Módulo de Estimulação Precoce

UNIDADE 1

INTRODUÇÃO

Ministério da saúde

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Departamento de Gestão da Educação na Saúde

Secretaria de Atenção à Saúde

Departamento de Atenção Básica

Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas

Coordenação Geral
Alexandre Medeiros de Figueiredo
Anne Elizabeth Berenguer Antunes
Vera Lúcia Ferreira Mendes

Supervisão
Dirceu Ditmar Klitzke
Mônica Cruz Kafer
Patrícia Araújo Bezerra

Organização
Bethânia Ramos Meireles
Bárbara Ferreira Leite

Revisão Técnica
Alyne Araújo de Melo
Amanda Carvalho Duarte
Dagoberto Miranda Barbosa
Debora Spalding Verdi
Diogo do Vale de Aguiar
Fabianny Fernandes Simoes Strauss
Francy Webster de Andrade Pereira
Ilano Almeida Barreto da Silva
Katia Motta Galvão Gomes
Larissa Gabrielle Ramos
Lavínia Boaventura Silva Martins
Nubia Garcia Vianna
Rhaila Cortes Barbosa
Sílvia Reis

Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Reitora
Ângela Maria Paiva Cruz

Vice-Reitor
José Daniel Diniz Melo

Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde (LAIS)

Coordenador
Ricardo Alexandro de Medeiros Valentim

Secretaria de Educação a Distância (SEDIS)

Secretária
Maria Carmem Freire Diógenes Rêgo

Secretária Adjunta
Ione Rodrigues Diniz Morais

Coordenação de Tecnologia da Informação
Ricardo Alexandro de Medeiros Valentim

Coordenação do Setor de Materiais Interativos e Audiovisuais
Kaline Sampaio de Araújo

Coordenação de produção do material
Cíntia Bezerra da Hora
Kaline Sampaio de Araújo
Mauricio da Silva Oliveira Jr.

Roteiro
Priscilla Xavier de Macedo

Revisão de Língua Portuguesa
Camila Maria Gomes
Emanuelle Pereira de Lima Diniz
Fabíola Barreto Gonçalves
Lisane Mariádne Melo de Paiva
Margareth Pereira Dias

Projeto gráfico
Mauricio da Silva Oliveira Jr.

Diagramação
Amanda da Costa Marques
Mauricio da Silva Oliveira Jr.

Direção
Kaline Sampaio de Araújo

Produção
Cíntia Bezerra da Hora
Mauricio da Silva Oliveira Jr.

Captação de imagens
Artur Correia de Lima
Ceal Bethowen Bezerra Padilha
Emerson Moraes da Silva

Ilustrações
Alessandro de Oliveira Paula
Isadora de Araújo Bezera
Lyézio Gonzaga Rosendo de Lima
Roberto Luiz Batista de Lima
Rommel Figueiredo Formiga Câmara de Carvalho
Tarsila Fernandes de Araújo

Motion design
Alessandro de Oliveira Paula
Lyézio Gonzaga Rosendo de Lima
Suelayne Cris Medeiros de Sousa

Animações
Alessandro de Oliveira Paula
Isadora de Araújo Bezera
Lyézio Gonzaga Rosendo de Lima
Rommel Figueiredo Formiga Câmara de Carvalho
Suelayne Cris Medeiros de Sousa
Tarsila Fernandes de Araújo

Edição de vídeos
Anderson Augusto Silva de Almeida
Artur Correia de Lima
Ceal Bethowen Bezerra Padilha
Mauricio da Silva Oliveira Jr.
Suelayne Cris Medeiros de Sousa

Transcrição
Camila Maria Gomes
Cristiane Severo da Silva
Edineide da Silva Marques
Emanuelle Pereira de Lima Diniz
Eugênio Tavares Borges
Fabíola Barreto Gonçalves
Lisane Mariádne Melo de Paiva
Margareth Pereira Dias
Rosilene Alves de Paiva
Verônica Pinheiro da Silva

Revisão final
Kaline Sampaio de Araújo
Priscilla Xavier de Macedo

Sumário

Visão geral sobre o desenvolvimento infantil 4

Condições de risco para o desenvolvimento infantil 7

A importância da estimulação precoce 9

Importância da estimulação precoce para o desenvolvimento da audição 12

A microcefalia e o desenvolvimento visual 15

Importância da equipe multiprofissional e da família no cuidado da criança com microcefalia 19

Referências 21

Módulo de Estimulação Precoce

UNIDADE 1:
INTRODUÇÃO

Visão geral sobre o desenvolvimento infantil



JAQUELINE PONTES
Fisioterapeuta



NÍVIA MARIA RODRIGUES ARRAIS
Neonatologista

Visão geral sobre o desenvolvimento infantil

O desenvolvimento infantil é um processo gradual que envolve aspectos desde a concepção até o envelhecer. A avaliação desse desenvolvimento abrange marcos importantes (por exemplo, o padrão motor – a criança caminha por volta dos 12 meses de idade); características individuais (crianças que nascem, por exemplo, com algum distúrbio específico ou uma síndrome); e, ainda, as sociais, que dizem respeito à comunidade onde ela se encontra inserida.

> *Microcefalia não é uma doença, é uma condição neurológica na qual a medida da circunferência craniana do bebê é menor que o normal.*

O processo de maturação cerebral acompanha o crescimento do sistema nervoso central e começa desde o período embrionário. Trata-se de um processo dinâmico e contínuo, que pode ser medido por meio do perímetro cefálico e de funções que podem aparecer e desaparecer no decorrer do desenvolvimento da criança.

A partir do décimo oitavo dia de gestação já podemos diferenciar o sistema nervoso central e, por volta da quarta semana de gestação, podemos notar o cérebro e o crânio. Os domínios do funcionamento partem de quatro princípios básicos, um deles é a sequência, onde cada evento depende do anterior de forma contínua e sequencial.

Medindo o perímetro cefálico

Para a detecção da microcefalia, é importante a medição do perímetro cefálico de todas as crianças que nascem. É um procedimento de rotina em todas as maternidades. Para isso, é necessário conhecer como se mede adequadamente o perímetro cefálico: deve-se mensurar a partir da região occpital, mais proeminente, passando por cima das orelhas e sobre as sobrancelhas, escolhendo então o maior perímetro cefálico da criança. A partir dessa medida pode-se definir se a criança tem de microcefalia ou não.

Utilizam-se tabelas padronizadas para detecção da microcefalia. Crianças nascidas a termo devem ter perímetro cefálico acima de 32cm. Isto pode ser visualizado nos gráficos padronizados da caderneta de saúde da criança. Para bebês prematuros, as medidas diferem, de acordo com a idade gestacional. Também há tabelas específicas para o perímetro cefálico de bebês prematuros, o Ministério da Saúde preconiza a utilização da Curva de Fenton.

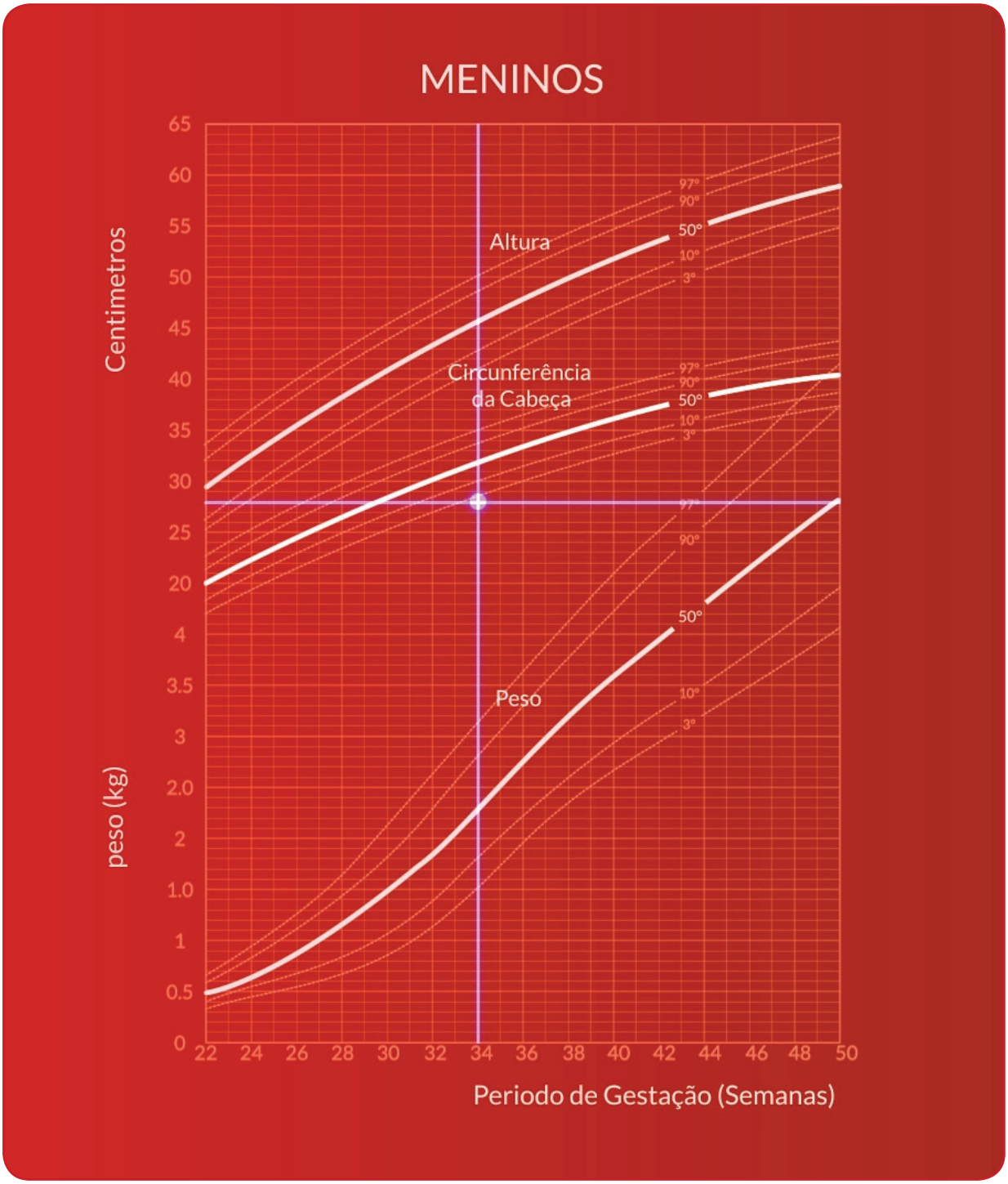


Figura 1 - Tabela de Fenton.

Podemos usar como exemplo um bebê nascido com 34 semanas de idade gestacional, portanto, prematuro. Para que a medida do seu perímetro cefálico seja considerada microcefalia, deve medir 28cm - e deve estar abaixo dos dois desvios padrão - de acordo com a tabela de Fenton.

Módulo de Estimulação Precoce

UNIDADE 1:
INTRODUÇÃO

Condições de risco para o desenvolvimento infantil



JAQUELINE PONTES
Fisioterapeuta



NÍVIA MARIA RODRIGUES ARRAIS
Neonatologista

Condições de risco para o desenvolvimento infantil

Fator de risco é um ou mais fatores que, quando presentes, podem alterar o desenvolvimento da criança. No período neonatal, podem-se visualizar alguns deles, como: prematuridade, asfixia perinatal, distúrbios metabólicos (hipoglicemia), erros do metabolismo (como hipertireoidismo congênito), mal formações do sistema nervoso central e infecções congênitas. Durante a gestação, uma paciente que adquire uma infecção, especialmente no período inicial, pode ter o desenvolvimento embrionário do seu bebê afetado. Condições genéticas, entre outros que podem alterar o desenvolvimento da criança. Isso poderá ocasionar problemas no sistema nervoso central e, posteriormente, no seu desenvolvimento. Tal condição encontra-se associada à microcefalia.

Importância da família e do ambiente social para a Estimulação Precoce

É importante observar a comunidade em que a criança está inserida, seus valores e sua organização.

Outro aspecto importante diz respeito à família propriamente dita, considerando como é realizado o cuidado e a quem é atribuído. Nesse contexto, o papel do pai como cuidador é fundamental, isso determina o tipo e a qualidade do cuidar, como também de maneira se baseia a relação afetiva que é estabelecida. É preciso considerar todos esses aspectos para poder programar uma estimulação.

Módulo de Estimulação Precoce

UNIDADE 1:
INTRODUÇÃO

A importância da estimulação precoce



JAQUELINE PONTES
Fisioterapeuta



NÍVIA MARIA RODRIGUES ARRAIS
Neonatologista



THEOHARIS SFAKIANAKIS
Médico Geneticista

O programa de estimulação precoce

O programa de estimulação precoce é um programa de acompanhamento clínico de intervenção terapêutica multiprofissional. O público-alvo são os bebês de alto risco, as crianças que foram comprometidas por uma série de condições que resultaram no atraso do desenvolvimento neuromotor delas. E o objetivo geral dessa estimulação é fazer com que o paciente comprometido pelo atraso consiga atingir o máximo do potencial do desenvolvimento neurológico dele, que a sua natureza lhe permite alcançar, mesmo que esse potencial não seja exatamente o de uma criança que não possui atraso. Quanto ao objetivo específico, é reduzir o comprometimento neurológico adquirido, melhorar as habilidades motoras, a aquisição da linguagem, a socialização, além de contribuir com a estrutura do vínculo entre a mãe, a criança, com a aceitação dos familiares para com essa criança.

Deve-se observar a idade de início que essa estimulação deve ser realizada, que deve englobar desde o nascimento até os três anos de idade, porque essa é a fase em que o cérebro começa a se desenvolver mais rapidamente. Isso acaba fazendo com que as oportunidades do estabelecimento das fundações que vão repercutir na vida inteira dessa criança sejam melhoradas.

Assim, quando a estimulação precoce é iniciada desde os primeiros meses de vida, nós garantimos uma melhor qualidade de vida para ela e uma maior chance para que ela adquira os marcos do desenvolvimento neuropsicomotor que porventura ela tenha perdido.

A importância da estimulação precoce

A estimulação precoce deve levar em consideração todos os aspectos do bebê, visto que ele não é somente um sistema digestivo, mas interage com o meio por reações tônicas, pelo aporte sensorial, da comunicação e da linguagem. Assim, não é possível avaliar o desenvolvimento infantil sem perceber todos esses aspectos: tanto os ambientais quanto os biológicos.

Os aspectos biológicos são já determinados como por exemplo a criança que nasce com erro inato de metabolismo (má formação congênita). Já os aspectos ambientais são aqueles que dizem respeito à condição social da criança, pois às vezes elas estão expostas a condições de violência ou a mãe não possui boa saúde mental, por exemplo. Estes são aspectos externos, mas que envolvem e repercutem no desenvolvimento da criança. Essas alterações devem ser sequenciadas e observadas pelo profissional. Por isso, é importante ouvir sempre a família, demais profissionais e pessoas que estão no convívio da criança para que se possa analisar os riscos ao seu desenvolvimento.

Nesse processo, o diagnóstico precoce em desvios de desenvolvimento é de fundamental importância para que as intervenções aconteçam o mais rapidamente possível. Deve ser iniciado no momento do nascimento até o terceiro ano de vida, período conhecido como "janelas de oportunidades". Nessa ocasião, a criança desenvolve diversas habilidades que devem ser iniciadas com a própria mãe, ou seja, no período de acolhimento da família e, posteriormente, junto aos cuidadores e profissionais de saúde.

O Ministério da Saúde estabelece, desde 2005, um manual de atenção a doenças prevalentes na infância. A partir disso, os profissionais de saúde devem observar alguns aspectos no cuidado à criança, quais sejam: acompanhar o desenvolvimento, predizer os riscos dentre as crianças normais e cuidar daquelas que já estão em risco.

Esse acompanhamento deve ser realizado por avaliação multiprofissional e diagnóstica em protocolos, com controle e tratamento de alterações encontradas por uma equipe multi e interdisciplinar e a importância da atenção primária a saúde, que garante o acesso universal às famílias quanto aos cuidados essenciais em saúde. É na UBS (Unidade Básica de Saúde) onde são dadas as primeiras orientações à saúde da criança, um trabalho direcionado aos médicos e enfermeiros. Por isso é tão importante que todos os profissionais de saúde entendam dos cuidados básicos que devem ser dados às crianças. É preciso orientar aos pais para que saibam como seu filho irá evoluir. Nos casos de microcefalia, assim como para as demais crianças, há um acompanhamento desse desenvolvimento, da medição do perímetro cefálico, das imunizações necessárias e alterações que estabelecem a possiblidade de risco que irão necessitar de um acompanhamento especializado.

Os profissionais da atenção básica precisam saber identificar os casos em que seja necessário referenciar para as equipes de atenção especializada. Para que ambas equipes cuidem desta criança de forma concomitante e articulada.

Assim, são estabelecidos alguns critérios na estimulação precoce. A criança precisa sentir-se no espaço, por isso as primeiras estimulações são as tátil-propriocpetivas para perceber quando a criança está reagindo ao ambiente. Então, o primeiro ponto observado na criança ao nascer é se ela possui sensibilidade, uma resposta reflexa condizente com a sua faixa etária. A partir daí serão estabelecidos marcos para cada idade. Um bebê de 4 meses no desenvolvimento típico apresenta um controle cervical, reflexos presentes e uma movimentação espontânea condizente com a sua idade.

É sempre muito importante reforçar por meio dos exercícios ativos assistivos aquilo que nós queremos que a criança assimile. Então, os padrões de rolar, sentar, equilibra-se para conseguir caminhar independentemente e manusear objetos vão tornando possível que a criança perceba a si mesma no seu meio participando e interagindo com ele mostrando a sua inteligência prática.

Nos casos de microcefalia, é importante observarmos três aspectos: cognitivos, motores e afetivos. A relação com a família é avaliada por protocolos próprios de avaliação. É fundamental sempre sistematizar a avaliação registrando periodicamente o avanço ou não da criança tendo-se em vista os marcos do desenvolvimento.



Figura 1 - Criança brincando.

Módulo de Estimulação Precoce

UNIDADE 1:
INTRODUÇÃO

Importância da estimulação precoce para o desenvolvimento da audição

BEATRIZ CAIUBY NOVAES
Profa. Dra. do Departamento de Fonoaudiologia da PUC-SP. Superintendente da Divisão de Educação e Reabilitação dos Distúrbios da Comunicação (Derdic) da PUC-SP



A importância da estimulação precoce

A importância da estimulação precoce é porque desde o minuto em que a criança nasce, ela precisa ter contato com o mundo em todos os seus sentidos: visual, auditivo, tátil. Assim, se eu pego uma criança e ponho no meu colo, a vibração na hora em que eu falo; o que ela ouve; ver a minha boca mexer e ouve o que eu digo, ou no colo da mãe por exemplo, a criança vai integrando todas essas informações e o cérebro do bebê vai se formando.

O cérebro vai se formando para cada estímulo e pela integração entre esses estímulos. A gente sabe, por exemplo, que o bebê de 6 meses já discrimina a diferença de um som que é da língua que ele é exposto, versus se você faz um som em uma língua estrangeira. Com essa ação, o bebê tem uma reação diferente, ele tem um estranhamento, ele não percebe uma diferença se não for numa língua que ele está exposto.

Assim, a percepção auditiva se dá desde o útero. A gente já tem isso em informação e, a cada pequena informação dessa, vai formando áreas no cérebro, que depois vão ser responsáveis para a pessoa entender uma palavra. Por isso, começar desde que se nasce, mesmo que seja uma perda profunda, vamos dizer, a gente está colocando aparelhos auditivos em bebês com quatro ou cindo semanas de vida. Isso porque, desde então, se você for pensar que o bebê está mamando e eu tenho uma mãe que está gesticulando, sem emitir som, é uma experiência de rosto – uma boca mexendo, um sorriso. O bebê estará sentindo, está vendo, mas não estará ouvindo. Trata-se de uma experiência diferente.

Noutra possibilidade, com a mesma distância, na mesma ação de amamentar, a criança, mesmo com uma perda profunda, um rosto [o da mãe] que falou: "Oi, você está com fome? Você quer mais um pouco?". Nessa ocasião, o combinado entre as sensações tátil – da impressão da mãe; o que ele ouve e o que ele vê, vai integrando essas informações, contribuindo para o desenvolvimento global e para o vínculo.

Diante disso, notamos que a estimulação, o mais cedo possível, colocando um aparelho de amplificação, e começando a orientação, facilita o vínculo, porque, antigamente as crianças apareciam com um ano e meio, dois, quando alguém desconfiava que ela não ouvia bem.

O que se notou foi que, em casa os familiares já estavam vendo que a criança não respondia; batiam palma, ela não virava, não estava falando. Isso é um processo lento, no qual a família vai dando conta de que a criança não escuta. Quando você sai da maternidade com a suspeita, e você confirma um diagnóstico com um ou dois meses, tem que fazer alguma coisa a respeito, porque senão você tem a frustação de saber que a criança não ouve, mas alguma coisa poderia estar sendo feita.

O envolvimento da equipe de saúde com a família

Se eu tenho um bebê que está em formação e em movimento, e várias áreas estão se desenvolvendo, com ou sem uma deficiência implicada naquele desenvolvimento, um profissional nunca vai dar conta disso. Eu estou num momento em que a relação mãe-bebê vai ser a base para a constituição dessa pessoa, do ponto de vista emocional, cognitivo, e eu mostro uma deficiência, uma deficiência auditiva, mas eu não estou tratando o ouvido.

Qualquer fonoaudiólogo que acha que pode trabalhar sozinho, é impossível. A equipe que está em contato com a mãe, que vai lá todas as semanas, que conhece a família, que sabe que aquela avó tem uma participação. Então, todos estarão a serviço do melhor desenvolvimento possível para aquela família. E o conhecimento específico vai sendo agregado, por exemplo, mexer no aparelho para ele não apitar, ver se o molde está bom, trocar um tubinho para ele estar em bom funcionamento. O fonoaudiólogo vai fazer tudo isso e depois deixar completamente organizado para ir para casa. Mas se a mãe está com dificuldade de pôr o molde, se não encaixou na orelhinha do bebê, com certeza quem está em contato direto com a família vai ser fundamental que faça esse acompanhamento.

A microcefalia e o desenvolvimento auditivo

Quanto à questão da microcefalia, gerada pelo Zika, já se sabe muito sobre microcefalia, e deficiência de audição, estimulação precoce, a diferença aí é que o prognóstico do que exatamente vai acontecer é desconhecido. Por exemplo, no citomegalovírus, às vezes a criança nasce com o problema, mas ouve; pode desenvolver um problema de audição ao longo do primeiro ano.

Diante dessa situação, a criança tem que ser monitorada, porque não necessariamente toda criança que algum problema com um agente viral desconhecido, como é o caso do Zika, é importante a equipe toda estar atenta para pequenas mudanças de comportamento, porque eu posso não ter uma perda de audição logo nos primeiros meses e ela pode vir a se manifestar. E esse monitoramento é porque nós não conhecemos o mecanismo de atuação do vírus. Assim, é importante que todos tenham atenção para os múltiplos fatores que pode acontecer.

Módulo de Estimulação Precoce

UNIDADE 1:
INTRODUÇÃO

A microcefalia e o desenvolvimento visual

MARIA APARECIDA ONUKI HADDAD
Profa. Dra. do Departamento de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da USP. Coord. Médica da Associação Brasileira de Assistência à Pessoa com Deficiência Visual (Laramara)



A microcefalia e o desenvolvimento visual

Se pensarmos nos tipos de lesão possíveis de ocorrer em crianças com microcefalia, podemos pensar que em qualquer ponto do sistema visual pode haver uma afecção. Começando pelo olho, podemos ter alterações em várias estruturas. Um exemplo seria uma lesão na retina, uma cicatriz retiniana por uma determinada causa que levou também à microcefalia.

Se existirem lesões retinianas, e se estas afetarem a área central da retina, que é a região macular com a qual temos melhores respostas, a criança terá uma dificuldade visual importante, acuidade visual baixa e, consequentemente, terá uma dificuldade de reconhecimento de objetos a longas distâncias e também terá dificuldades para alta definição. Dessa maneira, essa criança precisará utilizar o campo periférico, ou seja, a visão periférica, que tem menor resolução. Muitas vezes, é necessário usar movimentos de olhos e de cabeça para posicionar a imagem do objeto que a criança precisa definir sobre a retina que não está lesada. Esse processo configura-se como um padrão de comportamento visual. É claro que quanto mais a criança for estimulada a realizar movimentos de cabeça, movimentos de olhos para a usar a retina não lesada, melhor será o seu desenvolvimento e sua eficiência visual.

Um outro exemplo de afecção possível junto ao quadro de microcefalia, seria a lesão do nervo ótico, o qual leva toda informação captada pelo olho, pela retina, às vias óticas posteriores e ao cérebro. Quando a imagem chega ao cérebro, na área responsável pela visão que é o córtex visual, é que temos então a percepção de um objeto. Portanto, podemos considerar que o olho é um receptor e o cérebro, na verdade, é que enxerga.

Então, se temos uma lesão nos nervos óticos, o que podemos esperar? Vamos também observar uma baixa resposta visual, um menor interesse aos estímulos visuais apresentados. Possivelmente, o bebê, além da dificuldade do alcance visual e um menor desenvolvimento desse alcance, também terá uma dificuldade de localização de objetos devido a alterações no campo visual. Assim, mais uma vez, a criança necessitará realizar posições de cabeça, posições de olhar, no sentido de rastrear, dentro do seu campo de visão, a localização do objeto que ela precisa enxergar. Ainda a respeito da lesão do nervo ótico, podemos ter diminuição da sensibilidade ao contraste e, com isso, fica mais difícil para criança perceber objetos em baixo contraste. Por exemplo, na face humana temos variações de contraste e, por isso, mesmo estando próximo, o bebê terá dificuldades para perceber essas alterações.

Outro exemplo de lesão ocular ou de via ótica, que pode estar relacionado ao quadro de uma microcefalia, é a lesão de via ótica posterior, lesão na área cortical responsável pela resposta visual. Nesse caso, vamos ter o comportamento da criança como o de crianças com deficiência visual cortical. Assim, elas terão grande dificuldade de localização do objeto; terão baixíssima atenção àquela resposta, ou seja, àquele estímulo apresentado. Essas crianças terão alteração do campo visual e, muitas vezes, também alteração no reconhecimento do objeto apresentado.

Desenvolvimento de crianças com cegueira

Muitas crianças também podem ter ausência total da visão por uma lesão total do nervo ou por outras alterações dentro da via ótica. Nesse caso, não existe a possibilidade da estimulação visual; no entanto, essa criança deverá ser abordada no sentido da melhora do seu desenvolvimento.

Avaliação do especialista

É importante que a criança com microcefalia seja avaliada pelo oftalmologista para que seja conhecida a lesão presente, concomitante à microcefalia. A partir do conhecimento da lesão existente ou não, podemos reconhecer o padrão visual desse bebê e, com isso, fazer o preparo para que a estimulação precoce seja mais eficaz possível.

A importância da estimulação precoce no desenvolvimento da visão

A visão é um sentido que traz mais informações do meio ambiente ao bebê. Então, podemos considerar que a falta da visão vai comprometer, profundamente, o desenvolvimento da criança. Por exemplo, uma bola próxima ao bebê com visão é um estímulo para que ele faça localização visual, mas também um estímulo para que ele faça o alcance do objeto apresentado. O bebê com deficiência visual ou o bebê com baixa visão terá a dificuldade de localização desse estímulo que então não o será para seu desenvolvimento. Vale ressaltar que o bebê com baixa visão necessitará que tudo fique mais próximo para que tenha possibilidade de localização, de reconhecimento e de exploração dos objetos.

Então, qual é a importância da estimulação precoce? É fazer com que os estímulos visuais que não possam ser resolvidos pelo quadro de baixa visão sejam modificados ou na sua forma de apresentação, ou na sua localização de apresentação para que a criança consiga explorar melhor aquele objeto e possa correlacionar com os outros sentidos que estão remanescentes e, com isso, nós vamos promover o seu desenvolvimento global. Não existe uma receita para estimulação precoce, ou seja, ela não é um protocolo fixo para todas as crianças.

Quando pensamos no desenvolvimento infantil e na deficiência visual, vamos ter diversos padrões de resposta visual. Dessa maneira, podemos dizer considerando a baixa visão que bebês com o mesmo diagnóstico, como o mesmo quadro de afecção ocular, enxergam de forma totalmente diferente. Por isso, a avaliação oftalmológica e a avaliação funcional individual são fundamentais para que o trabalho de estimulação seja realmente eficaz.

Vale lembrar que a visão é uma função aprendida. Nascemos com um aparato visual formado, porém não desenvolvido. Nos primeiros meses de vida, temos uma plasticidade maior e, se nesse período esse aparato não for utilizado, a criança, possivelmente, não conseguirá fazer o melhor uso das habilidades.

No entanto, podemos indagar: A criança não usaria a visão de uma forma automática? É necessária a estimulação? Sim. É necessária, principalmente nos casos de deficiência visual profunda e

grave, em que os outros sentidos presentes trazem muito mais informações para o bebê. Assim, ele tende a não usar a visão de uma forma automática. Porém, se modificarmos o estímulo a ser apresentado, utilizando alto contraste, tamanho adequado de objetos, posicionamento adequado, vamos estimular a criança a fazer uso da visão presente e, com isso, ela irá explorar mais, visualmente, os objetos. Esse processo ajudará no seu desenvolvimento visual, no desenvolvimento de estruturas que não estão acometidas, uma vez que não é possível reverter o quadro das estruturas que foram acometidas.

Podemos dizer que as estruturas que não foram acometidas têm um potencial de desenvolvimento e, por isso, se faz necessária a estimulação precoce. Nos quadros de baixa visão grave e profunda esse estímulo é primordial, principalmente, nos primeiros meses de vida para que todo esse processo ocorra de maneira eficaz.

Módulo de Estimulação Precoce

UNIDADE 1:
INTRODUÇÃO

Importância da equipe multiprofissional e da família no cuidado da criança com microcefalia



MARIA APARECIDA ONUKI HADDAD
Profa. Dra. do Departamento de Oftalmologia da Faculdade de Medicina da USP. Coord. Médica da Associação Brasileira de Assistência à Pessoa com Deficiência Visual (Laramara)

A necessidade do trabalho interdisciplinar

Qual a importância de uma equipe interdisciplinar? Digamos uma equipe multiprofissional desenvolvendo um trabalho interdisciplinar? Cada área vai trazer a sua expertise e, com isso, podemos atender melhor às necessidades do bebê com microcefalia, a partir da avaliação, conhecendo padrões de um desenvolvimento normal e para saber diferenciar o desenvolvimento comprometido. Um fator importante é que, muitas vezes, não há necessidade de uma profunda formação, uma capacitação para que aquela criança com alteração no seu desenvolvimento, ou dificuldades visuais, possa ser reconhecida. Frequentemente, em avaliações muito básicas, os profissionais podem reconhecer as defasagens visuais apresentadas pelo bebê e, com isso, ele terá a possibilidade de um diagnóstico precoce, uma vez que o profissional fez a detecção de uma dificuldade, de um atraso no desenvolvimento visual e, consequentemente, no desenvolvimento global.

Então, o conhecimento desse desenvolvimento e das suas alterações é fundamental para esse diagnóstico precoce. A partir do momento que essa criança é diagnosticada, ela realizará todas as avaliações necessárias por uma equipe formada por várias especialidades. Dessa maneira, com o conhecimento específico de cada área, essa criança terá a estimulação, um programa individual de estimulação precoce direcionado ao seu quadro para promover o seu desenvolvimento. Lembrando que o leque de alterações é muito grande. A equipe multidisciplinar, com um trabalho interdisciplinar, vai proporcionar informações e possibilidades do atendimento individualizado, uma vez que cada bebê enxerga de uma maneira diferente e, assim, cada um apresenta alteração no seu desenvolvimento global, mesmo apresentando o diagnóstico ocular e geral idêntico.

Vale salientar que na avaliação oftalmológica, muitas vezes, a criança com microcefalia pode não ter uma grande atenção visual, principalmente, quando existe o acometimento da área cerebral responsável pela visão num quadro de deficiência visual cortical, o qual é também de manejo interdisciplinar.

O oftalmologista pode detectar, por exemplo, que a criança possui uma importante dificuldade de foco para perto e que o uso de correções óticas, do grau, ou então de correções óticas especiais para perto podem ajudar na resposta visual e no grau de atenção. Isso seria importante para exemplificar como a expertise de cada profissional vai contribuir para que o trabalho realmente seja efetivo, para que seja possível promover o máximo da resposta visual dessa criança e, com isso, promover o seu desenvolvimento global.

Outro aspecto importante é a interação de informações dentro da equipe multidisciplinar em prol dessa criança. Podemos dizer também que o grande estimulador do bebê não é essa equipe, na verdade, os profissionais são promotores do desenvolvimento; a família é que se configura como grande estimulador da criança.

Nesse caso, devemos passar competências para a família, para que em todo momento da vida da criança, desde os primeiros dias de vida, a estimulação seja realizada continuamente, não só no momento em que a equipe esteja atuando, mas sim, no seu ambiente doméstico, numa abordagem ecológica da situação. Então, o trabalho da equipe multidisciplinar, com um trabalho interdisciplinar junto à família é que, na verdade, irá promover o desenvolvimento global e tornar esse trabalho de estimulação precoce realmente eficaz. Desse modo, haverá uma melhora no desenvolvimento da criança que terá a oportunidade de superar algumas defasagens impostas por essa malformação.

Módulo de Estimulação Precoce

UNIDADE 1:
INTRODUÇÃO

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de saúde da criança**: menino. 8. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Manual AIDPI neonatal**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. 229 p. (Série A. Normas e manuais técnicos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolo de atenção à saúde e resposta à ocorrência de microcefalia relacionada à infecção pelo vírus Zika**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes de estimulação precoce**: crianças de zero a 3 anos com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor decorrente de microcefalia. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

FAUCI, Anthony S.; MORENS, David M. Zika Virus in the Americas: yet another arbovirus threat. **New England Journal of Medicine**, v. 374, n. 7, p. 601- 604, fev. 2016.

FENTON, Tanis R.; KIM, Jae H. A systematic review and meta-analysis to revise the Fenton growth chart for preterm infants. **BMC Pediatr**., v. 13, n. 59, p. 1-13, 2013. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2431-13-59.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2016.

FIGUEIRAS, Amira Consuelo et al. **Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI**. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

HALLAL, C. Z.; MARQUES, N. R.; BRACHIALLI, L. M. P. Aquisição de habilidades funcionais na área de mobilidade em crianças atendidas em um Programa de Estimulação Precoce. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, [S.l.], v. 18, n. 1, p. 27-34, 2008.

HALPERN, Ricardo. **Manual de pediatria do desenvolvimento e comportamento.** 1. ed. São Paulo: Manole, 2015.

SAÚDE investiga 3.670 casos suspeitos de microcefalia no país. 2016. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/principal/agencia-saude/22032-saude-investiga-3-670-casos-suspeitos-de-microcefalia-no-pais>. Acesso em: 2 fev. 2016.

VENTURA, Camila V. et al. Zika virus in Brazil and macular atrophy in a child with microcephaly. **The Lancet**, v. 387, n. 10015, p. 228, jan. 2016.

ZIKA virus: a new global threat for 2016. **The Lancet**, v. 387, n. 10014, p. 96, jan. 2016.

