

### A FISIOTERAPIA PODE INTERVIR PRECOCEMENTE EM BEBÊS DE RISCO?

**Fabiane Elpídio de Sá**

Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Professora Assistente do Curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Nos últimos quinze anos, os avanços dos cuidados médicos modernos resultaram na evolução da Neonatologia como uma especialidade à parte. As unidades neonatais que antes só tinham equipes de pediatras e enfermeiros, passaram a contar a ser multidisciplinar<sup>1</sup>. O Fisioterapeuta, como integrante dessa equipe, desenvolve um cuidado essencial aos recém-nascidos de risco adequando o ambiente de acordo com as limitações impostas pelos cuidados intensivos, reconhecendo sinais de disfunção clínica e neurocomportamental e individualizando intervenções que devem estar voltadas às reais necessidades do bebê, considerando a quantidade de estímulos sensoriais e cinestésicos que a criança pode tolerar<sup>2</sup>.

Antes de ser submetido a qualquer tipo de intervenção, o neonato deve possuir capacidade mínima para controlar e manter suas funções fisiológicas básicas e estar responsivo aos estímulos do meio ambiente<sup>2</sup>. Os princípios de intervenção são baseados na predisposição dos prematuros para distúrbios biológicos e psíquicos, portanto a intervenção precoce procura oferecer condições para que o neonato se auto-organize, induzindo-o a interagir com os pais, cuidadores e o meio, favorecendo o seu desenvolvimento integral<sup>3</sup>.

É importante definir critérios para indicação da intervenção precoce, pois somente após uma avaliação será possível determinar a exigência para o seguimento, prever resultados neurológicos e comportamentais e definir os objetivos do tratamento ou mensurar os efeitos da intervenção. De acordo com Pountney<sup>1</sup> e Sarmiento<sup>2</sup> são incluídos no programa de intervenção bebês prematuros e/ou com peso acima de 1100 gramas, com mais de 72 horas de vida, curva de ganho ponderal ascendente, aqueles com histórico de asfixia independente do peso e idade gestacional, varreduras de ultra-som transfontanelar anormais, síndromes genéticas, doença pulmonar crônica e presença de hipotonia severa e dificuldade na alimentação.

Os critérios que devem ser avaliados são: movimentação, atividade reflexa, tônus passivo e ativo, postura, respostas sensoriais-perceptivas, afetivo-emocionais e alterações posturais e deformidades<sup>4,5,6</sup>.

Alguns comportamentos de retraimento ou sinais de estresse sinalizados pelo bebê devem ser considerados frente aos cuidados neonatais que se não contingentes podem levar a alterações na citoarquitetura e quimioarquitetura do sistema

nervoso central (SNC), levando a possíveis anormalidades na performance neurofuncional. Além disso, algumas áreas do encéfalo são particularmente vulneráveis, tais como o cerebelo que ajusta atividades motoras, emoção, atenção, regulação dos sistema límbico; lobo frontal, relacionado ao funcionamento executivo do SNC, principalmente a partir da idade escolar; gânglios da base, responsável pelo controle motor e atividades cognitivas, hipocampo e corpo amigdaliano.

O que faz o fisioterapeuta escolher os cuidados contingentes é a sua capacidade de perceber as pistas do bebê, seu funcionamento em termos homeostáticos e a habilidade de fazer ajustes necessários e a tempo, portanto a palavra-chave passa a ser organização dos sistemas fisiológicos, comportamentais e do ambiente da unidade neonatal que irá influenciar sua sobrevivência e qualidade de vida<sup>7</sup>.

A Fisioterapia tem como princípio de tratamento a utilização de técnicas que visam à aprendizagem e estimulação das funções corticais, de maneira a obter respostas globais. Os protocolos incluem: cinesioterapia, integração sensorial, facilitação neuromuscular proprioceptiva, posicionamento terapêutico, inibição de padrões

anormais de movimentos e postura, contribuindo para a motricidade normal e adequação do comportamento auto-regulatório, integração entre família e bebê e prevenção de anormalidades musculoesqueléticas<sup>2</sup>.

Os exercícios terapêuticos aplicados em prematuros promovem relaxamento do tronco e membros, estimulam a motricidade e o sistema tátil, vestibular, visual e auditivo, facilitam a postura flexora e padrões posturais em linha média, promovem dissociação escapulo - pélvica, evitam retração escapular e elevação dos ombros o que prejudica também a biomecânica toráco-abdominal influenciando o sistema respiratório.

A frequência do acompanhamento fisioterapêutico é definida pelos critérios de avaliação, isto é aqueles com maior risco de apresentarem problemas neurológicos devem ser monitorizados por testes padronizados e as intervenções devem ser pautadas nas limitações funcionais de cada bebê.

Assim, cabe a equipe de fisioterapia compartilhar os cuidados e experiências com os demais profissionais da unidade, desenvolvendo competências e habilidades sustentadas por protocolos e diretrizes baseados em evidências científicas.

## REFERÊNCIAS

1. Pountney T. Fisioterapia pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
2. Sarmiento GJV. Fisioterapia respiratória em pediatria e neonatologia. São Paulo: Manole, 2007.
3. Tecklin JS. Fisioterapia pediátrica. Porto Alegre: Artmed, 2002.
4. Brazelton TB, Nugent JK. The Neonatal behavioral assessment scale. Cambridge: MCambridge,ac Keith Press, 1995.
5. Amiel-Tison C, Gosselin J. Neurological development from birth to six years – Guide for examination and evaluation. London: The Johns Hopkins University Press, 2001.
6. Als H. Neurobehavioral development of the preterm infant. In: Fanaroff AA, Martin RJ (eds.). Neonatal-perinatal medicine. Saint Louis: Mosby, 1997; 2: 964-89.
7. Alves Filho N, Trindade Filho, O. Avanços em perinatologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

**Conflito de Interesse:** Não declarado

**Correspondência:**

**Fabiane Elpídio de Sá**

E-mail: [fabianelpidio@ufc.br](mailto:fabianelpidio@ufc.br)