

# PROGRAMAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE: ORIENTAÇÕES GERAIS E EXPERIÊNCIAS

## EARLY INTERVENTION PROGRAMS: GENERAL GUIDELINES AND EXPERIENCES

Cibelle Kayenne Martins Roberto FORMIGA<sup>1</sup>

Bruna Abreu RAMOS<sup>2</sup>

**RESUMO:** a intervenção precoce consiste em um programa sistematizado de atividades com objetivo de estimular e tratar os atrasos e problemas que afetam o desenvolvimento de bebês e crianças dentro de uma perspectiva biopsicossocial. Os programas de intervenção precoce devem ser realizados por profissionais capacitados e conhecedores do desenvolvimento infantil, sendo estas condições indispensáveis para a qualidade do atendimento junto às crianças e suas famílias. O presente relato irá abordar algumas generalidades sobre os programas de intervenção precoce e os resultados de experiências práticas e de pesquisa com esta abordagem de atendimento.

**PALAVRAS-CHAVE:** intervenção precoce; desenvolvimento infantil; prevenção.

**ABSTRACT:** early intervention consists of a systematic program of activities aimed at stimulating and treating the delays and problems that affect the development of infants and children within a biopsychosocial perspective. Early intervention programs must be carried out by trained and knowledgeable professionals in child development, and these conditions are indispensable for the quality of care provided to children and their families. This report will address some generalities about early intervention programs and the results of practical and research experiences with this care approach.

**KEYWORDS:** early intervention; child development; prevention.

### INTRODUÇÃO

Durante muitas décadas profissionais e pesquisadores tem direcionado sua atenção para o crescimento e o desenvolvimento de bebês de risco e a efetiva importância dos programas de intervenção precoce na promoção e prevenção de problemas na trajetória de desenvolvimento da criança. Diante da grande evolução científica dos últimos anos no âmbito da neurociência e aprendizagem, atualmente, não há como contestar sobre os benefícios da intervenção precoce na melhora das capacidades e potencialidades dos bebês de risco.

Na avaliação do bebê de risco ou crianças que tiveram lesão cerebral no período pré, peri ou pós-natal, é importante a adoção de uma abordagem preventiva no desenvolvimento neuro-sensório-motor. Planejar e iniciar a intervenção desde os primeiros meses de idade do bebê é considerar suas capacidades e toda sua plasticidade cerebral de aprendizado e adaptação do ambiente. (FORMIGA; PEDRAZZANI; TUDELLA, 2010).

A intervenção precoce se refere ao conjunto de atividades que têm por objetivo estimular as capacidades das crianças o mais cedo possível, apoiar as famílias e fornecer um monitoramento ativo destas aquisições ao longo do tempo. É considerada essencial para prevenir danos ou agravos ao desenvolvimento de crianças cujas famílias não podem garantir por si só, estimulação adequada durante a primeira infância. (FORMIGA; PEDRAZZANI;

<sup>1</sup> Fisioterapeuta; Professora Doutora da Universidade Estadual de Goiás (UEG); Programa de Bolsa de Incentivo à Pesquisa e Produção Científica (PROBIP).

<sup>2</sup> Fisioterapeuta; Mestranda em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de Goiás (UFG).

TUDELLA, 2010).

A intervenção precoce visa capacitar a criança, por meio de um programa sistematizado de atividades e apoio fornecido aos pais e/ou cuidadores, a estabelecer uma trajetória de desenvolvimento mais saudável e com mais qualidade, podendo ser realizado por diversos profissionais que possuem conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e adquiriram experiências em suas atividades no manuseio de bebês de risco. (FORMIGA; PEDRAZZANI; TUDELLA, 2010).

Os critérios de inclusão nesses programas destinados as crianças são baseados nos diagnósticos de atraso no desenvolvimento e nas condições físicas e mentais das crianças, bem como na presença de fatores de risco. A população alvo da intervenção pode ser constituída de crianças em risco para desenvolvimento (intervenção preventiva), como crianças que já apresentam problemas diagnosticados (intervenção remediativa ou terapêutica). (SILVA; DESSEN, 2005).

Entretanto, a intervenção é considerada precoce antes que os padrões de postura e movimentos anormais tenham sido instalados, sendo os primeiros quatro meses de idade a época essencial para iniciar o programa (BRANDÃO, 1985). Portanto, não se deve esperar que a criança apresente normalidades para depois intervir, tendo em vista que o sistema nervoso do bebê se encontra em um período crítico, dependente de experiências apropriadas para um desenvolvimento normal (LUNDY-EKMAN, 2000). É importante esclarecer que o termo crítico utilizado faz referência a um período de maior sensibilidade do SNC, ou seja, período em que a plasticidade cerebral do bebê é considerada máxima. (FORMIGA et al, 2002). A plasticidade neural se refere à capacidade que o SNC possui em modificar algumas das suas propriedades morfológicas e funcionais em resposta às alterações do ambiente. Na presença de lesões, o SNC utiliza-se desta capacidade na tentativa de recuperar funções perdidas e/ou principalmente fortalecer funções similares relacionadas às originais. (OLIVEIRA et al., 2001).

O sucesso de um programa de intervenção precoce é intimamente relacionado o contexto de quem participa e das metas estabelecidas. O grande mérito da intervenção é que a criança possa se colocar na trajetória de desenvolvimento considerada adequada e que alcance requisitos básicos para continuar o seu ciclo evolutivo após o término do programa. (FORMIGA; PEDRAZZANI; TUDELLA, 2010).

As principais metas de um programa de intervenção precoce são: 1. Maximizar o potencial de cada criança inserida no programa por meio da estimulação em nível ambulatorial e também em seu ambiente natural, estabelecendo o tipo, o ritmo e a velocidade dos estímulos, e designando, na medida do possível, um perfil de reação. 2. Potencializar a contribuição dos pais ou responsáveis, de modo que eles interajam com a criança de forma a estabelecer mutualidade precoce na comunicação e afeto, prevenindo o advento de patologias emocionais e cinestésicas. 3. Promover um ambiente favorável para o desempenho de atividades que são necessárias para o desenvolvimento da criança. 4. Oferecer orientações aos pais e a comunidade quanto às possibilidades de acompanhamento desde o período neonatal até a fase escolar. 5. Promover um modelo de atuação multiprofissional e interdisciplinar. 6. Disseminar informações incentivando e auxiliando a criação de novos programas de intervenção precoce. (FORMIGA; PEDRAZZANI; TUDELLA, 2010).

A partir dessas metas podem-se elaborar objetivos específicos da intervenção, como: aproveitar a fase de maior plasticidade cerebral, favorecer o aprendizado sensório-motor, facilitar o desenvolvimento mental, melhorar globalmente a qualidade de vida da criança. (FORMIGA; PEDRAZZANI; TUDELLA, 2010).

Desta forma, o objetivo do programa de intervenção precoce deve ser o de realizar um acompanhamento sistemático do desenvolvimento do bebê de risco e orientar a família em como lidar com este bebê ao manusear, cuidar, brincar e estimular de acordo com as suas capacidades sensoriais presentes ao nascimento e a suas potencialidades sensório-motoras no decorrer dos meses de intervenção. O papel do profissional consiste em propor que a família se envolva ao máximo no programa de intervenção e que os pais se sintam confiantes em trabalhar com a criança em casa e aprendam também a observar os seus progressos. Neste sentido, a responsabilidade da intervenção não é só do profissional da intervenção precoce e também não apenas dos pais das crianças, mas de ambos trabalhando de forma cooperativa. (FORMIGA; PEDRAZZANI; TUDELLA, 2010).

A seguir, são propostas algumas orientações gerais aos profissionais que desejam trabalhar com a intervenção precoce em bebês de risco. Maiores informações sobre o programa podem ser obtidas no livro “Intervenção Precoce com Bebês de Risco”. (FORMIGA; PEDRAZZANI; TUDELLA, 2010).

## **ORIENTAÇÕES GERAIS AOS PROFISSIONAIS**

As atividades devem ser realizadas com a criança parcialmente despida, usando fralda ou camiseta leve, para assegurar a liberdade máxima dos movimentos, proporcionar sensações cinestésicas mais ricas e possibilitar (ao terapeuta) observar melhor a correta execução dos exercícios ou uma eventual anomalia. Além disso, a sala de intervenção deve apresentar uma temperatura agradável para não interferir no equilíbrio emocional da criança e não causar desconfortos térmicos. (FORMIGA; PEDRAZZANI; TUDELLA, 2010).

As sessões devem ser feitas com a criança nem demasiada sonolenta, nem demasiada faminta ou cheia, pois algumas crianças (principalmente as prematuras) são mais propensas a regurgitar. Quando não for possível evitar, as atividades são realizadas com o cuidado de não prolongar posições que desencadeiem esta reação, ou de preferência, trabalhar no plano inclinado, com cerca de 30° (trinta graus). (FORMIGA; PEDRAZZANI; TUDELLA, 2010).

A intervenção deve ser interrompida ou suspensa toda vez que a criança apresentar sinais de sobrecarga sensorial ou retraimentos como: flutuações da cor, alterações cardiorrespiratórias, alterações de estado e outras alterações como por exemplo, hipotonia ou hipertonia e movimentos peristálticos. Por isso, deve-se respeitar os limites da criança e procurar evitar ao máximo possível a manipulação excessiva por muitos terapeutas.

No desempenho cotidiano com os bebês, é importante ressaltar que a quantidade de estímulos utilizados deve estar estreitamente relacionada à capacidade, ao interesse e às possibilidades de cada criança. É imprescindível nessa relação o conhecimento de suas necessidades e da medida exata de estímulo para supri-las, por isso não se deve forçá-la e cansá-la. (FORMIGA; PEDRAZZANI; TUDELLA, 2010).

ATIVIDADES	ORIENTAÇÕES
MANUSEIO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não estimular os reflexos primitivos e inibir reações associadas durante a troca de fraldas e de roupas da criança e durante as mudanças de posturas.</li> <li>- Quando a criança realiza hiperextensão cervical e do corpo todo em posição supina, usar o travesseiro alto ou rolo, a fim de inibir a tendência à extensão corporal global.</li> <li>- Em caso de regurgitação frequente, os cuidados são de manipular a criança sempre com a cabeça elevada a 30 graus, principalmente após as mamadas.</li> <li>- Trocar os decúbitos, pois a criança deve experimentar todas as posturas, favorecendo mais estímulos e fazendo com que ela perceba diferentes partes do seu corpo e o relacione com o ambiente.</li> </ul>
POSTURAS PARA O BEBÊ DORMIR	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inicialmente, colocar o bebê para dormir em decúbito lateral e alternar os lados (direito e esquerdo), dando ênfase a postura da cabeça, que não pode ficar hiperextendida.</li> <li>- As mãos devem ficar unidas, objetivando a protração de ombros.</li> <li>- Colocação de um rolo pequeno no meio do corpo da criança, como se ela ficasse abraçando-o, a fim de dar maior segurança, apoio e conforto no decúbito lateral, evitando também a adução excessiva de membros inferiores, principalmente o padrão patológico em tesoura.</li> </ul>
MOMENTO DO BANHO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A mãe deve ser orientada a aproveitar esse momento para conversar, tocar e brincar com a criança utilizando a água e alguns brinquedos de borracha coloridos dentro da banheira.</li> <li>- Colocar a criança na postura ajoelhada, levemente inclinada para frente, com o apoio de tronco e abdômen da criança no seu antebraço e mão. Esta posição facilita a limpeza da parte posterior do corpo do bebê e da cabeça.</li> <li>- Para o asseio da parte anterior pode ser realizado com a criança semissentada, favorecendo a flexão corporal, inibindo a tendência à hiperextensão da cervical em bebês com tônus aumentado. A postura semissentada permite a visualização do ambiente da banheira, dos brinquedos e da água.</li> </ul>
ALIMENTAÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante o aleitamento materno e/ou a alimentação por mamadeira, a criança deve ser colocada semissentada no colo da mãe, com os membros inferiores fletidos e a manutenção da cervical flexionada.</li> <li>- A postura semissentada favorece a boa pega do seio materno, a visualização da mãe pelo bebê e a inibição de padrões patológicos. (FINNIE, 2000).</li> <li>- Esse momento promove o relaxamento da criança, consequentemente seus tônus irá se adequar, favorecendo a aquisição de posturas normais.</li> <li>- É importante orientar a mãe a acariciar o bebê, abrir suas mãos e conversar, favorecendo vínculo mãe-filho.</li> </ul>

<p>CONVERSAS E BRINCADEIRAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os pais devem aproveitar os momentos dedicados à alimentação, à limpeza e ao banho para estimular o bebê por meio de conversas e brincadeiras.</li> <li>- Não se deve restringir a iniciativa exploratória da criança, sua curiosidade e sua própria necessidade de desenvolver.</li> <li>- Todas as ocasiões em que as crianças estiverem acordadas, os pais devem ser orientados a conversar e explicar o que estão fazendo. O diálogo é importante para aumentar o vínculo familiar e estimular a linguagem, atenção e fixação ocular.</li> <li>- As brincadeiras proporcionam as crianças momentos de prazer, estimulam as coordenações e as aquisições dos padrões estimulados durante a intervenção precoce.</li> </ul>
<p>COMO CARRER- GAR O BEBÊ NO COLO</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A cabeça deve estar alinhada com o tronco, e o pescoço deve estar alongado; o tronco simétrico com os ombros para baixo e os braços para frente. As mãos podem estar juntas tentando pegar um objeto ou em repouso junto ao corpo.</li> <li>- Para crianças hipotônicas, o ideal é segurar os membros inferiores juntos ao quadril, tendo os joelhos fletidos.</li> <li>- Para as crianças hipertônicas, os membros devem ser separados, com um membro com flexão do quadril e joelho, enquanto o outro membro inferior fica estendido.</li> </ul>

Quadro 1. Síntese de Atividades e Orientações para os Profissionais que trabalham com a Intervenção Precoce com Bebê de Risco. Fonte: FORMIGA et al., 2010.

## RESULTADOS COM A INTERVENÇÃO PRECOCE

Após vários anos em contato com o desenvolvimento de bebês de risco participantes de programa de acompanhamento e de intervenção precoce alguns resultados importantes podem ser destacados.

1) Quanto ao público-alvo: os resultados tem mostrado que 80% do público-alvo dos programas de intervenção tem sido bebês de risco nascidos em condições de prematuridade e baixo peso. Os demais casos são crianças com fatores genéticos estabelecidos e demais riscos ocasionados em sala de parto ou período pós-natal;

2) Quanto ao tempo de início da intervenção precoce: Os resultados da intervenção quando iniciada nos primeiros quatro meses de vida do bebês tem sido mais promissores do que aqueles em que os bebês já estão com mais idade (acima de quatro meses);

3) Quanto às áreas do desenvolvimento estimuladas: Os resultados tem sido melhores quando a intervenção envolve todas as áreas do desenvolvimento (motora, cognitiva, linguagem, socialização) do que apenas trabalhar uma área do desenvolvimento da criança isoladamente.

4) Quanto ao envolvimento dos pais: A intervenção tem melhores resultados quando as atividades envolvem os pais e o ambiente domiciliar, o que leva a generalização do aprendizado obtido no ambiente terapêutico;

5) Quanto à frequência da intervenção: A intervenção se mostrou mais efetiva quando realizada de maneira mais intensiva e com maior frequência, portanto, uma vez por semana

é insuficiente para atingir objetivos a médio e longo prazo com a criança.

6) Quanto à composição das equipes: Os resultados do programa de intervenção são mais eficazes quando envolve uma equipe interdisciplinar composta por diversos profissionais e, juntos, conseguem estabelecer metas a atingir a curto, médio e longo prazo com a criança e sua família.

## REFERÊNCIAS

BRANDÃO JS. Tratamento precoce da paralisia cerebral. In: Lianza S. Medicina de reabilitação. Rio de Janeiro. Guanabara-Koogan, 1985. p. 241-265.

BRAZELTON TB. Bebês e Mamães. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1981.

FINNIE NR. O manuseio em casa da criança com paralisia cerebral. 3 ° edição, São Paulo: Manole, 2000.

FORMIGA CKMR, PEDRAZZANI ES, TUDELA E. Intervenção precoce com bebês de risco. Rio de Janeiro: Atheneu, P. 131-160, 2010.

FORMIGA CKMR, TUDELLA E, MEDEIROS JLA. Plasticidade cerebral. Bases para a habilitação neuro-sensório-motora de bebês de risco. Infanto-Revista de Neuropsiquiatria da Infância e da adolescência, v.10, n.3, p.114-126, 2002.

HERREN H, HERREN MP. Estimulação psicomotora precoce. 2° ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

LUNDY-EKMAN L. Neurociência: Fundamentos para reabilitação. Tradução: Charles Alfred Esbérard. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

OLIVEIRA CEN, SALINA ME, ANNUNCIATO NF. Fatores ambientais que influenciam a plasticidade do SNC. ACTA Fisiátrica, v.8, n.1, p.6-13, 2001.

SHEPHERD RB. Fisioterapia em pediatria. 3° edição. São Paulo: Santos, 1996.

SILVA JLP. Prematuridade: aspectos obstétricos. In: Neme B. Obstetria básica. 2° edição. São Paulo: Editora Sarvier, 1995, p 372-379.

SILVA NLP, DESSEN MA. Intervenção Precoce e família: contribuições do modelo bioecológico de Bronfenbrenner. In: Dessen MA, Costa Junior ALC. A ciência do desenvolvimento humano: tendências atuais e perspectivas futuras. Porto Alegre: Artmed, 2005. P.152-167.

---

*Recebido em: 10 de outubro de 2016*

*Modificado em: 14 de novembro de 2016*

*Aceito em: 01 de dezembro de 2016*