

ASPECTOS LIGADOS À INTERVENÇÃO PRECOCE

Cibelle Kayenne Martins Roberto Formiga

Como citar: FORMIGA, C. K. M. R. Aspectos ligados à intervenção precoce In: OLIVEIRA, J. P.; BRAGA, T. M. S. (org.). *Desenvolvimento Infantil: Perspectivas de atuação em educação e saúde*. Marília: Oficina Universitária; São Paulo: Fundepe, 2009. p.128-141. DOI: <https://doi.org/10.36311/2009.978-85-98176-22-2.p.128-141>



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

ASPECTOS LIGADOS À INTERVENÇÃO PRECOCE

Cibelle Kayenne Martins Roberto Formiga

A intervenção precoce dentro do contexto da prevenção de deficiências

A temática da prevenção de deficiências dentro da área de Educação Especial tem sido um assunto bastante discutido, especialmente relacionado ao trabalho com crianças de risco para desvios do desenvolvimento neuropsicomotor (FRÔNIO, 1998; SALLES, 2000). Os estudos longitudinais de acompanhamento do desenvolvimento da criança possibilitam a detecção de problemas o mais cedo possível, proporcionando a criação de programas de intervenção. Neste caso, a intervenção deve ser realizada logo que se detectem as anormalidades no desenvolvimento destes bebês, ou seja, nos três ou até no máximo quatro primeiros meses de vida (TUDELLA, 1989; FORMIGA, 2003; TUDELLA *et al.*, 2004).

Assim sendo, a intervenção precoce consiste no atendimento de caráter preventivo das alterações clínicas no desenvolvimento infantil, o que se caracteriza como sendo da ordem das ações de prevenção secundária (BRANDÃO, 1985), promovendo a harmonia do desenvolvimento de vários sistemas orgânicos e de funções (motora, sensorial, perceptiva, proprioceptiva, lingüística, cognitiva, emocional e social) dependentes ou não da maturação do sistema nervoso central (LOPES; LOPES, 1999; FORMIGA *et al.*, 2002).

Crianças que apresentam atrasos no desenvolvimento neuropsicomotor não necessariamente são portadoras de anormalidades ou alterações patológicas. Nestes casos, o acompanhamento evolutivo cuidadoso pode eliminar qualquer dúvida (BREDARIOL, 1999).

Segundo as Diretrizes Educacionais sobre Estimulação Precoce, 'estimulação precoce' significa "o conjunto de atividades e de recursos humanos e ambientais incentivadores que são destinados a proporcionar à criança, nos seus primeiros anos de vida, experiências significativas para alcançar pleno desenvolvimento no seu processo evolutivo" (BRASIL, 1995, p.11).

O termo "estimulação precoce" é oriundo da expressão inglesa "*early intervention*" e da expressão espanhola "*intervención temprana*" (Barbosa, 1993) e tem sido utilizado por diversos profissionais da área da saúde e da educação que trabalham com bebês durante os primeiros anos de vida. Entretanto, alguns autores (TUDELLA, 1989; BRANDÃO, 1992; FONTES, 1994) fazem distinção entre a estimulação espontânea, oferecida pela família e ambiente, e o tratamento por estimulação precoce, desenvolvido por uma equipe especializada, embora com a

cooperação dos pais. Assim, o termo 'estimulação' está mais relacionado à promoção do desenvolvimento da criança, que pode ser realizado pela mãe, na escola; enquanto que o termo 'intervenção' traz à tona a questão da prevenção de problemas, em que os fatores de risco são variáveis estabelecidas.

Segundo Brandão (1992), o objetivo da estimulação precoce é facilitar o desenvolvimento harmonioso de todas as funções do sistema nervoso nas crianças normais. Em contrapartida, o objetivo do tratamento por estimulação precoce é facilitar e corrigir o desenvolvimento anormal das funções do sistema nervoso na criança deficiente, com lesão no sistema nervoso ou dos seus órgãos sensoriais receptores. No presente capítulo será utilizado a expressão 'intervenção precoce' com o objetivo de fazer referência ao trabalho realizado por profissionais junto às crianças com risco para desenvolver algum tipo de atraso ou deficiência. Dentro desta perspectiva, a responsabilidade do programa é dividida entre a equipe, a família da criança e a escola, atuando dentro de uma abordagem de aprendizado cooperativo (LEVITT, 2001).

Para que os recursos de estimulação sejam aplicados de maneira efetiva e para que se possam detectar possíveis anormalidades a fim de intervir o mais precocemente possível é necessário o conhecimento dos sinais indicativos de alterações no desenvolvimento das crianças e, principalmente, de métodos de avaliação sensível o bastante para captar esses sinais (GUIMARÃES, 2001). Além disso, os profissionais devem considerar a história biológica da criança (gestação, parto e pós-parto), as relações familiares e o contexto social e cultural em que a criança está inserida.

A intervenção precoce com crianças de risco

Ramey e Ramey (1998) realizaram uma análise sobre os programas de intervenção precoce desenvolvidos nos Estados Unidos nas últimas quatro décadas e destacaram a importância destes e alguns princípios básicos para a eficácia. No final dos anos 50, os serviços de intervenção precoce foram montados para atender crianças provenientes das classes sócio-econômicas mais pobres e só recentemente foram ampliados para aquelas com limitações no desenvolvimento, visando a melhora do desempenho cognitivo, acadêmico e social das mesmas.

De acordo com estes autores, a intervenção se refere ao conjunto de atividades que têm como objetivo estimular as capacidades das crianças o mais cedo possível, apoiar as famílias e fornecer um monitoramento ativo destas aquisições. 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. A população alvo da intervenção pode ser crianças em risco para desenvolvimento (intervenção preventiva), como crianças que já apresentam problemas diagnosticados (intervenção remediativa ou terapêutica).

Assim, o critério para o sucesso de um programa de intervenção precoce estaria intimamente relacionado ao contexto de quem participa e das metas estabe-

lecidas. O grande mérito da intervenção é que a criança possa se colocar numa trajetória de desenvolvimento considerado adequado e que alcance requisitos básicos para continuar o seu ciclo evolutivo após o término do programa.

Frônio (1998) ressalta que alguns trabalhos da literatura da área discutem sobre a efetividade do tratamento por estimulação precoce e observam que não há um consenso a esse respeito. A autora levanta alguns fatores que podem contribuir para esta questão, tais como a necessidade de um acompanhamento longitudinal das crianças, a grande variedade de tipos de manifestações da paralisia cerebral no desenvolvimento, os vários modelos de intervenção propostos e a idade de início do tratamento.

Ainda neste aspecto, Frônio (1998) afirma que todos os pontos abordados sobre a eficácia da intervenção precoce demonstram que esta constitui uma temática polêmica, havendo necessidade de maiores investigações e que pode, muitas vezes, levar ao descrédito os tratamentos existentes para crianças com risco ou com diagnóstico de paralisia cerebral.

De acordo com Braz (1999), a intervenção precoce apresenta bons resultados, mas na prática, muitos bebês são encaminhados tardiamente às instituições, geralmente apresentando algum tipo de deficiência, tornando a intervenção mais restrita em não poder alcançar o objetivo de prevenir alterações patológicas no desenvolvimento. Assim, quando as deficiências tornam-se evidentes é que os pais começam a procurar ajuda e tratamento.

De maneira geral, os pais procuram o atendimento quando suspeitam que seu bebê apresenta algum atraso no desenvolvimento. Com a deficiência já instalada, o tratamento consiste em amenizar futuras complicações para a criança, melhorar ao máximo a funcionalidade para uma adaptação social, além de prevenir novas deficiências que possam vir a ocorrer.

Entretanto, Brandão (1985) afirma que 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. Portanto, não se deve esperar que a criança apresente anormalidades para depois intervir, tendo em vista que o sistema nervoso do bebê se encontra em um processo de grande plasticidade (LUNDY-EKMAN, 2000; FORMIGA *et al.*, 2002).

O ideal é que a intervenção seja iniciada logo que houver suspeita e/ou risco de alterações no desenvolvimento neuropsicomotor da criança, evitando ao máximo a instalação de padrões anormais de comportamentos, favorecendo a prevenção de futuras deficiências destes bebês (BRAZ, 1999).

Na literatura da área existem inúmeras evidências sobre os aspectos benéficos da intervenção precoce proporcionados aos bebês de risco para desvios ou anormalidade no desenvolvimento (TUDELLA, 1989; HARRIS, 1997; FRÔNIO, 1998; BRAZ, 1999; OLNEY; WRIGHT, 2002). Como a questão não reside apenas na criança, visão tradicional centrada exclusivamente nos aspectos orgânicos,

passou-se a dar uma maior atenção à questão do ambiente em que a criança está inserida como fator de grande contribuição para o seu desenvolvimento.

Ainda em relação ao sucesso dos programas de intervenção, Ramey e Ramey (1998) afirmam que é necessário a realização de pesquisas estruturadas que possibilitem avaliar com segurança os programas de intervenção precoce para prevenção de deficiências e constatar quais os fatores que possam garantir o sucesso ou não do programa, além de definir quais os cuidados que devem ser tomados no planejamento e execução dos mesmos. Assim, o programa de intervenção precoce deve ter um caráter educativo, onde as ações devem ser integradas com os outros serviços de atendimento, a fim de garantir que a criança possa receber o atendimento global e a família exerça um papel ativo. Os autores discutem seis princípios básicos para o sucesso de um programa de intervenção: tempo ou fase de desenvolvimento da criança, intensidade do programa de intervenção, forma de atendimento da criança, flexibilidade do programa, diferenças individuais e princípio da continuidade (RAMEY *et al.*, 1997; RAMEY; RAMEY, 1998).

Em relação ao *princípio de tempo* do desenvolvimento da criança, a literatura tem mostrado que as crianças que são estimuladas precocemente (ainda no primeiro ano de vida) e por um período maior de tempo apresentam melhores resultados na prevenção de atrasos motores, cognitivos, de linguagem e socialização (BRANDÃO, 1992; RAMEY *et al.*, 1997; RAMEY; RAMEY, 1998).

Quanto à *intensidade* do programa, Guralnick (1998) destaca que os efeitos da intervenção já podem ser observados a curto prazo em crianças nascidas prematuramente e com baixo peso. Uma medida de intensidade foi criada combinando a participação de famílias e crianças nos vários aspectos da intervenção e foi demonstrada uma forte associação entre os níveis de intensidade de participação da família nos aspectos cognitivos do desenvolvimento da criança. Segundo Ramey e Ramey (1998), os programas mais intensivos, com número maior de sessões, associados à participação dos pais, produziram efeitos mais positivos no desenvolvimento da criança do que programas com sessões esporádicas ou intermediárias.

Dentro do *princípio da forma de atendimento* da criança, de acordo com Siemeonsson e Bailey (1990), os terapeutas precisam estar atentos para a questão conceitual da intervenção precoce em que o foco é a criança (*child-focused intervention*) em relação à intervenção focalizada na família (*family-focused intervention*). Na intervenção focada na criança, as atividades de tratamento são designadas para a criança enquanto que o papel dos pais é periférico. Os pais podem ser usados como co-terapeutas ou podem assumir um papel passivo, e os resultados da intervenção são baseados apenas nas características da criança. Por sua vez, na intervenção focalizada na família, os programas de tratamento são designados para qualquer um, família ou a criança, ou para ambos. As famílias podem ser apenas participantes do serviço ou são consumidores dos serviços e os resultados da intervenção são baseados nas mudanças em ambas as variáveis: família e

criança. Neste sentido, Ramey e Ramey (1998) destacam que os programas que têm uma intervenção direta com as crianças, facilitando as experiências e que contam com a participação dos pais, podem apresentar um efeito maior do que aqueles programas que dependem apenas de caminhos intermediários, como por exemplo, o treinamento de pais.

Em *relação ao princípio da flexibilidade do programa*, Ramey e Ramey (1998) destacam que as intervenções que utilizam vários caminhos para alcançar o desenvolvimento da criança produzem efeitos maiores do que as intervenções com foco mais estreito. Assim, deve-se estimular o desenvolvimento da criança em vários aspectos, a saber: comportamentos motores, cognitivos, sociais, de linguagem e auto-cuidados. Dentro deste princípio, quando se trabalha um aspecto ou área do desenvolvimento da criança os resultados são obtidos também em outras áreas, como por exemplo, ao se estimular comportamentos cognitivos da criança há melhora dos comportamentos motores e vice-versa. Desta maneira, os estímulos oferecidos potencializariam os efeitos da intervenção em todas as áreas do desenvolvimento da criança.

No quinto princípio, *das diferenças individuais*, destaca-se o papel da variabilidade individual, onde algumas crianças podem demonstrar melhores resultados do que outras dentro de um mesmo programa de intervenção. Da mesma forma, programas diferentes podem levar a resultados semelhantes em indivíduos com fatores de risco diferentes (RAMEY; MULVIHILL; RAMEY; 1997; RAMEY; RAMEY, 1998).

Por último, destaca-se o *princípio da continuidade*, em que a intervenção unicamente não é suficiente para garantir que após o término do programa a criança irá continuar a ter um desenvolvimento adequado e positivo. Neste aspecto, o ambiente da criança, suas experiências durante e após a intervenção devem ser levados em consideração (RAMEY; RAMEY, 1998). De acordo com este princípio, a eficácia da intervenção seria garantida se a criança apresentasse uma manutenção dos comportamentos adquiridos durante o período que estava participando do programa.

A participação da família nos programas de intervenção precoce

Há um crescente corpo da literatura interessado na qualidade e natureza do processo de interação pais-criança com atraso de desenvolvimento. Este conhecimento tem sido gerado em dois ambientes principais: acadêmico (pesquisa básica e aplicada) e clínico (educação especial e estimulação precoce). Pesquisadores de cada uma destas áreas têm sido estimulados a investigar interações pais-criança por diferentes interesses e tradições (SÍGOLO, 1994). Assim, os profissionais têm começado a procurar as variáveis que influenciam o desenvolvimento cognitivo e social das crianças com atraso no desenvolvimento dentro do contexto das relações pais-filhos. Para estas crianças, os primeiros anos são, talvez, os mais cruciais e é de fundamental importância a obtenção de um padrão ótimo e enriquecedor de interação.

De acordo com Williams e Aiello (2001), nos últimos anos, tem-se observado na literatura estrangeira de intervenção uma ênfase cada vez maior em relação à importância do envolvimento da família. Guralnick (1991) destaca que a área de intervenção precoce vem definindo o papel da família em relação ao desenvolvimento de seus filhos com deficiência, tornando-a mais competente e independente para solucionar os problemas diários que surgem durante as várias etapas do desenvolvimento.

As pesquisas conduzidas na área de intervenção precoce até meados da década de 80 referem-se à “Primeira Geração de Pesquisas” e o principal foco dos estudos destinava-se a investigar sobre a eficácia ou não dos programas de intervenção precoce. A partir deste período as pesquisas que surgiram, e continuam surgindo, marcaram a denominada “Segunda Geração de Pesquisas”, onde o enfoque geral é identificar quais as características específicas dos programas e serviços de intervenção precoce estão associados com os bons resultados de crianças e famílias (GURALNICK, 1997). De acordo com Gallagher (1998), as pesquisas realizadas nesta segunda geração levaram a um aumento substancial na quantidade e qualidade de estudos de intervenção com famílias, com provável aumento da gama de variáveis e medida de resultados.

Dentro desta perspectiva histórica, Kolobe (1991) afirma que a prática e a pesquisa na área de envolvimento de pais na intervenção de crianças com atrasos e incapacidades na década de 70 refletiu uma estrutura conceitual que considerou os pais com recursos e competências valiosos. Neste período, a consciência do impacto da qualidade da interação pais-criança na evolução do desenvolvimento da criança expandiu os papéis dos profissionais nos serviços de intervenção infantil. Esta expansão de papéis incluiu o ensino dos pais sobre os princípios do desenvolvimento e especificidades das atividades terapêuticas de seus filhos. Durante a década de 80, fatores ambientais, que incluem uma variedade de sistemas sociais, foram reconhecidos como tendo um impacto significativo no desenvolvimento da criança e ajustamento familiar. Esta visão global da criança sugeriu uma mudança no foco e nas perspectivas teóricas do envolvimento dos pais na intervenção precoce de bebês e crianças com atrasos e incapacidades. Este processo envolveu a ampliação das características do ambiente para satisfazer melhor as necessidades da criança.

Um número crescente de estudos de intervenção precoce que enfocam a criança e a família tem mostrado resultados favoráveis. Uma meta-análise de 30 estudos de intervenção precoce, conduzida por Shonkoff e Hauser-Cram (1987), revelou que estes programas onde se adotou a abordagem sistêmica de unir as crianças e suas famílias foram mais efetivos em atingir os seus objetivos. A análise também sugeriu que a participação dos pais pode ter um importante impacto nos resultados com crianças de até 3 anos de idade que apresentam dificuldades, comparadas com crianças acima de 5 anos de idade cuja vulnerabilidade do desenvolvimento foi definida por qualquer fator, seja biológico ou ambiental.

Um estudo amplo realizado por Robinson *et al.* (1998) no *Avon Premature Infant Project* analisou a eficácia de um programa domiciliar de educação no desenvolvimento de 309 bebês prematuros residentes em Bristol entre 1990 a 1993. Foram realizadas visitas domiciliares por enfermeiras treinadas no Programa Portage ou em orientação não direcionada (esquema de aconselhamento de pais). Os bebês foram divididos em três grupos distintos: grupo acompanhado pelo Portage, grupo de orientação aos pais e grupo controle. Como instrumento de avaliação foi utilizado a Griffiths Mental Development Scales para avaliar os resultados aos 2 anos de idade. Os resultados deste estudo demonstraram que os quocientes de Griffiths foram melhores para o grupo Portage em relação aos outros grupos e foi melhor nos bebês com baixo peso ao nascimento. Os autores sugerem que um programa estruturado de intervenção no desenvolvimento do bebê oferece maiores vantagens em relação a apenas a aplicação de um programa de apoio social. A importância de qualquer intervenção não é simplesmente uma melhoria na desvantagem, mas na produção de benefícios a longo prazo para a criança e a família.

Webster-Stratton e Hammond (1997) realizaram um estudo com o propósito de comparar os resultados de tratamento de três modelos de intervenção comportamental (intervenção com a criança, intervenção com os pais, intervenção com a criança e com os pais) em famílias de 97 crianças com problemas de conduta precoce com idade entre 4 e 8 anos de idade. As comparações das três condições de tratamento indicaram que as crianças do grupo intervenção com a criança e do grupo intervenção com a criança e os pais mostraram melhorias significativas na resolução de problemas em como administrar os conflitos e as interações delas com outros colegas. As avaliações de seguimento após um ano indicaram que todas as mudanças significantes notadas imediatamente após o tratamento tinham sido mantidas ao longo do tempo. Além disso, os problemas de conduta da criança em casa tinham diminuído significativamente com o passar do tempo. As análises de significância clínica dos resultados sugeriram que a condição combinada de intervenção com a criança e a família produziu a maioria das melhorias significantes no comportamento da criança no seguimento.

“Enquanto a literatura norte americana é farta em pesquisas envolvendo programas de intervenção centrados na família, o mesmo não ocorre no Brasil. As pesquisas existentes, poucas em número envolvendo pais, em geral limitam a participação dos pais em prestar informações ou levantar suas expectativas e opiniões sobre assuntos específicos” (WILLIAMS; AIELLO, 2001, p.21).

A família também é assunto em dois objetivos específicos da Política Nacional de Educação Especial, a saber: envolver as famílias e a comunidade no processo de desenvolvimento da personalidade do educando, e implantar e implementar orientações a pais e irmãos de alunos de educação especial (BRASIL, 1994).

Tem sido observada na prática clínica de profissionais da área de saúde e ciências humanas que a participação dos pais no tratamento e educação dos filhos

proporciona uma maior evolução no desenvolvimento global e aprendizagem da criança, tendo em vista que os pais passam a maior parte do tempo com seus filhos em relação ao tempo dispensado para as terapias com profissionais e na escola. Segundo Kolobe (1991) e Kolobe *et al.* (2002), a família é o sistema mais efetivo e econômico em promover e manter o desenvolvimento da criança, e há evidências que o envolvimento dos membros da família da criança como participantes ativos é crítico ao sucesso de qualquer programa de intervenção.

De acordo com Macmahon (1996), nos últimos 25 anos o treinamento de pais tem sido um dos recursos mais aplicados para o tratamento de problemas infantis diversos e constitui um subsídio valioso para modificação dos comportamentos de crianças com necessidades especiais. Dentro desta perspectiva, o terapeuta ensina uma série de procedimentos para modificar a interação dos pais com os filhos, objetivando auxiliar o comportamento pró-social e diminuir os comportamentos desviantes. Silvaes (1995) afirma que este modelo que envolve terapeuta, criança e mediador (pai ou mãe) foi denominado de 'modelo triádico'.

Com base neste modelo triádico, ao realizar o treinamento, o terapeuta trabalha diretamente com os pais, agindo como mediadores para promover a redução dos comportamentos inadequados da criança, as mudanças ocorrem dentro do ambiente natural e os pais sentem maior contato e controle sobre a criança e o ambiente em que esta está inserida (MACMAHON, 1996).

De acordo com Levitt (2001), dentro de uma abordagem de aprendizado cooperativo entre profissionais e famílias, os programas de intervenção precoce têm objetivado oferecer aos pais e crianças: oportunidade para descobrir o que eles querem conseguir; oportunidades para esclarecer o que é necessário para atingir estes objetivos; oportunidades para reconhecer o que eles já sabem e podem fazer; oportunidades para descobrir o que eles ainda precisam aprender a fazer; participação na seleção e utilização dos métodos e na avaliação de progresso do tratamento.

Um aspecto importante a ser considerado nos programas de intervenção precoce, que utilizam o treinamento de pais, é levantado por Williams (1983) ao afirmar que o treinamento apresenta algumas dificuldades em ser efetivo para todos os pais, pois existe um grande número de desistências ou evasões por parte dos mesmos. A autora sugere algumas alternativas para a minimização deste problema, dentre elas: estabelecimento dos objetivos da intervenção juntamente com os pais; planejamento de intervenção rápida; aconselhamento e apoio pessoal aos pais; auxílio no transporte; reforçamento social; encorajamento para que os pais atribuam o sucesso do tratamento a seus próprios esforços.

Um estudo realizado por Rossit (1997) analisou o desenvolvimento de 10 bebês com síndrome de Down nos primeiros dois anos de vida em função de treinamentos e orientações dadas à mãe para aplicação em domicílio. Os participantes foram divididos em grupo intervenção e grupo controle, sendo que no primeiro as mães recebiam treinamento quinzenal de como estimularem as crianças em

domicílio, enquanto que no segundo grupo (controle) os pares mãe-bebê eram avaliados mensalmente e não recebiam treinamento específico. A autora verificou que os resultados do estudo confirmaram a hipótese de que o desenvolvimento motor e global dos bebês com síndrome de Down, cujas mães receberam treinamento para estimulação motora, foi mais acelerado do que o desenvolvimento dos bebês cujas mães não receberam treinamento. Além disso, verificou-se que o grau de participação da mãe para estimular o bebê em casa interferiu diretamente no desenvolvimento, ou seja, quanto maior o grau de participação e dedicação da mãe, maior o grau de desenvolvimento da criança.

Rodrigues (1998) investigou a colaboração ou não dos pais junto ao trabalho fisioterapêutico e as influências no desenvolvimento de crianças portadoras de paralisia cerebral. Foi observado que quando houve real colaboração dos pais, o desenvolvimento da criança evoluiu mais rápido e com melhor desempenho em relação às outras crianças.

Em um trabalho com metodologia semelhante a de Rossit (1997), Braz (1999) analisou o desenvolvimento de bebês de risco, com quadro clínico de anóxia perinatal, que participaram de um programa de estimulação domiciliar até seis meses de idade divididos em grupo controle e grupo experimental. O grupo experimental era composto por cinco bebês que receberam estimulação domiciliar duas vezes por semana durante 4 meses e a mãe recebia orientações para os cuidados e a estimulação do bebê. O grupo controle era composto por cinco bebês que foram reavaliados no início e final do estudo. Esta autora verificou que o programa de intervenção potencializou a evolução do desenvolvimento dos bebês, a interação do terapeuta com a criança e sua família.

Bredariol (1999) realizou um estudo que teve como um dos objetivos resgatar o papel da família como parte integrante e responsável no processo de estimulação/intervenção precoce. Para isto foi realizado o acompanhamento mensal de 64 pares mães-bebês em reuniões grupais em que as mães eram orientadas e treinadas a trabalharem com a criança a fim de desenvolver o potencial psicomotor da criança nas áreas de locomoção, audição e linguagem, visomotricidade, praxia e maturação sócio-emocional. O trabalho foi realizado por uma equipe interdisciplinar e as mães observavam as demonstrações dadas pelos profissionais e realizavam as atividades, registrando em um manual as respostas e reações apresentadas pela criança. O estudo mostrou que os procedimentos de prevenção podem ocorrer em um tempo relativamente curto, sugerindo que a prevenção pode ser econômica tanto no aspecto financeiro quanto no aspecto de investimento pessoal.

No trabalho realizado por Salles (2000), destacou-se que ao propor uma pesquisa com famílias, faz-se necessário considerar o sistema familiar e as interações deste com os diferentes sistemas com os quais a família interage, além de levar em conta que qualquer mudança ocorrida no desenvolvimento da criança poderá provocar modificações em todo o sistema de organização familiar e, inversamente, qualquer

mudança na família poderá provocar mudanças nos comportamentos da criança. Esta autora enfatiza também a “Teoria dos Sistemas”, proposta por Bronfenbrenner (1996), afirmando que qualquer sistema, seja biológico, econômico, psicológico, tem certas propriedades e que é o relacionamento de umas com as outras que possibilita a modificação dos comportamentos. Assim, os sistemas são adaptativos e quando existe uma mudança em qualquer parte do sistema, todas as outras partes serão afetadas, ocorrendo a absorção, acomodação e modificação do sistema.

Formiga (2003) avaliou a eficácia de um programa de intervenção precoce com bebês prematuros associado a um trabalho com os pais, em que um grupo de bebês recebeu apenas intervenção profissional (grupo controle) e o outro grupo recebeu intervenção associada a um treinamento direcionado aos pais (grupo experimental). O estudo verificou que a participação dos pais associada ao programa de intervenção beneficiou significativamente mais o desenvolvimento neurosensório-motor dos bebês do grupo experimental em relação ao grupo controle.

O papel do profissional da intervenção precoce 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 da criança, mas de ambos trabalhando de forma cooperativa.

A intervenção precoce no contexto da educação inclusiva

A Política de Inclusão tem como objetivo subsidiar os sistemas educacionais para transformar as escolas públicas brasileiras em espaços inclusivos e de qualidade, valorizando as diferenças sociais, culturais, físicas e emocionais e atendam às necessidades educacionais de cada aluno (PAULON *et al.*, 2005). Neste sentido, todos os profissionais envolvidos com a intervenção precoce, sejam da área da Educação e/ou da Saúde devem compreender a todo o processo relacionado com a temática da inclusão escolar e social.

Em relação aos profissionais da Educação, sabe-se que professor sozinho pouco pode fazer diante da complexidade de questões que seus alunos colocam em jogo. Por este motivo, a constituição de uma equipe interdisciplinar, que permita pensar o trabalho educativo desde os diversos campos do conhecimento, é fundamental para compor uma prática inclusiva junto ao professor.

Quanto aos profissionais da Saúde, faz-se necessário integrar cada vez mais as áreas de conhecimento e abandonar a idéia tradicional de que a criança em desenvolvimento é dividida em áreas. Não dá mais para pensar sobre a criança sem inseri-la em uma abordagem sistêmica, levando em conta seu contexto familiar, suas relações sociais e educacionais (Brasil, 2004).

A efetivação de uma educação inclusiva no nosso contexto secular não é uma tarefa fácil. Não menos desprovida de dificuldades é a tarefa do Estado que inten-

ta organizar uma política pública com um caráter de universalidade, garantindo acesso a todos os seus cidadãos às políticas que lhes cabem por direito. O campo da inclusão, entretanto, fundamenta-se na concepção de diferenças, algo da ordem da singularidade dos sujeitos que acessam esta mesma política. Uma nova concepção de educação e sociedade se faz por vontade pública e é essencial que o sistema educacional assuma essa vontade (PAULON *et al.*, 2005).

Para operar as transformações nos modos de relação dentro da escola é, também, necessário que os profissionais envolvidos tomem para si a tarefa de pensar estas questões de forma reflexiva e coletiva. Ou seja, é necessário que todos os agentes institucionais percebam-se como gestores e técnicos da educação inclusiva. Nesta perspectiva, é essencial que o exercício social e profissional destes agentes esteja sustentado por uma rede de ações interdisciplinares, que se entrelacem no trabalho com as necessidades educacionais especiais destas crianças.

Referências

- BARBOSA, G.A. Critérios para o estabelecimento de programas de estimulação precoce. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, 42 (8), p. 417-419, 1993.
- BRANDÃO, J.S. Tratamento precoce da paralisia cerebral. In: LIANZA, S. **Medicina de reabilitação**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, p. 241-265, 1985.
- BRANDÃO, J. S. **Bases do tratamento por estimulação precoce da paralisia cerebral (ou dismotria cerebral ontogenética)**. São Paulo: Memnon, p. 105, 1992.
- BRASIL. Ministério da Ação Social/ Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. **Política nacional de prevenção das deficiências**. Brasília: MAS/CORDE, 1992.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura/ Secretaria de Educação Especial. **Política Nacional de Educação Especial: livro 1**. Brasília: a Secretaria, MEC/SEESP, 1994.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura/ Secretaria de Educação Especial. **Diretrizes educacionais sobre estimulação precoce: o portador de necessidades especiais: livro** , Brasília: a Secretaria, MEC/SEESP, 1995.
- BRASIL. Ministério da Educação/Secretaria de Educação Especial. **Educação Infantil: saberes e práticas da inclusão**. Brasília: MEC, SEESP, 2004.
- BRAZ, P. F. **Estimulação precoce domiciliar: um programa de intervenção e sua análise em bebês de risco de 0 a 6 meses**. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, Brasil, 1999.

- BREDARIOL, A.C.P. **Programa de Educação Preventiva: Uma proposta para serviços de estimulação/intervenção precoce**. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, Brasil, 1999.
- BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- FONTES, J.A.S. **Assistência materno-infantil**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 1984.
- FORMIGA, C.K.M.R.; TUDELLA, E.; MEDEIROS, J.L.A. Plasticidade cerebral. Bases para a habilitação neuro-sensório-motora de bebês de risco. **Infanto - Revista de Neuropsiquiatria da Infância e Adolescência**, 10 (3), p. 114-126, 2002.
- FORMIGA, C.K.M.R. **Programa de intervenção com bebês pré-termo e suas famílias: avaliação e subsídios para prevenção de deficiências**. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Universidade Federal de São Carlos, 2003.
- FRÔNIO, J.S. **Deteção da paralisia cerebral: uma análise do processo e das condutas posteriores**. Programa de Pós-graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos [dissertação de mestrado], 1998.
- GALLAGHER, J.J. The family as a focus for intervention. In: Meisels, S.J.; & Shonkoff, J.P. (Eds). **Handbook of early childhood intervention**. Cambridge University Press, p. 540-559, 1998.
- GUIMARÃES, E.L. **Estudo para deteção precoce de sinais indicativos de alterações no desenvolvimento neuro-sensório-motor em bebês de risco**. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, Brasil, 2001.
- GURALNICK, M. J. (ED.). **The effectiveness of early intervention**. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co., 1997.
- GURALNICK, M.J. Effectiveness of early intervention for vulnerable children: A developmental perspective. **American Journal of Mental Retardation**, 102, n.4, pp; 319-345, 1998.
- HARRIS, S. The effectiveness of early intervention for children with cerebral palsy and related motor disabilities. In: M. J. Guralnick. **The effectiveness of early intervention (pp.327- 348)**. Paul H. Brookes Publishing Co, Baltimore, 1997.
- KOLOBE, T.H.A. Family-focused early intervention. In: S.K. Campbell (Ed). **Pediatric Neurologic Physical Therapy**, 2nd. Ed. New York, Churchill Livingstone (p.397 -432), 1991.

KOLOBE, T.H.A.; SPARLING, J.W. & DANIELS, L.E. Family-Centered Intervention. In: S.K. Campbell; D.W. Vander Linden & R.J. Palisano (Eds.). **Physical Therapy for Children** (pp.881-909). 2ª ed., Philadelphia, W. B. Saunders Co, 2002.

LEVITT, S. **O tratamento da paralisia cerebral e do retardo motor**. Tradução: Flora Maria Gomide Vezzà. 3ª edição. São Paulo: Manole, 2001.

LOPES, S.M.B. & LOPES, J.M.A. **Follow-up do recém-nascido de alto risco**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

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

MACMAHON, R.J. Treinamento de pais. In: V.E. Caballo. **Manual de Técnica de Terapia e Modificação Comportamental** (pp. 399-422), São Paulo: Santos, 1996.

OLNEY, S.J. & WRIGHT, M.J. Cerebral palsy. In: S.K. Campbell; D.W. Vander Linden & R.J. Palisano (Eds.). **Physical Therapy for Children** (pp.533-570). 2ª ed., Philadelphia, W. B. Saunders Co, 2002.

PAULON, S.M.; FREITAS, L.B.L.; PINHO, G.S. **Documento subsidiário à política de inclusão**. Ministério da Educação/Secretaria de Educação Especial. Brasília, 2005.

RAMEY, C.T.; MULVIHILL, B.A. & RAMEY, S.L. Prevention: Social and educational factors and early intervention. Em: J.W. Jacobson, & J.A. Mulick (Orgs.). **Manual of diagnosis and professional practice in mental retardation** (pp. 215-227). Washington: American Psychological Association, 1997.

RAMEY, C.T. & RAMEY, S.L. Early Intervention and early experience. **American Psychologist**, v.53, n.2, pp. 109-120, 1998.

ROBINSON, M., ISRAEL, C., PARKER, D., LAWRENCE, E., SMITH, J., DOLBY, S., RING, W., RUSSEL, G., BIRSCOE, J., BERRY, J., HOUSE, A., SAWYER, J., FRY, K., MERCIER, C., HOBDAY, A., EDMOND, A., RAVENHILL, D., MARLOW, NEIL. Randomised trial of parental support for families with very preterm children. **Archives of Disease in Childhood**. Fetal and Neonatal Edition, v.79, pp. F4-F11, 1998.

RODRIGUES, R.M. Evolução de crianças portadoras de lesão cerebral: possíveis efeitos da participação da família no plano de tratamento. In: Marquezine, M.C. **Perspectivas multidisciplinares em educação especial**. Editora UEL; Londrina/PR, 141-146, 1998.

ROSSIT, R.A.S. **Análise do desenvolvimento de bebês com Síndrome de Down em função da capacitação da mãe: uma proposta de intervenção**. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos São Carlos, São Paulo, Brasil, 1997.

- SALLES, R.F. **Análise de um programa de intervenção com bebês e famílias atendidas em unidades de saúde – SUS.** Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-graduação em Educação Especial. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, Brasil, 2000.
- SHONKOFF, J.P. HAUSER-CRAM P. Early intervention for disabled infants and their families: a quantitative analysis. *Pediatrics* 80: 650-658, 1987.
- SÍGOLO, S.R.R.L. **Análise da interação mãe-criança com atraso de desenvolvimento no segundo ano de vida.** Tese de doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, 1994.
- SILVARES, E.F. Modelo triádico no contexto de terapia comportamental com famílias. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.11, n.3, p.235-241, 1995.
- SIMEONSSON, R.J.; BAILEY, D.B. Family dimensions in early intervention. In: Meisels, S.J.; Shonkoff, J.P. (eds): **Handbook of Early Childhood Intervention** (pp. 428-444). New York, Cambridge University Press, 1990.
- TUDELLA, E. **Tratamento precoce no desenvolvimento neuromotor de crianças com diagnóstico sugestivo de paralisia cerebral.** Dissertação de mestrado, Universidade Gama Filho do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil, 1989.
- TUDELLA, E.; FORMIGA, C.K.M.R.; SERRA, E.L.; OISH, J. Comparação da eficácia da intervenção fisioterapêutica essencial e tardia em lactentes com paralisia cerebral. **Fisioterapia em Movimento**, v.17, n.3, 2004, p. 45-52.
- WEBSTER-STRATTON, C. & HAMMOND, M. Treating Children with early-onset conduct problems: a comparasion of child and parent training interventions. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 65, n. 1, pp. 93-109, 1997.
- WILLIAMS, L.C.A. **Favorecendo o desenvolvimento de crianças excepcionais em fase pré-escolar através de treino dado a seus familiares no ambiente natural.** Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil, 1983.
- WILLIAMS, L.C.A., & AIELLO, A.L.R. **O Inventário Portage Operacionalizado: Intervenção com famílias.** 1 ed. São Paulo: Memnon/Fapesp, v.1. p.299, 2001.