



ESTIMULAÇÃO PRECOCE: AS DIFERENÇAS DAS PRÁTICAS REALIZADAS NO BRASIL E EM PORTUGAL.

CASSIANE IACANA DA COSTA¹; TALINE ARAUJO ALVES²; NICOLE RUAS GUARANY³

¹Universidade Federal de Pelotas – kassianedacosta@gmail.com ;²Universidade Federal de Pelotas – talinealves@gmail.com ;³Universidade Federal de Pelotas – nicolerg.ufpel@gmail.com

1. INTRODUÇÃO

É considerado pré termo todo recém nascido com menos de 37 semanas de idade gestacional. A estimulação precoce pode ser definida como um programa de acompanhamento e intervenção clínico-terapêutica multiprofissional com bebês de alto risco e com crianças pequenas acometidas por patologias orgânicas, buscando o melhor desenvolvimento possível, por meio da mitigação de sequelas do desenvolvimento neuropsicomotor, bem como de efeitos na aquisição da linguagem, na socialização e na estruturação subjetiva, podendo contribuir, inclusive, na estruturação do vínculo mãe/bebê e na compreensão e no acolhimento familiar dessas crianças.(Ministério da Saúde, 2016).

Qualquer programa de estimulação do desenvolvimento da criança deve ter seu início no período que engloba desde a concepção até os três anos de idade. Esta é a fase em que o cérebro se desenvolve mais rapidamente, constituindo uma janela de 10 oportunidades para o estabelecimento das fundações que repercutirão em uma boa saúde e produtividade ótima no futuro (Unicef, 2015). Dunst (2000) um dos mais importantes autores no domínio da Intervenção Precoce, define-a como:

Prover as famílias de crianças pequenas de suporte e de recursos, por parte de membros formais e informais das redes de suporte social, que influenciam a criança tanto direta como indiretamente. (Dunst, 2000).

Há várias possibilidades de definir a Intervenção Precoce. A definição de Dunst é mais próxima das teorias contextuais. No entanto, mais importante do que encontrarmos uma definição de IP, talvez seja vermos nas diferentes definições os grandes princípios que hoje devem estar presentes numa prática efetiva e moderna de Intervenção Precoce.

A definição encontrada na legislação portuguesa (Decreto-Lei n.º 281/2009) diz que IP é:

Uma medida de apoio integrada, centrada na criança e na família mediante ações de natureza preventiva e habilitativa que visam assegurar as condições facilitadoras do desenvolvimento, potenciar as interações familiares e reforçar as competências familiares. (Diário da República, 2009).

Mais do que a definição em si mesma interessa evidenciar os grandes princípios que lhe estão subjacentes. Já sabemos que a Intervenção Precoce é dirigida às crianças pequenas e deve acontecer o mais cedo possível. Algumas legislações falam de crianças até aos 6 anos, outras até aos 5 anos, outras ainda, como no caso do Brasil, crianças até aos 3 anos (ou prioritariamente crianças até aos 3 anos).

Todos esses limites tem a mesma razão de ser: é a intervenção feita enquanto a plasticidade cerebral é máxima.

Outro aspecto comum às várias definições é relativa à população alvo: as crianças com perturbações do desenvolvimento, aquelas cujo desenvolvimento está de alguma forma posto em causa ou alterado. A estas se juntam outras que estão em risco de virem a integrar este grupo. Ou seja, as que, por se



encontrarem numa situação de elevado risco, estão na iminência de virem a sofrer uma alteração no seu curso de desenvolvimento. (FRANCO, 2015)

Este trabalho se construiu através da prática em uma disciplina do curso de Reabilitação Psicomotora ofertado na Universidade de Évora por meio da realização de Mobilidade Acadêmica no primeiro semestre de 2017 na cidade de Évora em Portugal, além de práticas realizadas no meio acadêmico do curso de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de Pelotas e tem como objetivo trazer um comparativo de definições, termos e das formas de atendimento de profissionais de equipes de estimulação/intervenção precoce do Brasil e de Portugal, visando estabelecer as diferenças e igualdades nos diferentes países.

2. METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão bibliográfica no período entre setembro e outubro de 2017 nas bases Scielo, Ministério da Saúde, Periódicos Capes e Google Acadêmico, além da apresentação de uma equipe em Portugal em maio de 2017, sendo utilizados artigos publicados em língua portuguesa na íntegra e que contivessem os termos Estimulação Precoce, Intervenção Precoce, Prematuridades e Pré-termo no título, resumo ou palavra chave. A identificação do trabalho realizado pelos profissionais do Brasil foram feitas através da leitura bibliográfica, em Portugal além da apresentação de uma equipe ainda se obtiveram aulas em uma disciplina exclusiva titulada de Intervenção Precoce, foram encontrados durante as pesquisas cerca de 10 artigos, e utilizados desses 4 para a composição do trabalho, além de outros documentos disponibilizados via online em sites confiáveis da internet, todas as pesquisas com o intuito de perceber um pouco o trabalho realizado por diversos profissionais desta área em ambos os países.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os atendimentos de estimulação precoce se diferenciam muito entre Brasil e Portugal, isto porque, pelo que se percebe o Brasil ainda é um país muito carente deste tipo de serviço, e é notável essa diferença quando temos em Portugal um serviço exclusivo, com profissionais treinados e preparados para isso que trabalham em tempo integral em uma equipe, realizando um trabalho transdisciplinar, já no Brasil segundo Bolsanello (2003) um primeiro aspecto que se destaca nas falas dos profissionais é a forma fragmentada de elaboração do plano de intervenção. O plano é feito de forma individualizada, sem discussão com os demais colegas que também atendem a criança, e muito menos com a participação da mãe ou dos familiares.

Uma equipe de estimulação precoce em Portugal, além de possuir um Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância – SNIPI e se dividir por regiões é composta por uma equipe local que conta com uma gama de profissionais que sempre se reúnem para discutir casos e estabelecer metas, as equipes em um geral são compostas por 2 terapeutas da fala, 2 terapeutas ocupacionais, 8 educadoras, 2 fisioterapeutas, 2 enfermeiras, 2 auxiliares pedagógicos, 1 tradutora e 2 psicólogas.

No Brasil, pelas pesquisas realizadas percebe-se que as equipes são formadas por poucos profissionais onde cada um trabalha individualmente, sem discussão de casos e sem a intervenção de ideias produtivas para a evolução do tratamento dos pacientes, o que no fim faz com que isso não se torne uma equipe. Atendimentos de estimulação precoce oferecidos pelo SUS começaram a surgir no ano de 2016 após a demanda do grande aparecimento da patologia microcefalia causada pelo vírus da zika, com isso através do Plano Nacional de Enfrentamento à Microcefalia foram criadas as Diretrizes de Estimulação Precoce: Crianças de zero a 3 anos com Atraso do Desenvolvimento Neuropsicomotor



Decorrente de Microcefalia, que traz as principais questões sobre as equipes, desde o objetivo até os métodos de atendimentos e informações relevantes sobre o tema, porém, muito antes disso alguns profissionais já atuavam com esse tipo de atendimento mas de forma muito individualizada.

Em Portugal o atendimento acontece da seguinte forma: O grupo de técnicos (Médicos, Enfermeiras, Técnica Superior de Serviço Social, Psicólogas, Socióloga, Educadoras, Terapeutas Ocupacionais e da Fala, Fisioterapeuta, Auxiliar do Ensino especial) que se deslocam ao domicílio, às creches e aos jardins de infância da rede pública e particulares, respeitando as necessidades interesses e rotinas da família e das suas crianças. A sinalização destas crianças/famílias é feita pelos serviços da comunidade: Saúde, Educação, Serviço local da Segurança Social, Bombeiros, GNR, pessoas da comunidade e, por último, mas como dado de grande importância para a Equipe, a própria família. Após a sinalização são dadas as informações disponíveis sobre a família e sobre a criança, na reunião da Equipe. A técnica de serviço social faz o primeiro contato, normalmente pelo telefone, programa-se a primeira visita no domicílio, de acordo com a disponibilidade da família. Esta visita é feita pela Equipe de Primeiro Contato constituída por dois técnicos: técnica de serviço social e coordenadora ou outro; faz-se apresentação geral do serviço: sede, constituição da equipe técnica, modelo de funcionamento, parcerias. Também para maior informação, deixa-se o panfleto do serviço. Neste primeiro contato, confirmam-se os dados da ficha de sinalização e faz-se o levantamento das preocupações da família em relação a sua criança.

Neste primeiro contato duas situações podem surgir: a família fica contente, colaborativa, porque finalmente alguém os vem ajudar a entender a problemática da criança ou, nega a ajuda dizendo “o meu filho não tem problemas. Eu também fui assim”. É nesta última que a equipe sente dificuldades na sua tarefa. Todos sabemos que a mudança é difícil e, como profissionais, temos que perceber porque as famílias não mudam.

No Brasil não existe um modelo específico de sinalização, normalmente o encaminhamento é feito por algum profissional em que a criança teve contato e que se observou a necessidade do atendimento, isso pode acontecer em qualquer local em que a criança esteja inserida, sendo ela, hospital, clínica, unidade básica de saúde e até mesmo em algum atendimento domiciliar.

Observa-se que os profissionais utilizam o que sabem sobre o desenvolvimento infantil, não como parte daquilo que devem conhecer amplamente para a sua própria referência no processo de intervenção, mas sim para organizar roteiros de atividades que se constituem em objetivos a serem alcançados pelo bebê, a fim de promover o seu desenvolvimento ou corrigir os déficits que possam apresentar, o que caracteriza um modelo de atuação focalizado eminentemente na criança e na sua deficiência. Dos profissionais que elaboram um plano de intervenção, nenhum costuma apresentá-lo à família do bebê. Acentuam o fato que mais importante do que apresentar o plano é repassar orientações às mães. Verifica-se que o papel dos familiares é considerado secundário, uma vez que não participa nem da elaboração do plano de intervenção e nem toma conhecimento do teor do mesmo. (BOLSONELLO, 2003)

Com isso compreende-se que no Brasil além dos profissionais não apresentarem o plano de intervenção os atendimentos não são focados na família o que o difere de Portugal, onde para eles o envolvimento da família durante o tratamento é extremamente importante para a evolução e bons resultados com a criança. No Brasil cada profissional intervém individualmente, fornecendo uma



forma mais mecanizada de estabelecer metas, fazendo com que muitas vezes tenha divergência com os outros profissionais que atuam no mesmo serviço.

4. CONCLUSÕES

Acredita-se que as diferenças encontradas entre os dois países podem ser relevantes para estabelecer novas formas de se pensar no termo precoce e no quanto ele é importante quando se fala em recém-nascidos/crianças, famílias e comunidades de um modo geral, bem como quando se fala em intervenção e estimulação, ambos de alguma forma contribuem para o desenvolvimento de novas formas de se pensar quando se fala na palavra “precoce”.

Em relação ao trabalho em Portugal tentar compreender um pouco do processo de intervenção estabelecido pelos profissionais, de alguma forma fez com que se fosse possível perceber as dificuldades que toda e qualquer equipe e profissional pode enfrentar diante de diversos casos completamente diferentes e o quanto as divergências familiares implicam em grandes mudanças de um todo na vida e no processo de desenvolvimento da criança.

Já no Brasil, percebeu-se que, o trabalho relatado pelos profissionais é muito simples e ainda precisa ser melhorado, além de que segundo eles ainda existe baixo número de material e cursos para ajudar a melhorar a forma de estratégias e entendimentos sobre o assunto, e além disso, o quanto precisa ser trabalho a importância da família junto ao tratamento, fazendo com que se compreenda o quanto muitas coisas precisam ser estabelecidas e criadas pouco a pouco.

Por fim, entende-se que a estimulação precoce é muito importante e faz grande diferença nos locais em que está inserida, o fato dos profissionais não estarem preparados é um ponto chave para começar-se a pensar no que deve ser feito para que esse serviço cresça cada vez mais no Brasil e seja inserido nos locais de extrema importância, e que assim como em Portugal com o passar do tempo que possamos ver em um futuro bem presente a criação através do SUS de um serviço que trabalhe especificamente com isso.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

FRANCO, Vítor. **INTRUDUÇÃO A INTERVENÇÃO PRECOCE NO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA** – com a família, na comunidade, em equipe. SPPC – Sociedade Portuguesa de Psicologia Clínica. Editora Edições Aloendro, Évora, 2015;

BOLSANELLO, M.A. **CONCEPÇÕES SOBRE OS PROCEDIMENTOS DE INTERVENÇÃO E AVALIAÇÃO DE PROFISSIONAIS EM ESTIMULAÇÃO PRECOCE**. Educar, Curitiba, n 22, p. 301-313, 2003, Editora UFPR.

MARINI, Bruna P. R.; LOURENÇO, Mariane C.; BARBA., Patrícia C. S. D.. **REVISÃO SISTEMÁTICA INTEGRATIVA DA LITERATURA SOBRE MODELOS E PRÁTICAS DE INTERVENÇÃO PRECOCE NO BRASIL**. Revista Paulista de Pediatria, São Paulo, set. 2017.

CRUVINEL, Fernando Guimarães; PAULETTI, Claremir Maria. **FORMAS DE ATENDIMENTO HUMANIZADO AO RECÉM NASCIDO PRÉ-TERMO OU DE BAIXO PESO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL: UMA REVISÃO**. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 102-125, 2009

MÉIO, Maria Dalva Barbosa Baker; Cynthia Magluta; , Rosane Reis De Mello. **Análise situacional do atendimento ambulatorial prestado a recém-nascidos egressos das unidades de terapia intensiva neonatais no Estado do Rio de Janeiro**. Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 299-307, 2005

Ministério da Saúde. **A estimulação precoce na atenção básica**. Brasília. 2016.