranhamento com esse convívio, quer pelo despreparo técnico das equipes por não possuírem, na maioria dos serviços, profissionais de reabilitação que poderiam facilitar a abordagem do cuidado integral.

No que tange a abordagem do TO na relação com outros profissionais, a ações de matriciamento pode ocorrerem em todo o processo de cuidado com temas que relacionados ao manejo, posicionamento, desempenho funcional nas atividades da vida cotidiana, participação, autonomia, discussões sobre o que é deficiência e possibilidades de intervenção nos domicílios, e nos dispositivos da comunidade, oferecendo um suporte à EqSF no cuidado à criança com deficiência.

Dessa forma, verifica-se que o apoio matricial é fundamental no desenvolvimento dos PTS sob o prisma da Clínica Ampliada, visto que o trabalho em equipe, as trocas contínuas entre os profissionais proporcionam uma saber que não se limita a uma única matriz do conhecimento, respondendo de forma integral as necessidades dos usuários (ROCHA; SOUZA, 2011).

5.4 Empobrecimento do arsenal de atividades dispostas no território

Quando adentramos a fase do projeto de conhecimento do território de abrangência da ESF e de realização das visitas domiciliares, uma impressão muito marcante foi a escassez de atividades dispostas na comunidade que pudessem enriquecer o cotidiano dos seus moradores.

Percebi que a ausência de dispositivos na região abertos a todos, como oficinas de artesanato, teatro, dança, música, grupos de convivência, centros vocacionais e esportivos, repercute na participação social das crianças com deficiência que já apresentam uma dificuldade de inserção em instituições basilares como a escola e espaços de lazer.

Assim, constrói-se a hipótese de que a precariedade de atividades, alocadas no território, reforça o cenário de isolamento social e o empobrecimento do fazer tão comuns no cotidiano das crianças com deficiência.

Nesse contexto, Oliver *et al* (1999) *apud* Oliver *et al* (2003) consideram que as desvantagens vividas pelas pessoas com deficiências, principalmente aquelas que habitam em áreas onde as condições e qualidade de vida são precárias, costumam ser mais limitadoras para a pessoa do que suas deficiências. Assim, considera-se que o enfoque territorial e comunitário é aquele que melhores contribuições pode trazer ao processo de cuidado às crianças com deficiência, tendo em vista a expansão da sua participação social.

A partir dessas sinalizações podemos prever que a população a ser atendida pelo terapeuta ocupacional é aquela que tem uma rede e/ou participação social frágil. Trabalhar com essa população parece condizente com a definição da profissão formulada pelo curso de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo: campo de conhecimento e intervenção em saúde, educação e na esfera social que dispõe de tecnologias orientadas para a emancipação e autonomia das pessoas, que por razões ligadas a problemáticas específicas [...] apresenta,

temporariamente ou definitivamente, dificuldade na inserção e participação na vida social ((WFOT, 2003, p. 70 *apud* JARDIM; AFONSO; PIRES, 2008).

Cabe ao TO inserido no NASF, apoiar as EqSF na promoção de saúde realizada no território, utilizando-se de estratégias como equipamentos comunitários e escolas, potencializando assim os espaços de lazer e cultura, bem como realizar o levantamento de outras possibilidades de cuidado, construindo estratégias educativas sistemáticas para famílias e cuidadores de crianças com deficiência (BRASIL, 2009).

Dessa forma, o TO pode figurar como um dos atores no cuidado da criança com deficiência, transitando pelos centros de saúde, escola, espaços de lazer e socialização, e por meio da articulação de ações interdisciplinares e intersetoriais, possa oferecer o máximo de experiências e vivências significativas à criança nos diferentes campos do seu desenvolvimento.

6 APONTAMENTOS FINAIS

Desde a implementação do SUS, foram descortinados novos campos de trabalho à terapia ocupacional, pois além da sua competência para oferecer o cuidado à grupos populacionais específicos, como as pessoas com deficiência física, esta categoria profissional desenvolve sua ação pautada nas necessidades apresentadas pelo usuário, indo ao encontro dos princípios do SUS, que consideram as várias dimensões do processo saúde-doença, a fim de garantir a promoção, proteção, cura e reabilitação dos indivíduos e do coletivo (MALFITANO; FERREIRA, 2011).

Entende-se que a exclusão social é a problemática de partida da terapia ocupacional que tem como objetivo final a inclusão social (BENETTON, 1994). Daí verifica-se que as crianças com deficiência devem ocupar a pauta de cuidado do TO, visto a sua situação crítica desgarrada da rede social e por ocuparem o local da marginalização.

Nesse sentido, a discussão do trabalho aponta para um *diagnóstico* da situação das crianças com deficiência caracterizado pela não inserção nos equipamentos sociais; por isolamento em domicílio e precariedade da rede social e pela dificuldade de acesso a assistência em saúde, descortinando um cenário de exclusão social.

Assim, parte-se da premissa de que as desvantagens encontradas por esse público configuram-se como um fator de risco à sua saúde e transcendem os impositivos da própria deficiência, situando-se, principalmente, no isolamento, na segregação e na ausência de adaptação do meio social para a inserção da criança com deficiência no seu território (OTHERO; DALMASO, 2009).

Nessa direção, a atenção primária fulgura como um campo importante para o desenvolvimento de práticas de atenção à saúde da pessoa com deficiência, mormente por permitir a observância do aspecto da participação social, sob ao prisma da inclusão e dos direitos de cidadania (OTHERO; DALMASO, 2009).

A partir da discussão desenvolvida a respeito da intervenção do TO na ABS, pode-se traçar um panorama do extenso leque de possibilidades de cuidado que esse profissional busca oferecer a criança com deficiência. Detentor de um olhar que se debruça sobre a singularidade do cotidiano, a significação por de trás de cada ação e a autonomia que é tecida juntamente a rede social estabelecida, mostra-se capaz de capturar no cotidiano do sujeito, a essência de sua intervenção terapêutica.

E assim, ciente que a criança é ser essencialmente social, pertencente a um território, integrante de uma família e detentor de características e desejos próprios, seu cuidado em saúde traduz-se, invariavelmente, em práticas que convergem para a inserção da criança em dispositivos sociais e culturais, fomentando e potencializando sua participação social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M. C.; CAMPOS, G. W. S. Políticas e modelos assistenciais em saúde e reabilitação de pessoas com deficiência no Brasil: análise de proposições desenvolvidas nas últimas duas décadas. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 13, p. 3, p. 118-26, 2002.

ALONSO, C.M.C. O trabalho e o trabalhar de uma equipe de reabilitação no Programa Saúde da Família do município de São Paulo. **Univ. São Paulo**, 2009.

AOKI, M. Reabilitação com ênfase no território- demandas de pessoas com deficiência e a promoção da participação comunitária. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, 2009.

BENETTON, M.J.; TEDESCO, S.; FERRARI, S. Hábitos, cotidiano e terapia ocupacional. **Revista do Centro de estudos de Terapia Ocupacional**, ano 8, n.8, 2003.

BIM, C.R.; BENATO, B. S.; VICENTIM, T.K.; Perfil dos deficientes atendidos pelo programa de saúde da família do município de Guarapuava-Paraná. **Cienc Cuid Saúde** 2007; 6 (Suplem 2): 390-396.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília, 2006. (Série Pactos pela Saúde).

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica. Saúde da Criança: Nutrição Infantil**. Brasília, DF, Editora MS. N23. 2009.

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleos de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, DF, Editora MS. N 27. 2010.

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica. Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**. Brasília, DF, Editora MS. N33. 2012.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem Populacional. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/noticias-censo?id=1&idnoticia=2170&view=noticia>> Acesso em: 4 abr, 2014.

CALDEIRA, A.V. **Prática assistencial do Terapeuta Ocupacional em uma Unidade Básica de Saúde na atenção a saúde da pessoa com deficiência.** 2006. Projeto (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2006.

COSTA, G.D. *et al.* Avaliação da atenção à saúde da criança no contexto da Saúde da Família no município de Teixeira, Minas Gerais (MG, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva** vol.16 no.7 Rio de Janeiro, July 2011.

DALFOVO, M. S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista Interdisciplinar Científica Aplicada**, Blumenau, v.2, n.4, p.01-13, Sem II. 2008.

ERDMANN, A.L; SOUZA, F.G.M. Cuidando da criança na Atenção Básica de Saúde: atitudes dos profissionais da saúde. **O Mundo da Saúde São Paulo**: 2009; 33(2):150-160.

FIGUEIREDO, G. L.A.; MELLO, D.F. A prática da enfermagem na atenção à saúde da criança em unidade básica de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** vol.11 no.4 Ribeirão Preto July/Aug. 2003.

JARDIM, T. A.; AFONSO, V. C.; PIRES, I. C. A terapia ocupacional na Estratégia de Saúde da Família – evidências de um estudo de caso no município de São Paulo. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 167-175, 2008.

_____ Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, da organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Lei Orgânica da Saúde). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1990.

MALFITANO, A. P. S.; FERREIRA, A. P. Saúde pública e terapia ocupacional: apontamentos sobre relações históricas e atuais. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 102-109, 2011.

BRASIL. **Assistência integral à saúde da criança:** Ações básicas. Brasília. (DF): Ministério da Saúde; 1984.

MOREIRA, A.B.; **Terapia Ocupacional: História Crítica e Abordagens Territoriais/Comunitárias.** Vita et Sanitas, Trindade/Go, v. 2, n . 02, 2008.

NEVES, J.L. Pesquisa Qualitativa- Características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisa em administração**, São Paulo, V.1, N°3, 2°SEM./1996.

OLIVER F.C. et al. Reabilitação com ênfase no território – Jardim D’Abril e Jardim Boa Vista, no município de São Paulo. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 14, n. 3, p. 141-6, set./dez. 2003.

OLIVER, F. C. et al. Participação e exercício de direitos de pessoas com deficiência: análise de um grupo de convivência em uma experiência comunitária. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.8, n.15, p.275-88, mar/ago 2004.

OLIVER, F. C.; BARROS, D. D.; LOPES, R. E. Estudo sobre a incorporação da terapia ocupacional no contexto das ações de saúde mental e saúde da pessoa com deficiência no Município de São Paulo entre 1989 e 1993. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, v. 16, n. 1, p. 31-39, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde: classificação detalhada com definições. [S.I.]: Organização Mundial de Saúde, 2003. Disponível em: <<http://arquivo.esse.ips.pt/ese/cursos/edespecial/CIFIS.pdf> Acessado em 19/04/2014>. Acesso em: 19 abr. 2014.

OTHERO, M.B.; DALMASO, A.S.W. Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola. **Interface (Botucatu)** vol.13 no.28 Botucatu Jan./Mar. 2009

PIANA, M. C. **A construção da pesquisa documental: avanços e desafios na atuação do serviço social no campo educacional**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

_____. **Políticas Editoriais** [Internet]; Brasil- Disponível: <http://www.revistas.usp.br/rto/about/editorialPolicies> [citado em: 2014 abril 22].

REIS, F; GOMES, L.M; AOKI, M; Terapia Ocupacional na Atenção Primária à Saúde: reflexões sobre as populações atendidas. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 341-350, 2012.

REIS, F.; VIEIRA, A.C.V.C. Perspectivas dos terapeutas ocupacionais sobre sua inserção nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) de Fortaleza, CE. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 21, n. 2, p. 351-360, 2013.

_____. Relato de Experiências [Internet]; Brasil - Disponível em: <http://www.telessaudebrasil.org.br/> [citado em: 2014 abril 22].

ROCHA, E.F. **Deficiência e reabilitação: questões históricas e epistemológicas.** In: _____. (Org.). Reabilitação de pessoas com deficiência: a intervenção em discussão. São Paulo: Roca, 2006. p.9-60.

ROCHA, E. F.; SOUZA, C. C. B. X; Terapia Ocupacional em reabilitação na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios. **Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo**, v. 22, n. 1, p. 36-44, jan./abr. 2011.

ROCHA, E.F et al. Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: atribuições, ações e tecnologias. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**. 2012, Vol. 20 Issue 3, p351-361. 11p.

ROSA, W.A.G; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: A construção de um novo modelo de assistência; **Ver Latino-am Enfermagem** 2005 novembro-dezembro 13(6):1027-34.

_____. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Viver sem Limites. Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/viver-sem-limite> Acesso em: 02 maio, 2014.

SOUZA, J.M.; CARNEIRO, R. Universalismo e focalização na política de atenção à pessoa com deficiência. **Saúde Soc**, 2007;16(3):69-84.

SOUZA; F.G.M.; ERDMANN; A.L.;; MOCHEL, E.G; Condições limitadoras para a integralidade do cuidado à criança na atenção básica de saúde. **Enferm, Florianópolis**, 2011; 20 (Esp): 263-271.

UNICEF, Veja a criança antes de a deficiência. [Internet]. Relatório Situação Mundial da Infância; 2013 - [citado em 2014 abr 20]. Disponível em: <http://www.unicef.org.br> .

VARELA, R.C.B.; OLIVER, F;C. A utilização de Tecnologia Assistiva na vida cotidiana de crianças com deficiência. **Ciênc. saúde coletiva** vol.18 n.6 Rio de Janeiro, Jun. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO), THE UNITED NATIONS CHILDRENS´S FUND (UNICEF). **A inclusão de crianças com deficiência beneficia a sociedade como um todo.** Relatório Situação Mundial da Infância 2013.