fundepe editora

Desenvolvimento Infantil: Perspectivas de Atuação em Educação e Saúde

Jáima Pinheiro de Oliveira
Tania Moron Saes Braga

.4
51
266

JÁIMA PINHEIRO DE OLIVEIRA
TANIA MORON SAES BRAGA
ORGANIZADORES

1401099266

99.266

DESENVOLVIMENTO INFANTIL

PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO EM EDUCAÇÃO E SAÚDE

MARÍLIA - SP
FUNDEPE EDITORA
2009

Direitos autorais reservados
© 2009 by Fundepe
Av. Vicente Ferreira, 1346 – Cep 17515-000 – Marília – SP
Fone/Fax: + 55 14 3311-9500
www.fundepe.com

Nº chamada
155.4
D451
Nº Tombo 99-266
Aquisição D
Preço R$15,00
Data 24/10/2013
Proced. Profª Tânia
Moron

Conselho Editorial da Fundepe
Barbara Fadel – Presidente
Edvaldo Soares
Paulo Sergio Teixeira do Prado

Coordenação Editorial: Tânia Moron S. Braga
Capa: Guilherme Raramilho
Composição: Joarte Gráfica e Editora

Os pontos de vista expressos na publicação são de responsabilidade de seus autores.

Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Coordenadoria Geral de Bibliotecas da UNESP

D351 Desenvolvimento infantil: perspectivas de atuação em educação e saúde / Jáima Pinheiro de Oliveira [e] Tania Moron Saes Braga (Organizadores). -- Marília: Fundepe, 2009.
150 p.

ISBN: 978-85-98176-22-2
DOI: https://doi.org/ 10.36311/2009.978-85-98176-22-2

1.Crianças - Desenvolvimento - Psicologia. 2. Educação e Saúde. 3. Fonoaudiologia. I. Oliveira, Jáima Pinheiro de. II. Braga, Tania Moron Saes.

CDD 155.4
305.231

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS - É proibida a reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio. A violação dos direitos de autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Depósito legal na Biblioteca Nacional conforme Decreto nº 1.825, de 20 de dezembro de 1907.

Impresso no Brasil/*Printed in Brazil*

Organizadoras

Jáima Pinheiro de Oliveira

Professora do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), *campus* de Irati/PR; Bacharel em Fonoaudiologia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), *campus* de Marília/SP; Mestre em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), *Campus* de São Carlos/SP; Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências (FFC) de Marília da Universidade Estadual Paulista (UNESP/SP).

jaimafono@gmail.com

Tania Moron Saes Braga

Professora do Departamento de Educação Especial e credenciada junto ao Programa de Pós-graduação em Educação da Faculdade de Filosofia e Ciências (FFC) de Marília da Universidade Estadual Paulista (UNESP/SP); Bacharel em Psicologia pela Fundação Educacional de Bauru (FEB), Bauru/SP; Licenciada em Pedagogia pelas Faculdades Integradas de Marília/SP (FIM), Marília/SP; Mestre e Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP), São Paulo/SP.

tania.icm@icm.com.br

Colaboradores

Ana Cândida Schier

Docente Colaboradora do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO); Fonoaudióloga da Associação de Pais e Alunos Excepcionais (APAE) de Porto União/SC; Bacharel em Fonoaudiologia pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), *Campus* de Irati/PR.

Ana Paula Zaboroski

Fonoaudióloga da Clínica de Cirurgia e Diagnóstico em Otorrinolaringologia (CDOI) de Irati/PR; Foi docente colaboradora do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), *campus* de Irati/PR no período de 2007 a 2009; Bacharel em Fonoaudiologia pelo Centro Universitário de Maringá – CESUMAR; Educadora Brinquedista (SERPIÁ).

Carla Cristina Polido Pires Ricci

Mestre em Fonoaudiologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC), São Paulo/SP; Bacharel em Fonoaudiologia pela Universidade do Sagrado Coração (USC), Bauru/SP; Fonoaudióloga Clínica do CEPRAF (Ponta Grossa/PR).

Carmen Gracinda Silvan Scochi

Professora Titular do curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP); Bacharel em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (USP); Mestre e Doutora em Enfermagem Fundamental pela Universidade de São Paulo (USP).

Cibelle Kayenne Martins Roberto Formiga

Professora Assistente do Curso de Fisioterapia da Universidade Estadual de Goiás (UEG); Bacharel em Fisioterapia pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB); Especialista em Recursos Cinesioterápicos e em Fisioterapia Neurológica pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB); Mestre em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), *campus* de São Carlos/SP; Doutoranda em Saúde Mental pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP).

Cristiane Faccio Gomes

Pós-Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Londrina (UEL), Londrina/PR; Mestre em Educação pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), *Campus* de Marília/SP; Doutora em Pediatria pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), *Campus* de Botucatu/SP; Bacharel em Fonoaudiologia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), *Campus* de Marília/SP; Professora do Centro Universitário de Maringá (CESUMAR).

Cristina Ide Fujinaga

Professora Adjunto do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), *campus* de Irati/PR; Bacharel em Fonoaudiologia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), *campus* de Marília/SP; Especialista em Motricidade Orofacial pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa); Mestre e Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP).

Edna Zakrzevski Padilha

Bacharel em Fonoaudiologia pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), *Campus* de Irati/PR; Fonoaudióloga da Secretaria Municipal de Educação de Palmeira/PR e Fonoaudióloga Clínica na cidade de Irati/PR.

Eliziane Gai

Fonoaudióloga Clínica na cidade de Francisco Beltrão/PR; Bacharel em Fonoaudiologia pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), *Campus* de Irati/PR;

Franciane Teixeira de Oliveira

Doutoranda em Educação pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), *Campus* de Marília/SP; Bacharel em Fisioterapia pela Universidade de Marília (UNIMAR), Marília/SP; Curso de Especialização em Intervenção em Neuropediatria pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), *Campus* de São Carlos/SP; Aprimoramento Profissional em Fisioterapia Aplicada às Necessidades da Educação Especial pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), *Campus* de Marília/SP.

Gilmar de Carvalho Cruz

Professor Adjunto do Departamento de Educação Física da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), *Campus* de Irati/PR; Professor Credenciado junto ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Estadual de Ponta Grossa (UEPG); Bacharel em Educação Física pela Universidade Gama Filho (UGF), Rio de Janeiro/RJ; Mestre em Educação pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Doutor em Educação Física pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas/SP.

Juliana De Conto

Professora Adjunto do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), *Campus* de Irati/PR, com vínculo junto ao Departamento de Engenharia Ambiental da mesma universidade; Mestre e Doutora em Engenharia de Produção (Ergonomia) pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis/SC; Bacharel em Fonoaudiologia pela Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), Itajaí/SC; Licenciada em Ciências Matemáticas pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE); Especialista em Audiologia Clínica pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa).

Julyana Chaves Nascimento

Doutoranda em Estudos Lingüísticos pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), *Campus* de São José do Rio Preto/SP; Mestre em Estudos Lingüísticos pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), *Campus* de São José do Rio Preto/SP; Bacharel em Fonoaudiologia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), *Campus* de Marília/SP.

Kátia Simone da Rosa Bianchi

Mestre em Educação pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT), Cuiabá/MT; Especialista em Audiologia Clínica pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia; Curso de Especialização em Fundamentos da Educação, Didática e

Docência do Ensino Superior (UNIVAG/MT); Curso de Especialização em Saúde Pública (UNAERP/SP); Bacharel em Fonoaudiologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria/RS; Cursos de Aperfeiçoamento: "*A família e o sintoma na visão sistêmica*" e "*Práticas Sistêmicas*" - INTERCEF– Curitiba/PR.

Ligia Maria Presumido Braccialli

Professora Assistente Doutora do Departamento de Educação Especial e credenciada junto ao Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Estadual Paulista (UNESP), *campus* de Marília/SP; Bacharel em Fisioterapia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), *Campus* de São Carlos/SP; Mestre e Doutora em Educação Física pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Maeby Caseker Weiss

Bacharel em Fonoaudiologia pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO); Licenciada em Pedagogia pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), *Campus* de Irati/PR.

Michelly Santos de Andrade

Professora Assistente do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), *Campus* de Irati/PR; Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife/PE; Bacharel em Fonoaudiologia pela Universidade Católica de Pernambuco (UCPE); Curso de Especialização em Audiologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (UCPE).

Monica Barby Muñoz

Fonoaudióloga da Clínica de Cirurgia e Diagnóstico em Otorrinolaringologia (CDOI) de Irati/PR; Curso de Especialização em Audiologia Clínica pela Universidade Tuiuti do Paraná (UTP); Bacharel em Fonoaudiologia pela Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), *Campus* de Irati/PR; Educadora Brinquedista (SERPIÁ).

Rafael Siqueira de Guimarães

Professor Adjunto do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO), *campus* de Irati/PR; Bacharel em Psicologia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), *campus* de Bauru/SP; Mestre em Educação Especial pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), *Campus* de São Carlos/SP; Doutor em Sociologia pela Universidade Estadual Paulista (UNESP), *Campus* de Araraquara/SP.

Renata Pelloso Gelamo

Mestre em Estudos Lingüísticos pelo Instituto de Biociências, Letras e Ciências Exatas da Universidade Estadual Paulista (UNESP), *Campus* de São José do Rio Preto/SP; Bacharel em Fonoaudiologia pela Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista (UNESP), *Campus* de Marília/SP; Integrante do *Grupo de Pesquisa em Linguagem*, vinculado à Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista (UNESP), *Campus* de Marília/SP; Fonoaudióloga Clínica (São Paulo/SP).

Apresentação

A promoção do desenvolvimento infantil é missão da Educação e da Saúde. E, os programas de estimulação e apoio infantil requerem profissionais especializados que junto às famílias atuam com a criança, particularmente quando essa apresenta risco ou uma ou mais deficiências. O conhecimento necessário para favorecer o desenvolvimento provém de várias disciplinas que juntas compõem a atuação multidisciplinar. Assim, *Desenvolvimento infantil: Perspectivas de Atuação em Educação e Saúde* é um importante recurso tanto para profissionais como para os familiares.

O livro surge da motivação de Jáima Pinheiro de Oliveira gerada no desempenho das atividades de extensão, pesquisa e ensino que desde o início de sua formação de pesquisadora, quando desenvolvia estudos de iniciação científica, identificou a necessidade da atuação multiprofissional para a promoção do desenvolvimento infantil. Sua forte convicção na importância dessa atuação na atenção à criança fez com que ainda no início de sua carreira profissional lançasse a proposta de reunir e sintetizar de maneira compreensível a experiência e o conhecimento de profissionais de áreas como, a fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia, enfermagem e educação. Assim, pelos registros acumulados data de 1/04/2004 a primeira troca de e-mails sobre o projeto. Uma proposta que vem a ser divulgada somente em 27/01/2007 e com sua concretização neste momento.

Como se poderão apreciar nos diferentes capítulos, uma característica básica é a visão integral do desenvolvimento, para o qual as atuações propostas também tendem a enfocar o processo. O leitor encontrará no primeiro capítulo que trata de riscos para o desenvolvimento infantil, considerações ampliadas dos fatores determinantes. São focalizadas não apenas as situações e comportamentos individuais, mas dimensões sociais, políticas e institucionais assim como das possibilidades de atuação que podem levar a uma compreensão da vulnerabilidade social.

No capítulo dois são considerados aspectos do desenvolvimento socio-afetivo infantil com ênfase na interação recíproca entre a criança e o cuidador: a sua origem, evolução, condições que favorecem ou dificultam esse desenvolvimento e também, o modo como profissionais podem contribuir neste processo.

No capitulo três o tema família é abordado numa perspectiva sistêmica, e embora considerado complexo e desafiador é tratado de maneira singular com ilustrações que permitem localizar a família no processo do desenvolvimento infantil. Descrições das transformações da estrutura familiar e do papel do cuidador alertam os profissionais da saúde e da educação para a adequação de suas orientações. Com muita propriedade faz um paralelo de como os profissionais na educação e nos serviços de saúde lamentam da não participação da família quanto às orientações recebidas. Por fim, para enfrentar esses desafios caminhos são indicados no relato de uma interessante e motivadora experiência realizada por profissionais do serviço de saúde mental, em unidade de saúde.

https://doi.org/ 10.36311/2009.978-85-98176-22-2.p10-13

O quarto capítulo, *Desenvolvimento sensório-motor: enfoque do nascimento aos 24 meses*, demonstra em seu conteúdo como o desenvolvimento motor normal conduz a um aprimoramento das outras áreas e influencia nos aspectos perceptivos, cognitivos e psicossociais. A descrição minuciosa das alterações motoras verificadas no processo de desenvolvimento acompanhadas de ilustração por figuras empresta ao texto um caráter didático que vem suprir uma lacuna sendo de grande utilidade para estudantes, familiares e profissionais.

No quinto capítulo, *Crescimento das estruturas e desenvolvimento das funções do sistema estomatognático*, a autora trata dos aspectos da motricidade orofacial. Inicialmente, com clareza expõe elementos de anatomia facial e do mecanismo de sucção, focando o crescimento, os cuidados, o papel do aleitamento materno nesse processo e as orientações para promovê-lo de modo eficaz. Os dados aqui apresentados contribuem decisivamente para orientação de mães e profissionais quanto aos principais hábitos nocivos orais. Resultados de estudo realizado pela autora permitem indicar método alternativo e temporário ao aleitamento como forma de prevenir o desmame precoce e alterações no crescimento das estruturas e desenvolvimento das funções do sistema estomatognático.

O sexto capítulo *Desenvolvimento das habilidades auditivas por meio de conceitos fundamentais ao desenvolvimento auditivo* apresenta ao leitor maneiras que podem auxiliar tanto os profissionais da educação, da saúde, como familiares ou cuidadores infantis na promoção dessas habilidades e no desenvolvimento infantil e em especial no processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem, em suas modalidades oral e escrita.

O capítulo sete dá continuidade ao anterior com ênfase no processo de aquisição da linguagem, nas relações da criança em ambiente escolar, bem como, de maneiras para promover o desenvolvimento da linguagem oral nos primeiros anos de vida. Alerta para as questões de interação com qualidade, fundamentais nesse processo e para tanto descreve as características de progressão de comportamentos a serem adquiridos e as condições que a propiciam. Situa a importância da interação com outras crianças, com adultos, com profissionais que lidam diretamente com a linguagem oral especificamente da parceria da Fonoaudiologia Educacional com a Educação Infantil para promover a linguagem oral na criança, a fim de prevenir alterações futuras.

No capítulo oito temos a possibilidade inovadora de uma re-intrepretação do modo como cotidianamente se trata a escrita e seu processo de aquisição. As autoras assumem o desafio e enfrentam a tarefa difícil de fazer um recorte e deslocamento teórico metodológico para enfocar o processo de aquisição da escrita infantil e o papel do interlocutor.

No capítulo nove a preocupação com o desenvolvimento da comunicação oral e escrita e as relações destes processos com a audição, levam as autoras

a abordarem de modo mais específico elementos que podem provocar alterações nesse desenvolvimento, como é o caso da perda auditiva. Ênfase é dada às conseqüências das alterações auditivas no âmbito escolar, particularmente no processo de aquisição da linguagem escrita e das possibilidades de intervenção preventivas por equipes.

O capítulo dez tem por objeto o papel da Educação Infantil e dos educadores no processo de desenvolvimento da criança. Refere-se a resultados de pesquisa muito representativos que demonstram mudanças no processo de compreensão da educação infantil de uma perspectiva mais assistencialista para uma mais educacional, mas que ainda indicam confusão com um atendimento mais voltado para o cuidado. A formação é considerada como forma de se atingir os verdadeiros objetivos da educação infantil.

O capítulo onze *Algumas Considerações sobre o favorecimento do processo de desenvolvimento e aprendizagem* é uma tentativa de indicar para o leitor no amplo leque de fatores que interferem no desenvolvimento e aprendizagem na infância e dentre as diferentes perspectivas teóricas de explicações do processo, os aspectos mais relacionados à comunicação e ao desenvolvimento cognitivo. Nesse sentido, são ressaltadas as possibilidades de estimulação nos programas para os pré-escolares e em ambiente domiciliar com sugestões de brincadeiras e exemplos de atividades que podem ser realizadas com crianças de zero a três anos.

O capítulo doze *Aspectos ligados à intervenção precoce*, reúne um conteúdo excelente que engloba desde esclarecimentos de definições do termo estimulação precoce, como os programas, seus objetivos, constituição e uma análise detalhada dos resultados de acordo com a literatura. Faz considerações da perspectiva dos profissionais da saúde e da educação que atuam nesses programas com o contexto escolar.

No capítulo treze, sem perder o foco da promoção do desenvolvimento infantil, os autores voltam-se para a formação profissional recuperando pontos críticos e atuais, mas ressaltando um muito promissor que se constitui a formação para atuar no PSF - uma das possibilidades de ação educativa direta com a comunidade. Além de ressaltar a formação apresenta uma sugestão de trabalho com Agentes Comunitários de Saúde direcionada aos familiares e para ser realizada em ambiente domiciliar em parceria, no caso, com profissional da fonoaudiologia.

É possível constatar uma gama de cenários, nos quais o profissional da fonoaudiologia está ganhando e consolidando seu papel como membro importante e fundamental da equipe multidisciplinar de atenção infantil.

Todos os interessados no processo de desenvolvimento encontrarão aqui valiosas informações que reúnem além do conhecimento das inúmeras disciplinas, experiências culturais e sociais para o trabalho em nossa realidade.

Desenvolvimento infantil: Perspectivas de Atuação em Educação e Saúde é um esforço para contribuir com as pessoas que atuam com crianças. Esperamos que

essa coletânea de perspectivas dos profissionais auxilie como subsídio para produzir esforços continuados na vigilância e na promoção do desenvolvimento infantil.

Tania Moron Saes Braga

Docente do Departamento de Educação Especial da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade Estadual Paulista (UNESP), *Campus* de Marília/SP.

Prefácio

As áreas de Educação e Saúde vêm ocupando lugar de destaque nos esforços empreendidos pelas sociedades humanas na busca de melhoria na qualidade de vida. Tem sido palco de debates políticos e acadêmicos. Os governos têm feito investimentos, quase sempre avaliados pelos profissionais das áreas como insuficientes. As comunidades científicas também têm feito seus investimentos em atividades de pesquisa e na transformação de conhecimentos construídos em tecnologias e práticas a serviço da educação e da saúde.

Uma parte considerável desses esforços é endereçada à construção de condições adequadas para o desenvolvimento normal e saudável das nossas crianças. Ainda que nem sempre se traduzam em políticas públicas assertivas e práticas eficazes daí decorrentes, os discursos preferidos de homens públicos comumente giram em torno de questões relativas a educação e saúde das nossas crianças.

No campo da investigação científica, a área que hoje pode ser designada como Ciência do Desenvolvimento Humano cresceu espantosamente. Houve também uma mudança importante no modo de se examinar a questão do desenvolvimento humano. Na primeira metade do século passado, os estudos com foco direcionado especialmente para o próprio bebê, criança ou adolescente permitiram construir conhecimentos acerca do desenvolvimento inerente ao próprio indivíduo, identificando os processos e os estágios evolutivos de diferentes competências e habilidades.

Uma importante mudança ocorreu na segunda metade do século passado, quando os estudiosos passaram a levar mais ampla e rigorosamente em consideração a contribuição do contexto em que se processa o desenvolvimento humano. Não se trata apenas de condições concretas de estimulações presentes no ambiente, mas incluem-se aí também as construções sociais e culturais acerca do desenvolvimento humano e da própria criança, as quais exercem efetiva influência sobre os modos de criação dela. Esse enfoque permite compreender mais claramente o processo social de construção da infância e da adolescência.

A obra organizada pela Professora Jáima Pinheiro de Oliveira, com a formação privilegiada em Fonoaudiologia e Educação, reúne textos que analisam diferentes aspectos do desenvolvimento infantil, com as contribuições que se situam na interface entre a saúde e a educação. Nessa análise, embora cada capítulo aborde aspectos específicos, os autores tiveram a preocupação de buscar a integração de diferentes temáticas tratadas, de modo a favorecer a visão global do processo evolutivo. É visível também o esforço para que concepções sociais acerca do desenvolvimento infantil e práticas educativas destinadas a crianças componham o quadro de referência para a análise de questões específicas.

A presença de capítulos que tratam de questões relativas à família, educação infantil e serviços de atendimento em saúde mostra claramente a preocupação em contextualizar convenientemente o fenômeno do desenvolvimento infantil.

https://doi.org/ 10.36311/2009.978-85-98176-22-2.p13-14

O leitor poderá fazer a sua leitura nessa perspectiva, interpretando o desenvolvimento infantil como um fenômeno cuja constituição depende também de construções sociais.

Marília, novembro de 2008.

Sadao Omote
Professor Titular do Departamento de Educação Especial
da Faculdade de Filosofia e Ciências da Universidade
Estadual Paulista (UNESP), *Campus* de Marília/SP.

SUMÁRIO

Capítulo 1.....17
FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL
Carmem Gracinda Silvan Scochi
Cristina Ide Fujinaga
Maeby Caseker Weisss
Jáima Pinheiro de Oliveira

Capítulo 2.....27
ASPECTOS SOCIO-AFETIVOS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL
Tania Moron Saes Braga

Capítulo 3.....38
ASPECTOS FAMILIARES NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL
Kátia Simone da Rosa Bianchi

Capítulo 4.....45
DESENVOLVIMENTO SENSÓRIO-MOTOR: ENFOQUE DO NASCIMENTO AOS 24 MESES
Franciane Teixeira de Oliveira
Lígia Maria Presumido Braccialli

Capítulo 5.....58
CRESCIMENTO DAS ESTRUTURAS E DESENVOLVIMENTO DAS FUNÇÕES DO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO
Cristiane Faccio Gomes

Capítulo 6.....72
O DESENVOLVIMENTO DAS HABILIDADES AUDITIVAS
Mônica Barby Muñoz
Michelly Santos de Andrade

Capítulo 7.....80
O PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM E SUA INTERFACE COM A EDUCAÇÃO INFANTIL
Jáima Pinheiro de Oliveira
Tania Moron Saes Braga
Edna Zakrzevski Padilha
Ana Cândida Schier

Capítulo 8.....96
A CRIANÇA E O INTERLOCUTOR NO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DA ESCRITA
Renata Pelloso Gelamo
Julyana Chaves Nascimento

Capítulo 9.....105
ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NAS ESCOLAS: ASPECTOS DE AUDIOLOGIA EDUCACIONAL
Juliana De Conto
Carla Cristina Polido Pires Ricci
Ana Paula Zaboroski

Capítulo 10.....111
A EDUCAÇÃO INFANTIL E AS SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO
Rafael Siqueira de Guimarães

Capítulo 11.....117
ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O FAVORECIMENTO DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM
Ana Paula Zaboroski
Jáima Pinheiro de Oliveira

Capítulo 12.....128
ASPECTOS LIGADOS À INTERVENÇÃO PRECOCE
Cibelle Kayenne Martins Roberto Formiga

Capítulo 13.....142
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) E EDUCADORES EM SAÚDE: UMA PARCERIA PARA A PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM AMBIENTE DOMICILIAR
Jáima Pinheiro de Oliveira
Michelly Santos de Andrade
Eliziane Gai
Gilmar de Carvalho Cruz

CAPÍTULO 1

FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Carmem Gracinda Silvan Scochi
Cristina Ide Fujinaga
Maeby Caseker Weisss
Jáima Pinheiro de Oliveira

Introdução

> *Fator de risco é definido como um elemento que, quando presente, determina um aumento da probabilidade de surgimento de problemas. Pode também ser definido como um fator que aumenta a vulnerabilidade de uma pessoa ou grupo em desenvolver determinada doença ou agravo à saúde (HALPERN; FIGUEIRAS, 2004, p. 105).*

Ao se refletir sobre os fatores de risco para o desenvolvimento infantil, considera-se que muitos desses fatores não se restringem às situações e comportamentos individualmente, mas envolvem também dimensões sociais, políticas e institucionais. Assim, não se podem separar os efeitos dos fatores fisiológicos do nascimento, entre eles a prematuridade e o baixo peso ao nascer, daqueles relativos ao meio ambiente, pois um potencializa o outro, além do que muitos dos efeitos juntos contribuem para a imagem da classe social das famílias, diferenciando o acesso aos serviços sociais e a qualidade de vida.

Desta forma, o presente capítulo aborda os principais fatores de risco para o desenvolvimento infantil e das possibilidades de atuação junto à prevenção dos fatores de risco e acompanhamento de crianças de risco para o desenvolvimento.

Principais fatores de risco para o desenvolvimento infantil

As organizações internacionais e a literatura especializada apontam a porcentagem de nascimentos com baixo peso como um dos indicadores do estado de saúde de populações (OPAS/OMS, 1988). Assim, o baixo peso ao nascimento é considerado como fator de risco, devido à vulnerabilidade da população infantil, em especial nos primeiros meses de vida, quando há uma relação inversamente proporcional entre o déficit de peso e o grau de ocorrência da morbidade na infância, o que reflete na mortalidade infantil.

Em decorrência dessa estreita relação, muitos críticos consideram o baixo peso ao nascer como um fator de risco bastante importante no aumento da pro-

https://doi.org/ 10.36311/2009.978-85-98176-22-2.p17-27

babilidade de morte na infância. É tido também como um indicador de saúde e de avaliação dos programas assistenciais na área materno-infantil, além de refletir a capacidade de reprodução da mãe e possibilitar o prognóstico de sobrevida do recém-nascido e seu desenvolvimento, a longo prazo (OPS/OMS, 1988).

Nesta perspectiva, a alta incidência do baixo peso ao nascer e da prematuridade constitui-se problema de saúde pública para muitos países, estando presente naqueles de condições socioeconômicas menos favorecidas.

Nos últimos anos, vem crescendo no Brasil o número de unidades de cuidado intensivo neonatais, permitindo um atendimento mais adequado aos casos de prematuridade e de baixo peso ao nascer. A incorporação de tecnologia sofisticada e de alta complexidade tem contribuído para a diminuição da mortalidade neonatal, mas ainda existe um longo caminho a percorrer em direção ao acesso a essa assistência, à redução da morbidade e qualidade de vida dessas crianças, embora já se tenha alguns avanços.

Os componentes da mortalidade infantil têm significados epidemiológicos distintos, apesar de apresentarem determinantes socioeconômicos comuns. A mortalidade infantil tardia está vinculada mais a fatores socioeconômicos e ambientais, ou seja, às condições de vida da criança, enquanto que a mortalidade neonatal relaciona-se principalmente às condições da gestação e do nascimento, influenciada por fatores biológicos e assistenciais inerentes ao pré-parto, parto e recém-nascido (LEONE; ALCÂNTARA, 1991).

A maioria das mortes no primeiro mês de vida ocorre no período neonatal precoce, ou seja, na primeira semana de vida, especialmente os óbitos ocorridos no primeiro dia de vida, que representam cerca de 36% dessas mortes. A mortalidade por afecções perinatais representa mais de 72% da mortalidade neonatal, sendo que mais de 50% dos óbitos no primeiro ano de vida, em todas as regiões do país (CARVALHO; PROCHNIK, 2001).

Ao contrário do que acontece nos países desenvolvidos, nos quais a primeira causa de mortalidade no período perinatal é a malformação congênita – intercorrência praticamente impossível de ser evitada – no Brasil, a maioria dos óbitos perinatais é determinada pelas condições de atendimento à gestante, à parturiente e ao recém-nascido, situações passíveis de serem enfrentadas pelos profissionais e respectivos serviços (CARVALHO; PROCHNIK, 2001).

Almeida *et al.* (1992), citando Hale e Druschell (1989), referem que o baixo peso ao nascer é o mais significante fator de risco para a mortalidade neonatal, enquanto a pobreza aparece como o maior determinante da mortalidade após o nascimento, sendo também um dos fatores que geram os maiores índices de baixo peso ao nascer. Assim, ficam nas classes mais pobres os maiores coeficientes de mortalidade neonatal e pós-natal.

Pelo exposto, mães desnutridas, de baixo poder aquisitivo e escolaridade, procedentes de lugares sem saneamento básico e com pouco acesso aos serviços de

saúde, como ocorre em muitas regiões do Brasil, constituem-se grupos de alto risco, que engrossam as estatísticas de partos prematuros e de nascimentos de baixo peso. No futuro, essas mesmas condições sociais de risco interferirão negativamente no processo de crescimento e desenvolvimento dos bebês que passaram um período internados em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, os quais também apresentam riscos biológicos, desencadeando o que os autores denominam de duplo risco.

Um dos marcos na atenção ao recém-nascido foi a implantação das modernas unidades de cuidado intensivo neonatal, equipadas com tecnologia de ponta, as quais contribuíram para a redução da morbi-mortalidade perinatal e neonatal, especialmente entre os prematuros extremos e de muito baixo peso ao nascer. Por outro lado, a tecnologia de cuidado também contribuiu para o aparecimento de iatrogenias no processo de crescimento e desenvolvimento dessas crianças, não refletindo, necessariamente, na melhoria da morbi-mortalidade pós-natal e na qualidade de vida.

Estudos sugerem que parte dessa morbidade pode advir de estimulação estressante do ambiente a que está exposto o prematuro e, muitas vezes, da estimulação inapropriada e ausência de experiências que auxiliam a integração sensorial e a organização comportamental do bebê. A longo prazo, essas crianças podem apresentar um aumento de seqüelas incapacitantes, de doenças crônicas e neurológicas, além de apresentarem dificuldades de aprendizado e distúrbios cognitivos, de linguagem, visão, audição e comportamentais decorrentes de relações desarmoniosas entre mãe-filho-família, dentre outros aspectos (SCOCHI *et al.*, 2001).

Diante da constatação de tais condições, o enfoque da assistência vem se transformando e direcionando o cuidar não somente à sobrevivência dos bebês, mas também a uma assistência integral, humanizada e preventiva, dentro de uma perspectiva global, a fim de melhorar a qualidade de vida dessas crianças (SCOCHI *et al.*, 2001). Nessa busca por um atendimento individualizado e direcionado ao desenvolvimento integral do bebê e da família, os pais, em especial a mãe, foram inseridos no processo de trabalho em saúde, visando ao fortalecimento de estímulos sensórios ao neonato e ao estabelecimento do vínculo e apego (SCOCHI, 2000).

A importância do acompanhamento de crianças com fatores de risco para o desenvolvimento

O risco de morte de crianças nascidas de baixo peso ou prematuras é tão grande quanto maior for seu grau de imaturidade ou sua deficiência ponderal ao nascer. Essas crianças terão que se adaptar à vida extra-uterina, apesar das dificuldades de manutenção de suas funções vitais e, conseqüentemente, necessitarão de inúmeras intervenções terapêuticas, elevando o risco de complicações imediatas ou tardias.

Desse modo, os cuidados especiais dispensados a elas, após a alta hospitalar, vão além das necessidades e rotinas de seguimento de um bebê a termo e saudá-

vel. O risco a que elas estão expostas, para apresentarem padrão de crescimento anormal, está relacionado a doenças pulmonares crônicas, deficiências motoras, visuais, auditivas, da linguagem, aprendizado e socioemocionais, dentre outras, o que expressa a necessidade de um seguimento sistematizado e a longo prazo. A alta hospitalar, então, não é sinônimo de resolução de problemas dessas crianças, as quais devem receber acompanhamento interdisciplinar contínuo, para detecção de problemas e intervenções precoces (SCOCHI, 2000).

Com relação aos recursos humanos envolvidos na assistência neonatal de maior complexidade, encontramos pediatras especialistas e com pós-graduação em Neonatologia, geneticistas, cirurgiões pediátricos, neurologistas, ortopedistas, oftalmologistas, enfermeiros, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes sociais, dentre outros. Tais profissionais promovem não só com o tratamento curativo, mas também preventivo, face à possibilidade de surgirem problemas no desenvolvimento global, motor e sensorial da criança nascida pré-termo e de baixo peso ao nascimento.

Segundo Magalhães *et al.* (2003), mesmo na ausência de sinais mais severos e evidentes como a paralisia cerebral ou retardo mental, crianças com história de prematuridade apresentarão sinais de distúrbio de aprendizagem, dificuldades em linguagem, problemas de comportamento, déficits na coordenação motora e percepção viso-espacial. Os déficits visuais e de linguagem associados às dificuldades percepto-motoras (especialmente a coordenação motora fina, acometida nesses casos) poderão comprometer o desempenho escolar da criança. Ainda para os autores, há evidências de que, especialmente os meninos, nascidos prematuramente, podem apresentar um comportamento mais agressivo, hiperativo e ansioso.

Ramos *et al.* (1998) referem que bebês nascidos com baixo peso poderão apresentar deficiências físicas e mentais de 4 a 6 vezes mais freqüentemente do que crianças nascidas com peso normal, sendo que, independentemente das condições sócio-econômicas da família, essas crianças tenderão a desenvolver problemas nutricionais durante a infância, com todas as desvantagens que essa condição acarreta ao desenvolvimento de um indivíduo. Já crianças nascidas com peso maior do que esperado, geralmente nascidas de mães diabéticas, poderão ser mais sonolentas e terem dificuldade para estabelecerem um padrão adequado de sucção.

Vale pena se ressaltar que crianças nascidas em condições de risco não apresentarão necessariamente alguma deficiência, mas estarão mais propensas a não se desenvolverem como esperado dentro dos padrões de normalidade.

Méio, Lopes e Morsch (2003) descreveram o desenvolvimento cognitivo, na idade pré-escolar, de uma população de crianças nascidas prematuras e de muito baixo peso que necessitaram de internamento em Unidade de Terapia Intensiva. O resultado da pesquisa indicou que a média do quociente de inteligência estava abaixo da faixa de normalidade nas crianças que compunham este grupo.

Magalhães *et al.*, (2003) também realizaram um estudo que comparou o desempenho perceptual e motor na idade escolar em crianças nascidas pré-termo e a termo, no qual foram realizados testes para acuidade motora, provas de equilíbrio e tônus postural. Nesse estudo, concluíram que as crianças do grupo de pré-termos obtiveram escores significativamente inferiores na maioria dos testes.

Em estudo realizado por Basseto, Azevedo e Chiari (1995), no qual os autores investigaram aspectos dos comportamentos auditivos e lingüísticos de crianças nascidas pré-termo e de baixo peso comparadas com crianças nascidas a termo, descobriu-se que a prematuridade afetou desigualmente os comportamentos auditivos e lingüísticos avaliados.

Azevedo, Vilanova e Vieira (1995) desenvolveram um estudo envolvendo 369 crianças atendidas pelo Programa de Acompanhamento Multidisciplinar de Neonatos de Risco da Escola Paulista de Medicina. Verificaram diferença no desenvolvimento auditivo de crianças nascidas pré-termo, em relação às escalas de desenvolvimento auditivo elaboradas para crianças nascidas a termo e sem intercorrências. As crianças consideradas de baixo risco (nascidas a termo, sem intercorrências ao nascimento) apresentaram respostas mais elaboradas ao som e responderam a sons de menor intensidade que as de alto risco (nascidas pré-termo atendidas em Unidade de Terapia Intensiva).

Percebe-se então a necessidade do acompanhamento de crianças com fatores risco para o desenvolvimento infantil mesmo pós a sua alta hospitalar (Almeida e Modes, 2005) e para isso é preciso atenção de uma equipe de saúde multidisciplinar, mesmo que essa atenção dispensada não seja mais no âmbito hospitalar propriamente dito.

> *(...) Isto vale à parturiente e ao recém-nascido sadio e de risco, sendo que estes últimos terão que fazer acompanhamento neonatal e pediátrico segundo critérios do seu médico, pelo menos uma vez ao mês até um ano de idade. Ao recém-nascido de risco é recomendado o seguimento do caso por especialistas da área da saúde, envolvendo o fonoaudiólogo... (ALMEIDA; MODES, 2005, p.99).*

O acompanhamento e a intervenção precoce buscarão, por meio de atitudes preventivas e estimuladoras, propiciarem ao bebê condições para que seu desenvolvimento global ocorra de forma mais adequada possível, além de oferecerem suporte técnico e de apoio para que a família se capacite para cuidar da sua criança.

Possibilidades de atuação junto à prevenção dos fatores de risco e acompanhamento de crianças de risco para o desenvolvimento

As experiências precoces proporcionarão uma melhor condição de desenvolvimento das capacidades motoras e cognitivas, além do desenvolvimento global

da criança. Halpern e Figueiras (2004) afirmam que os resultados dos programas de estimulação precoce têm sido positivos para o desenvolvimento da criança e seu posterior desempenho escolar.

Para que ocorra a otimização do desenvolvimento da criança com fator de risco para o desenvolvimento deve-se estar atento à detecção precoce de tais fatores de risco e, ainda, para o encaminhamento para programas de acompanhamento e de estimulação precoce, uma vez que os fatores de risco terão real significado no momento em que ocorrer a sua detecção.

O desenvolvimento humano é contínuo, progressivo e acontece em estágios qualitativamente diferentes em cada indivíduo; envolve diversos processos e é único no universo cultural e pessoal de cada um. Pode ser entendido também como sendo uma série de mudanças seqüenciais em um organismo que o levam à sua maturidade, respeitando-se todas essas individualidades (PAPALIA; OLDS, 2000).

O nascimento de um bebê faz parte do ciclo da vida do ser humano: nascer, crescer, reproduzir e morrer são etapas a serem cumpridas em uma evolução natural da vida. Após o nascimento, a criança deverá crescer e se desenvolver e sendo suprida as suas necessidades, como alimentação e afeto, esta deverá alcançar o desenvolvimento esperado para a sua idade.

Ao nascer, a criança já traz consigo alguns mecanismos prontos para funcionar que serão cruciais para a sua sobrevivência e para uma adaptação ao mundo em que se insere. Outros mecanismos serão amadurecidos e adaptados para esse desenvolvimento mediante a maturação orgânica e a estimulação do meio. Tais mecanismos são previstos e devem ocorrer dentro dos padrões do desenvolvimento esperados para a sua idade. Sabe-se que estes padrões são estabelecidos para que seja possível comparar crianças da mesma idade e perceber se há algum atraso no seu desenvolvimento (NEWCOMBE, 1999; PAPALIA, 2006).

Porém, independentemente da concepção sobre a forma de como irá ocorrer esse desenvolvimento, sabe-se que nos primeiros anos de vida se dão as mais importantes e rápidas mudanças nesse processo e, portanto, neste período deverão estar concentradas as atenções necessárias, seja por parte da família, escola ou outros profissionais que convivem com a criança.

Para que este desenvolvimento ocorra dentro das etapas esperadas, o bebê precisará estar exposto às condições ambientais favoráveis, da presença de um familiar ou cuidador. Deve ser oferecido a criança o modelo lingüístico mais apropriado, no qual o interlocutor fale com a criança num modelo de fala próxima a do adulto, sem se utilizar de diminutivos ou jargões, que estimule a comunicação e que não fale pela criança. Também será importante que essa criança tenha condições fisiológicas apropriadas, nenhum déficit cognitivo ou complicação inata que venham a prejudicar o seu desenvolvimento global. Uma condição nutricional adequada também influenciará as condições de desenvolvimento desta criança no mundo lingüístico (PERISSINOTO, 1996; RAMOS *et al.*, 1998).

Uma criança que nasce exposta a um risco e, por algum motivo, não recebe uma estimulação adequada para seu desenvolvimento poderá ter suas capacidades cognitivas e sociais comprometidas podendo ser este um fator causador ou precipitador de deficiência.

Perissinoto (1996) relata que a participação da família em programas de intervenção precoce estabelece uma maior eficácia do tratamento multiprofissional realizado dentro do programa. Também chama a atenção para o conceito de que o ambiente em que o bebê está inserido influencia na evolução da sua linguagem, na aquisição de novas estruturas e vocabulários e a individualiza naquele ambiente. O ambiente familiar deve estimular o desenvolvimento do bebê; a linguagem dos pais, o tipo de ambiente que é oferecido, a adequação dos brinquedos, dentre outros elementos, serão relevantes. Tais fatores comporão aspectos que deverão ser trabalhados pela equipe de saúde do programa de intervenção precoce com os pais.

Sendo assim, considerando a existência de bebês nascidos com fatores de risco e de programas de intervenção precoce, busca-se a possibilidade de atendimento ao maior número de crianças nascidas nessas circunstâncias, para se atingir o objetivo do programa que é potencializar o desenvolvimento desses bebês.

Para que recebam precocemente essas intervenções, é necessário identificar essas crianças e encaminhá-las o mais breve possível a serviços especializados. Portanto, é papel do profissional que atua na atenção primária, fazer a vigilância do desenvolvimento de todas as crianças, identificar aquelas com necessidades especiais e encaminhá-las oportunamente para tratamento (FIGUEIRAS *et al.*, 2003, p. 1691).

O sucesso dos programas de estimulação precoce dependerá do rápido encaminhamento das crianças nascidas com algum fator de risco. A identificação ainda na maternidade e o esclarecimento da família de que deverá procurar acompanhamento de equipes da saúde e educação deverá ocorrer o mais precocemente possível. Se possível, as equipes deverão acompanhar esse encaminhamento para garantir que essa atenção esteja ocorrendo e modo adequado.

Em estudo realizado por Weiss no ano de 2006, em um hospital município do interior do Paraná, revelou que nasceram, num período de 5 meses, 95 crianças com pelo menos um fator de risco para o seu desenvolvimento (podendo ser baixo peso, prematuridade, anóxia, entre outros). Destes bebês, não houve registro em prontuário médico o encaminhamento para acompanhamento e/ou estimulação, ação esta esperada para que não ocorra atraso no desenvolvimento. Foi constato ainda que nenhuma dessas 95 crianças chegou a ser atendida ou acompanhada pelo Programa de Estimulação Precoce em funcionamento no município.

O ambiente a que se expõe a criança irá influenciar o desenvolvimento do pensamento e dos diversos sentidos já presentes na infância (visual, auditivo, tátil, cinestésico, olfativo, gustativo), havendo importância no acesso às informações sensoriais e experiências para este desenvolvimento (ALS, 1997, p.48).

Considerando que o ambiente em que a criança está inserida será de grande influência no seu desenvolvimento, deve-se acrescentar também o ambiente familiar, ou seja, o período em que a criança está em casa, com sua família, e que irá influenciar na superação das dificuldades dessa criança. "Fatores ambientais, em especial o baixo nível sócio-econômico, seriam decisivos, sugerindo que à medida que a criança pré-termo cresce, fatores ambientais teriam mais importância que os sinais neonatais de risco biológico" (MAGALHÃES *et al.*, 2003).

Destaca-se que um ambiente sem estímulos proporciona efeitos debilitantes, sendo causador ou precipitador de deficiências, sobretudo em relação ao desenvolvimento das habilidades cognitivas e sociais futuras. Segundo dados do MEC (BRASIL, 1995) mais de 50% das crianças portadoras de alguma necessidade especial poderiam ter alcançado um desenvolvimento satisfatório, ou até mesmo atingido os níveis de desenvolvimento de outras crianças de sua faixa etária sem nenhuma deficiência, se tivessem sido adotadas, efetivamente, medidas de prevenção como a estimulação precoce. Os benefícios alcançados com o estabelecimento deste tipo de programa não atingem apenas as crianças portadoras de alguma necessidade especial diagnosticada, mas também, as que apresentam apenas algum fator de risco de desenvolvê-la e a população infantil em geral que teria seu desenvolvimento otimizado quando exposta à estimulação.

Inúmeros trabalhos descritos na literatura mundial têm demonstrado que o melhor rendimento dessas crianças (com fatores de risco associados ao nascimento) pode ser obtido quando elas recebem algum tipo de intervenção precoce de acordo com suas deficiências (FIGUEIRAS *et al.*, 2003, p.1692).

Finalizando, considera-se que muitos desses fatores de risco para o desenvolvimento infantil não se restringem a situações e comportamentos individualmente, nem a situações apenas no âmbito biológico e de condições de saúde, mas envolvem também dimensões sociais, políticas e institucionais.

Apesar das diferenças geográficas e sociopolíticas entre países, estudos mostram que dentre os fatores que contribuíram para o decréscimo dos fatores de risco para o desenvolvimento infantil está a decisão política explícita de proteção e atenção à saúde materno-infantil; a melhoria da escolaridade da população, em especial das mulheres; a estruturação dos serviços de saúde, com adequada infra-estrutura física e humana e a implantação de ações de atenção primária à saúde (OPAS/OMS, 1994).

Vislumbram-se possibilidades de transformação na maneira de pensar sobre o problema do baixo peso ao nascimento e da prematuridade como uma situação que pode passar de uma noção de risco individual para uma nova compreensão de vulnerabilidade social. Desta maneira, ao planejar estratégias para prevenção do baixo peso ao nascimento, não se deve priorizar as intervenções somente para os grupos de risco, mas sim à população em geral.

Referências

ALMEIDA, E.C.; MODES, L.C. Condutas e orientações em um grupo de alta hospitalar de parturientes e de um grupo de orientação a pais de recém-nascidos internados. In: ALMEIDA, E.C.; MODES, L.C. (Org.) **Leitura do prontuário:** avaliação e conduta fonoaudiológica com o recém-nascido de risco. Rio de Janeiro: Revinter, 2005.

ALS, H. Earliest intervention for preterm infants in the newborn intensive care unit. In: GURALNICK, M.J. **The effectiveness of early intervention.** Baltimore: Paul H. Brookes Publishing CO, 1997. p. 47-76.

AZEVEDO, M. F. de; VILANOVA, L. C. P.; VIEIRA, R. M. Desenvolvimento Auditivo de Crianças Normais e de Alto Risco: estudo comparativo das respostas comportamentais a estímulos sonoros. In: BEHLAU, M. (Org.). **Fonoaudiologia Hoje.** São Paulo: Lovise, 1995.

BASSETO, M.C.A.; AZEVEDO, M.F.; CHIARI, B.M. Crianças nascidas pré-termo e de baixo peso: estudo de aspectos auditivos e lingüísticos. In: BEHLAU, M. (Org.). **Fonoaudiologia Hoje.** São Paulo: Lovise, 1995.

BRASIL, Ministério da Educação – Secretaria de Educação Especial - **Diretrizes educacionais sobre estimulação precoce:** o portador de necessidades educativas especiais/ Secretaria de Educação Especial – Brasília: MEC, SEESP, 1995.

CARVALHO, M.R.; PROCHNIK, M. **Método canguru de atenção ao prematuro.** Rio de Janeiro: BNDS, 2001. (BNDS Social, n. 1).

FIGUEIRAS, A.C.M de. Avaliação das práticas e conhecimentos de profissionais da atenção primária à saúde sobre vigilância do desenvolvimento infantil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, nov-dez 2003. P1691-1699.

HALPERN, R.; FIGUEIRAS, A.C.M. Influências ambientais na saúde mental da criança. **Jornal de Pediatria**, 02, p. S104-S110, 2004.

LEONE, C.; ALCÂNTARA, P. Etiologia geral da morbidade e da mortalidade da criança. In: MARCONDES, E. *et al.* **Pediatria básica**. 8. ed. São Paulo, Sarvier, 1991. p. 26-34.

MAGALHÃES, L. C.; CATARINA, P. W.; BARBOSA, V. M.; MANCINI, M. C.; PAIXÃO, M. L. Estudo Comparativo sobre o Desempenho Perceptual e Motor na Idade Escolar em Crianças Nascidas Pré-termo e a Termo. **Arq Neuropsiquiatria.** 61 (2-A): 250-255, 2003. Disponível em www.scielo.br

NEWCOMBE, N. **Desenvolvimento infantil:** uma abordagem de Müssen. Porto Alegre: Artmed, 1999.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACION MUNDIAL DE SALUD (OPAS/OMS). **Análises de indicadores básicos.** Washington, 1988. (Publicación Científica, 14)

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD / ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD (OPAS/OMS). **Las condiciones de salud en las Americas.** Washington, 1994. (Publicación Científica, v. 1, 2, 549).

PAPALIA, D.E. **Desenvolvimento humano**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

PERISSINOTO, J. Atuação Fonoaudiológica com o Bebê Prematuro: acompanhamento do desenvolvimento. In: ANDRADE, C. R. F. (Org.). Fonoaudiologia em Berçário Normal e de Risco. **Série Atualidades em Fonoaudiologia**. Vol I. São Paulo: Lovise, 1996.

RAMOS, A.R.; RAMÍREZ, A. M.; FERNÁNDEZ, A. M.; LÓPEZ, R. M. V. La Prematurez y sus Repercusiones en el Crecimiento y Desarrollo del Niño, en la Zona Metropolitana de Guadalajara, Jalisco, México. **Cad. Sáude Pública**. Rio de Janeiro: 14 (2): 313-318, abr-jun, 1998. Disponível em www.scielo.br

SCOCHI, C.G.S. **A humanização da assistência hospitalar no bebê prematuro:** bases teóricas para o cuidado de enfermagem, 2000. 245. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

SCOCHI, C.G.S.; RIUL, M.J.S.; GARCIA, C.F.D.; BARRADAS, L.S.; PILEGGI, S.O. Cuidado individualizado ao pequeno prematuro: o ambiente sensorial em unidade de terapia intensiva neonatal. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.14, n.1, p. 9-16, 2001.

WEISS, M.C. **O nascimento de bebês com fatores de risco no Hospital Santa Casa de Irati e seus encaminhamentos para programas de estimulação precoce**, 2006. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) – Universidade Estadual do Centro Oeste, Irati, 2006.

CAPÍTULO 2

ASPECTOS SÓCIO-AFETIVOS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Tania Moron Saes Braga

A relação entre pessoas é objeto de estudo de alguns ramos das ciências. Na Psicologia, há muito tempo, este tema desperta o interesse de estudiosos de diferentes abordagens teóricas, preocupados com a formação das primeiras relações entre a mãe e o bebê e suas influências nas relações sociais futuras.

O desenvolvimento social inclui, na Psicologia, tópicos como desenvolvimento emocional, vínculos, apego infantil, cognição social, o desenvolvimento do eu, independência, agressão/altruísmo e desenvolvimento pró-social, desenvolvimento moral entre outros.

Neste capítulo, serão considerados aspectos do desenvolvimento sócio-afetivo infantil enfatizando a interação recíproca entre crianças e cuidadores: a sua origem, evolução, condições que favorecem ou dificultam esse desenvolvimento e, também, será abordado o modo como profissionais podem contribuir neste processo.

Logo ao nascer, o bebê entra em contato com pessoas dando início a interações recíprocas, ou seja, afetando o comportamento das pessoas ao seu redor e, igualmente, sendo afetado por elas, ocasionando, portanto, alterações comportamentais entre os seres envolvidos. Quando as características do comportamento de uma pessoa (estímulos sociais) afetam o comportamento de outra, produzem o que é denominado de comportamento social. Ambiente social se refere a todos os estímulos sociais que afetam o comportamento de um indivíduo.

Iniciar e manter relações sociais são fundamentais ao desenvolvimento humano. Esse aspecto torna-se mais importante se for focalizado o desenvolvimento dos primeiros anos do bebê e a inter-relação existente entre as diversas áreas: motora, cognitiva, lingüística, perceptiva e afetiva. A interação do indivíduo, ou seja, os comportamentos social e emocional em interação com comportamentos sociais dos pais, pares, professores é crítica no desenvolvimento da criança. As experiências aprendidas na infância podem afetar os futuros relacionamentos (NOVAK; PELAEZ, 2004).

Os etólogos sugerem, em suas descrições do desenvolvimento sócio-afetivo, particularmente de como ocorrem as interações iniciais e como se desenvolvem, que estas, assim como outras áreas, estão ligadas às demandas adaptativas.

O recém-nascido é indefeso e, sem o cuidado consistente de outros, não sobreviveria. Em nossa cultura, a mãe dispensa a maior parte dos cuidados, mas compete, também, aos pais, irmãos e avós cuidar da criança.

https://doi.org/ 10.36311/2009.978-85-98176-22-2.p27-37

O bebê entra em contato com o mundo por meio de respostas universais e reflexos que o capacitam a interações rudimentares com o outro. Suas características físicas ou aparência, reflexos como sorriso, o choro e caretas, funcionam para produzir reações dos cuidadores. Embora estes comportamentos do bebê surjam como reflexos, rapidamente se transformam em comportamentos voluntários. O choro, que inicialmente exprime dor, fome e raiva, logo passa a ser utilizado para trazer a mãe mais próxima. A criança logo aprende que a proximidade nem sempre garante que alguém a pegue no colo e assim o choro também adquire esta função. Outras vezes o choro é seguido de algumas palavras do cuidador como "por que o bebê está chorando?". E assim o bebê exige não só a proximidade do adulto, mas a atenção.

A habilidade do recém-nascido de interagir com o meio vai se desenvolvendo lentamente e a mãe ou a pessoa que desempenha as funções de mãe como alimentar, trocar a fralda, dar banho, pegar no colo também proporcionam os estímulos sociais.

A princípio, a mãe, na sua rotina diária, alimenta a criança de seis a oito vezes ao dia, verifica se suas roupas estão adequadas à temperatura, abraça-a, acaricia-a, muda qualquer situação que supõe causar-lhe desconforto, dispõe brinquedos ao seu redor, coloca-a para descansar e dormir. Por fazer todas essas coisas e muitas outras, as mães são percebidas pelas crianças como fornecedora de situações agradáveis e, também, de condições importantes para o alívio de situações dolorosas e de desconforto.

Obviamente existem também situações opostas em que a mãe desempenhará um papel inverso, tais como tirar da criança algo muito bom, como um alimento gostoso que não pode ser consumido ou um objeto atrativo que não poderá ser manuseado devido às suas características físicas ou o seu valor. Da mesma forma desempenhará outros papéis que envolverão situações dolorosas como dar remédios amargos, injeções e outros procedimentos dolorosos. Esses exemplos ilustram, de maneira superficial, as interações entre mães e bebês, sem a utilização de termos técnicos, apenas salientando que a presença da mãe, nessas situações desagradáveis, torna provável que algum aspecto do seu comportamento adquira esta função e passe a sinalizar situações desagradáveis que a criança tentará evitar. Em geral, as situações desagradáveis ocorrem com menor freqüência e, assim, as mães, especialmente as do recém-nascido, estarão associadas a valores positivos.

Assim, por estarem associadas a situações desagradáveis ou por estarem provendo as necessidades dos bebês, as mães tornam-se sinalizadoras para os filhos de situações positivas e negativas. Além dessas características da mãe, outras, que podem não ter a menor importância para as pessoas, passam a ser, desde muito cedo, importantes para o bebê como, por exemplo, a temperatura da pele, o odor, o tato, o formato do cabelo que molda o rosto, a voz, etc. Esses são alguns componentes que também compõem a figura da mãe e fazem com que a criança a distinga das demais pessoas. Embora ela tenha características distintas das de outras pessoas,

muitas dessas características são compartilhadas pelas demais pessoas que entrarão em contato com a criança. Esses componentes da mãe que sinalizam, por exemplo, situações agradáveis e positivas podem se superpor às pessoas que a cercam e evocar os mesmos comportamentos na criança que os evocados pela mãe.

À medida que mãe se constitui como ocasião para uma série de comportamentos, outras pessoas também adquirem a mesma função. Esse seria, segundo Bijou e Baer (1961), o processo básico de aprendizagem que dá à criança um caráter social. A criança responderá pelo menos, em parte, como tem respondido à mãe. Com freqüência se diz que a criança aprende sobre a sociedade "através dos olhos de sua mãe". Fundamentalmente a mãe tem sido discriminativa para apresentação de "coisas boas" e para eliminar as ruins; por isso, e, por generalização, outros semelhantes a ela, adquirirão a propriedade de estímulo reforçador positivo (valor positivo adquirido), isto é, será um reforço social.

O que, exatamente, no comportamento da mãe, faz com que se sinalizem eventos positivos? Bijou e Baer (1961) afirmam que a mãe proporciona sinais que são parte dos procedimentos de reforçamento que executa: a mãe proporciona estímulo com sua proximidade, sua atenção, seu afeto.

A proximidade da mãe - A maioria das ações da mãe para satisfazer a criança será possível somente quando está em proximidade física com a criança. Por exemplo, dar alimento, trocar a fralda, aconchegar para dormir, etc. Estes eventos gratificantes como comida na boca, o alívio da retirada da fralda molhada, ocorrem na proximidade com a mãe, sendo assim, a mãe distante sinaliza para criança uma baixa probabilidade de gratificação. A proximidade da mãe é algo muito importante do ponto de vista social para o bebê, pois este, mesmo antes de ter condições de deslocamento como arrastar, engatinhar e andar, em direção à mãe para garantir a proximidade com ela, apresenta outros recursos como fazer "gracinhas" por meio de expressões faciais e manuais. O fato de a mãe ou de o cuidador terem se tornado esta fonte de cuidados e gratificações faz com a criança deseje estar sempre próxima a eles, o que vai favorecer o desenvolvimento locomotor (GERWIRTZ; PELAEZ,1996)

Atenção - Da mesma forma que a mãe tem de estar próxima ao bebê para os cuidados mencionados é inevitável que, ao desempenhar estas ações, esteja atenta ao que faz olhando com atenção para ele, falando enquanto executa seus cuidados e apresentando alguma expressão no rosto, boca, sobrancelhas. Esta fonte de atenção provida pela mãe poderá ser tanto de uma maneira tranqüila, como, por exemplo, quando ela manipula o bebê, com gestos calmos, na troca de fraldas, olhando para ele, falando com voz serena ou poderá ser de modo agitado, quando age de forma barulhenta. Esses componentes físicos de atenção, por estarem associados a estas situações de provimento de necessidades e satisfações, se tornarão igualmente positivos e gratificantes. O bebê logo aprende a fazer ruído, a se movimentar e se agitar, pois assim trará a mãe para bem próximo e atrairá sua atenção.

Os comportamentos do bebê que são seguidos pela atenção da mãe serão fortalecidos e, assim, inadvertidamente, a atenção pode ser dada para condutas inadequadas da criança, fato bastante freqüente na sociedade. Assim bons comportamentos passam despercebidos e maus ou irritantes são prontamente atendidos, já que se deseja libertar-se, o mais rápido possível, de situações desagradáveis. A atenção tem este poder generalizado, diferente do afeto que parece estar mais relacionado a comportamentos do bebê que eliciam sentimento de afeição.

Afeto - Usualmente, o afeto tem a forma de abraços, beijos, sorrisos, tapinhas, uso de tom de voz especial, afago na cabeça, e outras. Em condições normais, a mãe, ao realizar suas atividades de cuidados ao bebê, deparar-se-á com inúmeras situações agradáveis frente às quais irá reagir com afeto, sorrindo, beijando, esfregando o nariz na bochecha do bebê e outros comportamentos que geralmente apresentam os pais seduzidos pelos filhos. Outras mães têm maneiras diferentes de demonstrar afeto, mas as crianças logo aprendem a detectar estas diversificadas e importantes formas de respostas das mães. Desse modo algumas crianças aceitarão bem o beijo, outras reagirão mais ao sorriso.

O sorriso é um comportamento social que foi estudado por muitos pesquisadores (BRACKBILL, 1958) pelo interesse em esclarecer o seu papel na aprendizagem social e dos laços afetivos. Carvalho (1987) se utiliza do sorriso do bebê para ilustrar como um mesmo comportamento pode ser estudado, no mesmo sujeito, do ponto de vista da causação e/ou do ponto de vista do seu desenvolvimento. Apresenta em detalhes uma descrição da evolução do sorriso reflexo do latente para o sorriso social demonstrando que a controvérsia inato/aprendido não auxilia a compreensão do desenvolvimento e que a origem e o desenvolvimento do sorriso mostram que o que ocorre é uma interação de fatores que não podem ser adequadamente abordados por modelos dicotômicos.

O desenvolvimento do sorriso segue um curso definido: as crianças começam a sorrir para faces humanas com a idade gestacional de 46 semanas independentemente de quanto tempo estão no mundo; o sorriso social - em reposta a outra pessoa não aparece até que a criança tenha entre dois a três meses. Este sorriso é provocado pela voz humana, indiscriminadamente. O verdadeiro sorriso social, seletivo, usado como resposta de "satisfação" à mãe/cuidador começa a se estabelecer entre o quinto e sexto mês (WARREN 1984). Tanto o comportamento de sorrir automático do recém-nascido como o seletivo é evocado pela configuração visual do rosto humano. Embora o sorriso social seja eliciado por estímulos visuais, estes não são essenciais para sua ocorrência, uma vez que as crianças cegas de nascença apresentam a mesma progressão, dentro do mesmo intervalo, que as crianças ditas normais. Mas isso não pode ser entendido como uma imunidade aos efeitos da experiência uma vez que os sorrisos provocados na criança cega pela voz ou toque são menos prolongados, mais fugidios, que os das outras indicando que a estimulação visual é necessária para a manutenção de um sorriso

social mais prolongado. O comportamento de sorrir é fortalecido pela visão do sorriso do outro e assim a criança começa também a imitar uma série de expressões faciais e gestuais para expressar seus sentimentos (CARVALHO, 1987).

Um parêntese pode ser feito para destacar aspectos que podem gerar atrasos no desenvolvimento, em decorrência do repertório inicial de comportamentos e capacidades que irão mediar a interação com o ambiente e especialmente o social. Trata-se, particularmente, de bebês prematuros, ou com deficiências congênitas, sensoriais, físicas ou motoras. A respeito do sorrir é importante lembrar que a criança que nasce cega não recebe este feedback visual, por isso não participa dessa troca o que pode diminuir a quantidade de sorrisos que exibe, a menos que receba adequada estimulação háptica como conseqüência substituta ao estímulo visual. Para elas o principal fator determinante do sorriso é a voz conhecida (FRAIBERG, 1977). O autor, em seu vasto estudo, observando deficientes visuais, identifica que, já na quarta semana, encontram-se exemplos de sorrisos seletivos mesmo que irregulares ante a voz do pai ou da mãe. Quando os observadores tentavam conseguir o mesmo sorriso com suas próprias vozes fracassavam repetidamente.

A criança que, por alguma deficiência, não tenha um bom contato visual ou não é responsiva, pode ser prejudicada, uma vez que os pais podem tender a minimizar as interações com elas. Pais podem se sentir rejeitados, em suas tentativas de interação, quando, ao escutar sua voz, o bebê virar o rosto numa tentativa de melhor posicionar o ouvido para captar o estímulo sonoro. Ainda, sobre as propriedades da voz materna para produzir os contatos iniciais, e de suas propriedades aconchegantes e afetivas que acalmam o bebê, vale lembrar aos profissionais dos possíveis efeitos que a privação da voz materna pode ter no desenvolvimento da criança surda.

Um alerta para profissionais que atuam na área, em particular na de fonoaudiologia, seria o de verificar a necessidade de intervenção. É possível que a informação visual tenha nítida vantagem para a criança com visão normal, durante a emissão de padrões fonéticos que são observáveis (sons bilabiais, por exemplo), pois elas apresentam um aperfeiçoamento maior em relação a esses movimentos articulatórios, quando comparadas às crianças com deficiências visuais. Estas últimas cometem erros com maior freqüência, durante as emissões, o que por sua vez requer, em alguns casos, a intervenção específica, não só em relação aos padrões de fala, mas também com respeito à adequação dos padrões do sistema sensório motor oral (SSMO) e funções neurovegetativas (FNV), ainda que algumas alterações possam estar associadas também a hábitos nocivos orais (HNO), como o uso prolongado de chupeta e mamadeira (OLIVEIRA; SOBRINHO; BRAGA, 2001).

Nessa mesma direção, Braga, Oliveira e Ferrari (2003), investigando o desenvolvimento de crianças com cardiopatias congênitas, encontraram, na amostra (39%) de prematuridade e no tempo de amamentação menor que seis meses (49%), dentre outras características, relações que influenciam o desenvolvimento

da criança, permitindo que se indique o aleitamento materno como uma prática para a promoção da saúde. O aleitamento pode se constituir numa base importante para os sentimentos futuros se envolver, além da proximidade física, a atenção e o afeto. Ligações afetivas iniciais formam a base para os sentimentos de ser amado, valorizado e são necessárias para a auto-imagem. Quando comportamentos de proximidade e segurança tornam-se organizados em torno de uma pessoa, diz-se que a criança está desenvolvendo uma ligação afetiva. Esta ligação pode ser observada quando o bebê se recusa a ir ao colo de estranhos, ou a aceitar brincadeiras, chegando, muitas vezes, a chorar, só se acalmando, com a voz e os braços da mãe. Segundo explicação de Bowdlby (1969), esta ligação evoluiu por contingências filogenéticas nas quais o comportamento que protege a criança de predadores foi naturalmente selecionado. Outros autores, em suas explicações, dão ênfase a ambas contingências: a filogenética e a ontogenética, na qual os cuidadores que recompensam a proximidade, imitação e identificação contribuem para o desenvolvimento dessa forte ligação afetiva (PETROVICH; GEWIRTZ 1985). Esta combinação parece mais consistente.

Exemplos desse apego e ligação entre criança e os pais e os protestos que se observavam na separação podem ser entendidos como o desenvolvimento de interações aprendidas (GEWIRTZ; PELAEZ-NOGUEIRAS, 1990). Como foi dito anteriormente, os cuidadores tornam-se muito importantes para as crianças, ou seja, são reforçadores para muitos comportamentos, por isso a separação entre eles é uma situação muito desagradável para a criança, provocadora de comportamentos emocionais que podem funcionar para trazê-los de volta. Com isso a mãe e/ou cuidadores podem, inadvertidamente, modelar o comportamento de protesto da criança à separação. Na verdade ocorre uma interação recíproca em que a mãe, para se livrar do choro, atende à criança, aproxima-se dela, toca-a, sorri, fala e assim fortalece o comportamento de protesto, enquanto que o seu próprio comportamento é fortalecido porque reduz a aversividade do comportamento de chorar.

O desenvolvimento da habilidade interativa é essencial para os pais e para o bebê, pois os leva a desenvolver um padrão mútuo de interação no qual o bebê sinaliza suas necessidades e os pais por sua vez, com o seu repertório de comportamentos de cuidados, atendem às necessidades do bebê. Alguns autores denominam isso de desenvolvimento de uma sincronia (ISABELLA *et al.*, 1989). Muito tem sido escrito sobre a importância do relacionamento inicial com os pais e suas conseqüências na competência social futura com os pares. A literatura sugere fatores familiares gerais que são importantes no desenvolvimento de bons relacionamentos com os pares: uma ligação afetiva e segura com os pais, um ambiente emocional estável com limites apropriados, respostas consistentes aos questionamentos e criação de oportunidades regulares com os pares.

O desenvolvimento infantil inclui também preocupações com o desenvolvimento da *cognição social*. Para Novak (1987) este é analisado enfocando três aspectos:

1) O conhecimento social : conhecimento sobre coisas nas situações sociais. por exemplo dizer "por favor" quando perguntar por algo, ou usar roupas adequadas de acordo com situações.

2) Habilidades sociais: conhecimento de como fazer coisas natureza social, por exemplo, iniciar conversação.

3) Resolução de problemas sociais: envolve a manipulação de eventos públicos ou privados para produzir soluções para problemas sociais. Por exemplo, quando duas crianças querem nadar, mas há somente uma piscina.

Nessa visão, o pensamento social é tratado como outros comportamentos analisando se as contingências e como comportamento cognitivo é influenciado pelo comportamento de outras pessoas.

Também os comportamentos pró-sociais, tais como cooperação, empatia, ajuda entre duas ou mais pessoas assim como padrões morais mais avançados como honestidade, justiça, lealdade são encorajados muito cedo no desenvolvimento. Os pais, no convívio diário procuram direcionar o comportamento de seus filhos ensinando princípios morais, regras, e comportamentos para garantir a independência, a autonomia e responsabilidade. Para cumprir seu papel de agente socializador utilizam de diversas estratégias e técnicas para orientar e disciplinar o comportamentos dos filhos que segundo alguns autores são denominadas de práticas educativas parentais (GOMIDE, 2003).

Embora as bases teóricas e empíricas que fundamentam as práticas educativas parentais e seus efeitos possam ser agrupadas sob diferentes nomes para a finalidade do estudo, a autora agrupa em dois grandes grupos: as que desenvolvem comportamentos pró-sociais e as que implicam comportamentos anti-sociais. As práticas educativas, portanto, poderão desenvolver tanto comportamentos pró-sociais como anti-sociais, dependendo da freqüência e intensidade que o casal parental usa determinadas estratégias educativas e ao resultado do uso deste conjunto de práticas educativas denomina-se Estilo Parental.

Algumas situações específicas são reconhecidas por determinarem alterações nos estilos parentais. Em geral os pais modificam alguns aspectos de seu estilo parental quando os filhos apresentam alguma enfermidade grave, manifestando condutas variadas que vão desde o controle excessivo sobre a conduta da criança até a permissividade extrema (ANGARITA; TORRES, 2003). Ainda que a superproteção não seja um estilo parental, Holmbeck (2002) enfatiza as características dentro da configuração do estilo parental autoritário, e explica como a super proteção dos pais (isto é, o nível de proteção excessiva) se relaciona com uma pior tomada de decisões, níveis baixos de autonomia e com menores desejos dos pais de dar responsabilidades aos filhos. O autor afirma que a superproteção aparece mais nas famílias de criança com deficiências e enfermidades crônicas porque requerem um cuidado médico intensivo e, em conseqüência, demandam muito mais do individuo e de sua família nos âmbitos físico e psicológico.

A superproteção restringe a exposição ao meio ambiente e limita as oportunidades para exploração e manipulação. A superproteção interfere com o desenvolvimento de iniciativa, independência e reconhecimento das próprias habilidades da criança. Responsabilidade e independência além da experiência bem sucedida permitem auto-competência (ou autoconfiança), auto-satisfação auto-estima. Permitir a criança tomar decisões de escolha sobre roupa e comida, ter responsabilidades por brinquedos e na divisão de atividades de ajuda desenvolve a competência. Se as oportunidades para experienciar competência e sucesso são limitadas, a criança não desenvolverá uma imagem acurada de suas habilidades com confiança para agir no mundo. Explorando e agindo no ambiente a criança terá oportunidade de adquirir competência que lhe dará o sentimento de controle sobre os eventos da vida.

O desamparo aprendido é o sentimento que surge da falta de controle sobre os eventos da própria vida (SELIGMAN, 1977). Se os pais e profissionais tomam todas as decisões pela criança podem gerar uma inatividade na criança, vista muitas vezes como timidez, passividade que contribuem para o isolamento social e falta de interação social positiva.

As auto avaliações que a criança faz sobre o que pode fazer e como acha que os outros a percebem afetam seu desempenho; este desempenho por sua vez afeta a auto percepção e a percepção dos outros; e a opinião dos outros tem efeito direto sobre a auto estima que por sua vez afeta diretamente a habilidade do individuo para o desempenho. Habilidades sociais que são aprendidas naturalmente pela maioria das crianças, geralmente por observação e por contingências do ambiente, devem muitas vezes ser sistematicamente ensinadas. A competência em situação social envolve pelo menos auto-imagem positiva e ter ferramentas para interagir apropriadamente.

As experiências familiares, no contexto da criança, vão resultar em habilidades comportamentais afetivas cognitivas que serão tomadas na relação com os pares. Considerando a importância do relacionamento afetivo entre crianças e familiares, no desenvolvimento social e por conseqüência no desenvolvimento global, é necessário reafirmar o papel de profissionais da saúde e da educação que atuam diretamente com pais e crianças para contribuir na prevenção de atrasos e promover o desenvolvimento saudável.

Quando se fala em prevenção, pensa-se em identificar precocemente condições de risco para o desenvolvimento infantil que, de uma maneira simplificada, apenas para ilustração, podem ser encontrados na prática e podem estar presentes inicialmente no cuidador ou na criança. Em referência ao cuidador quando este, por condições de doença, situação sócio-econômica e outras não consegue ou apresenta sérias dificuldades em estabelecer vínculos com um filho saudável. Ocorre também o oposto, o bebê que nasce prematuramente, com um problema de saúde, ou com algum tipo de deficiência que acaba se constituindo numa condição particularmente difícil para a interação mãe-filho. O nascimento de um bebê prematuro, com deficiência ou uma cardiopatia congênita, por exemplo, não é um aconteci-

mento alegre e, sim, o início de uma trajetória de incertezas (BRAGA, 2002).

Os pais experimentam medo e angústia diante do quadro complicado de saúde do bebê e mesmo com sua recuperação ou sobrevivência, ainda, os pais terão de enfrentar muitas vezes a ansiedade pela espera de outros procedimentos de correção, por exemplo, os cirúrgicos. O vínculo está, pois, abalado desde o início, pela dificuldade de ter perdido o filho saudável, pela culpa de ter gerado um problema, pela dificuldade de cuidar e alimentar É possível afirmar que a família é afetada pela doença da criança. Constatam-se, em relatos de pais, os sentimentos de preocupação, ansiedade, medo que juntamente com falta de informação sobre o problema de saúde ampliam a dificuldade de interagir adequadamente com os filhos.

Portanto, a atuação de profissionais da saúde e educação pode contribuir para melhor atendimento à demanda dessas famílias. A atuação com os pais deve dar-lhes elementos para favorecer a interação mãe-filho alertando a mãe para ver o filho de maneira positiva, olhá-lo fixamente e a vocalizar focalizando bem seu rosto. Os pais devem aprender a interpretar sinais do bebê para desenvolver habilidades de interação. Devem estar atentos aos sinais de satisfação e stress para manter ou interromper uma atividade. Crenças sobre a fragilidade do bebê devem ser destruídas para não impedir o manuseio seguro como carregar ao filho com confiança, acariciá-lo, amamentá-lo, dar banho O objetivo é envolver os pais, fazê-los responsivos, motivando-os a proporcionar oportunidades e experiências que produzirão resultados em longo prazo.

Considerando o papel fundamental dos profissionais, cabe insistir na necessidade de formação para a intervenção precoce, preparando-os para atuação em unidades neonatais, Unidades de Saúde da Família, centros especializados, ambulatórios, creches, escolas, dentre outros, para que estes possam atender às necessidades da criança e de sua família.

Referências

ANGARITA.O.B; TORRES,B.C. A incidência en los estilos parentales en el curso de la hemofilia em ninõs. In **Psicologia da Saúde Infantil** Guzmán, M.O. Luis Armando Oblitas Guadalupe, L.A.O.Editores - Bogotá D.C. Colombia: PSICOM Editores Impresión Digital, 2006.

BIJOU, S. W; BAER, D.M. **Psicologia del desarrollo infantil. Teoria empírica y sistemática de la conduta**. México: Editorial Trillas, 1961 trad1973

BOWDLBY, J. *Attachment and loss*: vol 1 . Londres: Hogart Press 1969, vol I.

BRAGA, T. M. S. Análise de emoções: possibilidades para práticas educativas em ambulatório de cardiologia infantil. In: **IX SIMPÓSIO DE PESQUISA E INTERCÂMBIO CIENTÍFICO**, 2002, Águas de Lindóia: Anais do XI Simpósio de pesquisa e intercâmbio científico ANPPEP, 2002, p. 96-97.

BRAGA, T.M.S.; OLIVEIRA, J.P.; FERRARI, P. Identificação de fatores de risco para o desenvolvimento de crianças com cardiopatia: subsídios para práticas educativas em setores de saúde In: *V* **Simpósio em Filosofia e Ciência – Trabalho e conhecimento, desafios e responsabilidades da ciência, 2003, Marília: Anais do V Simpósio em Filosofia e Ciência** – Trabalho e conhecimento, desafios e responsabilidades da ciência. , 2003.

BRACKBILL, Y. Extinction of smiling response in infants as a function of reinforcement schedule. **Child Development**, v.28, p.115-124, 1958.

CARVALHO, A.M.A. **O estudo do desenvolvimento. Psicologia,** v.13,n.2, p.1-13,1987

FRAIBERG, S. *Insights from the blind* trad 1981 **Niños cegos la personalidade visual y el desarollo iniciam de la personalidad** Madrid: Publicacion Del Ministério de trabajo y seguridad, 1977.

GEWIRTZ, L.L.; PELAEZ-NOGUERAS, M. In the context of Gross enviromental and organismic changes, learning provides the main bass for behavioral development . In: S.Bijout & E.Ribes (Eds) , **New directions in behavioral development** (pp 15-34). Reno, NV, Context Press ,1996.

GEWIRTZE, J.L.; PELAEZ-NOGUEIRAS, M. Social Conditioning theory applied to metaphors like attachment: The conditioning of infant separation protests by mothers. **Mexican Journal of Behavior Analysis**, v.13, p.87-103, 1990.

GOMIDE, P.I.C. Estilos parentais e comportamento anti-social In **Habilidades Sociais, desenvolvimento,e aprendizagem: questões conceituais ,avaliação e intervenção**. In A.Del prete; Z.A. Del Preti (org) Campinas, SP: Editora Alínea, 2003.

HOLMBECK, G.; JOHNSON, S.; WILLS, K.;MCKERNON, W.; ROSE, B.;ERKLIN, S.; KEMPER, T. Observed and perceived parental overprotection in relation to psychosocial adjustment in preadolescents with a physical disability: the mediational role of behavioral autonomy. **Journal and consulting and clinical Psychology**, Vol, 70, No, 1, p.96-110, 2002.

ISABELLA, R. A.;. BELSKY, L.E.; VON EYE, A. Origins of infant-mothers attachment: An examination of interactional synchrony during the infant's first year. **Development Psychology,** 25, p.12-21,1989.

NOVAK, G. **Social Cognition :** A behavior analysi. Paper presented at the Assossiation for behavior Analysis, Nashville, TN 1987.

NOVAK, P.; PALAEZ, M. **Child and adolescent development: A behavioral systems approach.** Thousands Oaks: Sage Publications, 2004.

OLIVEIRA,J.P. BRAGA,T.M.S.; SOBRINHO, S.F.T. Importância da atuação fonoaudiológica preventiva e interventiva com crianças deficientes visuais. In: **II ENCONTRO DE EDUCAÇÃO DO OESTE PAULISTA** Marília, São Paulo: Anais do II Encontro do Oeste Paulista, p. 231, 2001.

PETROVICH, S.B.; GEWIRTZ, J.L. The attachment learning process and its relation to cultira and biologial evolution: proximate and ultimate considerations.In M.Reite & T.Field (Eds) **The psychobiology of attachment** New York: Academic Press. 1985.

SELIGMAN, M.E..P. **Desamparo sobre a depressão desenvolvimento e morte.** São Paulo: Hucitec, 1977.

WARREN, D. H. **Blindness and early childhood development.** New York: American Foundation for de blind. 1984.

CAPÍTULO 3

ASPECTOS FAMILIARES NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Kátia Simone da Rosa Bianchi

Apesar de tratar-se de um tema que precisa ser explorado e incansavelmente estudado por todos os profissionais da educação e da saúde, discutir sobre aspectos familiares é algo complexo e desafiador. Esta afirmativa deve-se à singularidade de experiências pelas quais cada um passa no convívio e aprendizagens junto ao seu grupo de origem.

Sob um olhar sistêmico, com este texto pretendo abordar algumas considerações relativas à família, instituição esta cujos problemas e apreensões transcorrem pelo cotidiano de quem trabalha com crianças.

A *teoria sistêmica* concebe a família como um sistema onde se processam movimentos gerados nas inter-relações: interna, entre seus membros e externa, com a rede social. É auto-governável transversalmente pelas regras que definem o que é permitido ou não e precisa equilibrar-se em torno destas. Exemplificando, a cada mudança de ciclo de vida, há uma quebra na homeostase, que é a moderação do sistema, ou seja, a adolescência de um ou mais membros da família desequilibra o mesmo, uma vez que, nesta etapa de desenvolvimento, deverá haver modificações no que é ou não aceito em relação ao adolescente (CALIL, 1987).

Para discutirmos sobre o assunto, primeiramente faz-se necessário entender a família e determinados aspectos que pressupõem sua existência.

Define-se *família* como um "conjunto de pessoas ligadas por laço de parentesco, dependência doméstica, ou normas de convivência, todos residentes na mesma casa ou pessoa que mora só em uma unidade domiciliar" (IBGE, 2006).

Assim sendo, *família* não é só a célula "pai+mãe+filhos", mas pessoas que convivem, não necessariamente parentes de sangue, nem sempre na mesma casa e que estão ligadas entre si, seja por questões financeiras, emocionais ou de cuidados.

Para Lyra e Muniz (2002, p. 11), do ponto de vista jurídico, a família é determinada pelo "conjunto de pessoas que estão ligadas pelo vínculo do casamento, do parentesco, da afinidade ou da adoção".

Deve-se lembrar que tais componentes não incidem nas residências necessariamente de forma simultânea, isto é, nem sempre em situações de parentesco, temos afinidades entre os membros familiares.

Além disso, nas últimas décadas, as mudanças ocorridas na construção familiar e sua manutenção implicaram transformações também nas formas de compreendê-la, orientá-la e nas expectativas quanto ao envolvimento com os filhos.

https://doi.org/ 10.36311/2009.978-85-98176-22-2.p38-44

Estudando os diversos períodos da história das vidas em família no Brasil, constatou-se que o espaço do domicílio variava desde os tempos da colônia. Reunia, em alguns casos, pessoas de uma família e um ou dois escravos. Também poderiam compor este núcleo os agregados e parentes, tais como mães viúvas ou irmãs solteiras. Podiam ainda ser encontradas mulheres com seus filhos, todavia sem maridos; ou ainda circunstâncias em que um casal de cônjuges e a concubina do marido viviam sob o mesmo teto. As características regionais da colonização e da estratificação social dos sujeitos parece ter determinado a multiplicidade e especificidade da família colonial que tantas configurações adotou, sendo assim elemento importante de exploração da historiografia até os dias de hoje (ALGRANTI, 1997).

Com o decorrer do tempo, vários eventos mundiais contribuíram para mudanças e também para a permanência de alguns fatores que unem e outros que desagregam as famílias. Alguns deles foram: guerras, a revolução industrial, a evolução da tecnologia, a jornada e a distância do trabalho, a pílula anticoncepcional e a entrada da mulher no mercado competitivo.

É com base na família, biológica ou institucional, que os seres humanos desenvolvem o seu mundo de experiências e expectativas acerca da vida. Daí a sua relevância no desenvolvimento infantil, o qual ocorre em etapas progressivas conectadas a eventos cotidianos advindos do relacionamento com os membros familiares de sua convivência. Deste modo, se determinado comportamento da criança é estimulado ou reprimido no núcleo familiar, tais reações influenciarão, de forma consciente ou inconsciente, suas futuras atitudes diante do mesmo fato.

A família pode auxiliar em todo o processo de desenvolvimento infantil, uma vez que se caracteriza como a primeira referência da criança, isto é, aquilo em que acreditamos ser certo ou errado até a idade em que começamos a questionar os valores e paradigmas, o que costuma ocorrer mais intensamente na adolescência, é primeiramente fundamentado no que escutamos, vemos, sentimos e percebemos nas ações de nossos pais, irmãos e outros parentes.

Refiro-me a *escutar, ver, sentir* e *perceber* porque de nada adianta um pai orientar seu filho a não mentir e o menino vê-lo pronto para ir ao jogo, dizendo ao telefone que está doente e por isso não vai trabalhar. Situações como estas contribuem para a produção da visão de mundo do sujeito. São modelos que podem se solidificar neste jovem: "se eu quiser me divertir, posso inventar uma desculpa para minha professora, pois ela nunca saberá a verdade".

Algumas famílias com crianças que apresentem dificuldades escolares constroem o seguinte discurso: "é assim mesmo, ele não quer estudar, sempre foi assim". Outros pais de estudantes, com a mesma queixa, se manifestam do seguinte modo: "ele não vai reprovar este ano, pois ele é capaz, vamos ajudá-lo e ele conseguirá se sair bem".

Qual a diferença entre as duas falas? É possível que o resultado do desempenho escolar destas crianças mude? Por que os progenitores produzem versões tão

opostas em situações semelhantes? Qual o papel dos pais nesse processo, independentemente da criança apresentar fatores de risco para a aprendizagem?

Deixo estas perguntas em aberto porque, apesar de evitarem rotular *oficialmente* seus alunos, já ouvimos estas falas de educadores. Certamente, os mesmos sedimentaram a convicção acerca dos fracos resultados destes meninos e não conseguiram perceber o quão importante é o seu parecer, a sua avaliação e, principalmente, a sua aprovação no desempenho obtido. É claro que, se soubessem disso, concluiriam que não desistir de nenhum educando prova que todo o ser humano tem seu limite, mas também tem seu potencial. Entretanto, ouve-se a queixa: "se a família não ajuda, não é possível trabalhar com estas crianças indisciplinadas..."

Todos já ouvimos e lemos muito sobre famílias em reportagens, artigos e romances, mas sabemos mesmo é da história que vivemos junto às nossas. Quero dizer com isso que cada um de nós teve a sua experiência familiar própria que jamais poderá ser comparada a de outros. Mesmo irmãos terão percepções distintas, uma vez que vêm ao mundo em diferentes momentos. Alguns foram planejados; outros, até foram desejados, mas talvez aquela não fosse a hora certa, esperada pelos pais; outros foram adotados em circunstâncias diversas. Irmãos gêmeos serão desiguais justamente para afirmar-se com sua personalidade e caráter único. Por isso mesmo também desenvolverão suas próprias idéias sobre a família e a educação recebida.

Desta forma, não seremos efetivos se quisermos orientar famílias com base nos valores adquiridos nas nossas, pois estaremos impondo regras que só foram válidas para o nosso tempo, para pessoas da nossa origem, relacionadas aos nossos parentes e ao local onde passamos a infância.

Quando falo de *valores familiares,* não me refiro aos méritos da ética, da moral e boas maneiras como: "é errado matar", "não devemos pegar o material do colega sem pedir permissão", "devemos pedir desculpas quando esbarramos sem querer em alguém"; trago à tona, sim, os valores e costumes que são criados e mantidos como rituais e padrões, os quais seguramente diferem em cada célula familiar.

Lind (2004) exemplifica vários rituais e rotinas que as famílias podem desenvolver, dependendo de sua origem, cultura e organização de vida diária, como: visitas regulares aos seus parentes; freqüência a um local especial todo o final de semana. Podemos encontrar famílias que se reúnem para fazer as refeições e não começam a comer na ausência de algum dos membros; outras destinam um longo tempo para as orações, mesmo diante de outros afazeres importantes.

Conseqüentemente, o profissional que julga os modelos encontrados nos núcleos domésticos alheios, pouco consegue avistar o lugar de onde o outro vê sua própria condição. E, desta forma, avalia as ações parentais como inadequadas: "aquela família não ajuda o menino nas tarefas, só fica passeando ou rezando".

Um padrão que precisa ser submetido à releitura é o de *estrutura familiar* com pai+mãe+filhos. Há muito tempo esta estrutura nuclear está se transforman-

do, mas ainda é comum se ouvir o comentário: "aquele menino é criado só com a mãe e a avó, seu problema vem da família, que é desestruturada".

No entanto, os arranjos familiares não determinam a instalação de problemas, uma vez que podem ser observadas múltiplas configurações estruturais no interior dos lares.

Em relação aos tipos de família com parentesco, algumas mudanças foram observadas nos últimos dois censos, como por exemplo, a queda do tipo de família constituída pelo casal com filhos, que passou de 65,3%, em 1991, para 61,1%, em 2000. Já o maior crescimento relativo foi das famílias constituídas por mulher sem cônjuge e com filhos, que aumentou de 14,9% para 17,3% no mesmo período (IBGE, 2006).

Com isso, asseguro que embora a composição dessa instituição chamada *família* já traga diferentes desenhos desde a época colonial, continuaram ocorrendo mudanças na mesma e não podemos esquecer que perante os modelos encontrados no censo, decorrentes da miscigenação entre as culturas, da passagem do tempo, da tecnologia, da modificação nos relacionamentos, é pouco provável que se encontre como regra "pai, mãe e filhos" felizes, seguindo as mesmas normas de quando fomos criados.

Apesar das transformações no ambiente familiar, do ponto de vista estrutural e dos papéis parentais, nunca mudará a necessidade da criança de ser cuidada e de receber amparo e afeto, por parte de algum adulto, no início de sua vida.

No contexto atual, sabe-se que nem sempre o responsável pela promoção de aspectos do desenvolvimento da criança é um membro da família, e sim um cuidador. Encontramos crianças cujo maior contato é com a avó, ou com a babá, ou ainda com a irmã mais velha. Este cuidador também desempenha importante papel no desenvolvimento infantil e não deveria ser excluído das orientações e atenção da equipe da saúde e da educação.

Ouvir o cuidador e ficar atento às suas ações frente ao comportamento da criança poderá trazer muitas informações ainda não observadas pelos pais. Com este conhecimento e olhar sobre a realidade da criança, as orientações serão fornecidas com mais propriedade.

Ao se aproximarem mais das famílias, os profissionais da educação e da saúde alcançariam outra eficácia em seu trabalho, ampliando a participação dos pais e/ou cuidadores em tarefas compreendidas nas questões de desenvolvimento das crianças. É certo que estes profissionais já orientam e se dedicam a propor meios que solucionem os problemas apresentados. Contudo, não são ouvidos ou sentem que suas orientações, apesar de importantes e claras, não são atendidas. Afinal, por que não está funcionando?

Para que sejam eficazes, tais orientações precisam ser ouvidas. Todas as pessoas gostam e necessitam de alguém que as escute. Então, é necessário ouvir o que os pais têm a dizer sobre as suas dificuldades e o que pensam do assunto que está sendo tratado, para, então, abrirem-se à escuta de novas propostas.

Para tanto, o primeiro passo é desvencilhar-se de suas próprias crenças e valores como se fossem universais, evitando tentar convencer as famílias de que o seu jeito (do profissional) é o certo. Ao ouvir o que foi dito, levantar possibilidades de solução e negociar com as famílias a melhor forma de colocá-las em prática, pois muitas vezes elas não sabem como fazê-lo ou negam os comportamentos inadequados das crianças.

Em pesquisa com professores do ensino fundamental, encontrou-se queixa, por parte dos entrevistados, relativa à falta de diálogo no grupo familiar, pois, segundo os docentes, é comum a situação de pais que freqüentemente ficam surpresos com a conduta de seus filhos, quando chamados à escola (PAREDES; SAUL; BIANCHI, 2006).

A missão educativa corresponde principalmente à família, mas é possível que esta, diante de muitas queixas, não consiga perceber as dificuldades e associá-las, muitas vezes, a alguns fatores causais de fácil resolução como, por exemplo, *ouvir a criança.* A educação familiar é revelada quando há transmissão de valores, de saberes, de hábitos e no próprio legado, enraizando culturalmente o sujeito.

Falamos no ambiente da educação formal, mas se observa que nos serviços de saúde não é diferente. As lamentações acerca das famílias se multiplicam quanto à falta de cuidados, de estimulação, auto-medicação, desacato às orientações recebidas. Os profissionais da saúde, talvez pelo escasso tempo de consulta, pouco têm conseguido ouvir as histórias de seus pacientes e, com isso, a mesma receita não funcionará de forma unânime para todas as famílias, pois cada uma delas está passando por situações e experiências distintas, a começar pelo ciclo vital (filhos pequenos, pré-adolescentes e/ou adolescentes).

Como experiência a ser compartilhada, relato aqui a atuação de profissionais do Serviço de Saúde Mental, em unidade de saúde de um município no estado de Santa Catarina, que iniciaram a realização de *Grupos de Acolhimento*, coordenados por uma fonoaudióloga e uma assistente social. Esta proposta tem caráter de atenção primária à saúde, apesar de ser dirigida a uma clientela já acometida por alterações fonoaudiológicas, e justificava-se pela grande demanda de pacientes para a área da fonoaudiologia e pela necessidade de ouvir seus familiares, mesmo que, naquele momento, não fosse possível uma vaga terapêutica imediata.

Nesses grupos, as famílias dos pacientes eram recebidas semanalmente, para apresentar suas queixas, preocupações e serem ouvidas. As regras do grupo eram trabalhadas no início de cada encontro, para assegurar o sigilo, a escuta de todos e a possibilidade de mudanças de hábitos orais e estimulação da criança, além da realização dos encaminhamentos necessários. Destaca-se, sobretudo, o cunho preventivo da atuação, que também envolveu pesquisa, reuniões clínicas e estendeu-se para os grupos de pais, de estimulação, terapêuticos e de apoio, além de visitas e palestras a postos de saúde, algumas creches e jardins de infância. O trabalho ficou mais coeso ainda nos grupos de orientação (gestantes e pais de crianças pequenas), dos quais

participavam: cirurgiões dentistas, psicólogas, nutricionista, terapeuta ocupacional, assistente social, fonoaudióloga, pediatra e enfermeira (SOUZA; BIANCHI, 2000).

Os profissionais que conduziram esses grupos, sem dúvida, se depararam com situações difíceis, como faltas freqüentes dos participantes e algumas desistências. Contudo, não desistiram, visto que é necessário um preparo interno dos mesmos e inclusive da própria população para a mudança.

O ser humano em geral resiste às mudanças, todavia, a visão sistêmica afirma que diante da transformação em um dos elementos do sistema, verifica-se a repercussão nos demais, portanto, na medida em que provocamos pequenas modificações, o sistema inteiro converge para a busca do novo equilíbrio ou homeostase.

A tarefa dos profissionais da saúde e da educação é ampla e abrangente; deve acompanhar o tempo e o espaço em que se atua. E nós, enquanto profissionais, também temos nossas fraquezas e estamos expostos às adversidades da contratransferência.

Para lidar com este desafio, a reflexão e a busca constante pela compreensão dos fenômenos culturais, sociais e emocionais inerentes aos seres humanos tornam-se indispensáveis. Gomes esclarece:

Temos que investigar, através dos próprios pais ou dos pacientes, por que determinadas situações ou comportamentos estão ocorrendo. Perguntarmo-nos o que fazer, sem que tenhamos compreendido por que as coisas estão acontecendo deste ou daquele modo, é supor que existe um sistema de regras que resolve todos os problemas e que basta colocá-las em pauta que as pessoas dançarão nossa música. Mas isto é uma ilusão, é uma ingenuidade. Devemos encarar de frente que nossa tarefa implica um contato muito próximo com nossos pacientes e, direta ou indiretamente, com sua família [...] (GOMES, 2005, p. 104).

Portanto, cabe-nos apenas a certeza de que, assim como todas as pessoas com as quais trabalhamos, também somos seres inacabados, sempre aptos a aprender. E, seguramente, as famílias podem nos ensinar muito, isto é, elas podem ser fonte de dados para a atuação.

Talvez, ao atendermos as crianças, seus pais e outros responsáveis com um olhar mais interrogativo do que conclusivo, evitando julgar e ter as respostas prontas, possamos ajudar mais e, com isso, a atuação clínica e educacional possa trazer surpresas.

Nosso papel, então, poderia ter como foco a certificação de que os familiares estão cientes da importância de sua participação efetiva no processo de aprendizagem e/ou de tratamento da criança e do impacto da sua ajuda no trabalho conjunto com a escola e com as instituições de saúde.

Referências

ALGRANTI, L.M. Famílias e vida doméstica. In: NOVAIS, F.A. **História da vida privada no Brasil: cotidiano e vida privada na América portuguesa.** Volume I. Companhia das Letras, 1997.

SOUZA, I.; BIANCHI, K. **Grupo de triagem fonoaudiológica: a família contribuindo na melhora do paciente.** Curitiba: Jornal do Conselho Regional de Fonoaudiologia 3ª região, n. 20, p.3, jul/set, 2000. Trimestral.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Família na definição do IBGE.** Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso em: 04 out. 2006.

CALIL, V.L.L. **Terapia familiar e de casal.** 5. ed. São Paulo: Summus, 1987.

GOMES, I.C.D. Família e Fonoaudiologia. In: MARCHESAN, I. **Fundamentos em Fonoaudiologia: Aspectos clínicos da Motricidade Oral.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

LIND, Wolfgang. A importância dos rituais familiares na construção da família. **Revista Cidade Solidária,** Lisboa, v. 1, n. 11, p.6-23, fev. 2004. Semestral.

LYRA, J.L.C.O.; MUNIZ, F.J.F. **Curso de Direito de Família.** 3. ed. Curitiba: Juruá, 2002.

PAREDES, E. C. ; SAUL, L. L. ; BIANCHI, K. S. R. **Violência: o que têm a dizer alunos e professores da rede pública de ensino cuiabana.** Cuiabá: EdUFMT, 2006. v. 4. 261 p.

LITERATURA CONSULTADA

BERBERIAN, A.P. Linguagem escrita no contexto da clínica fonoaudiológica. In: FERREIRA, L.P.; BEFI-LOPES, D.M.; LIMONGY, S. C. O. **Tratado de Fonoaudiologia.** São Paulo: Roca, 2004. p. 846-861.

BERBERIAN, A. P.; MASSI, G. A.; GUARINELLO, A. C. **Linguagem Escrita: referências para a clínica fonoaudiológica.** São Paulo: Plexus, 2002. p.161-185.

ELKAIM, M. **Terapia familiar em transformação.** São Paulo Editora Summus, 2000.

LOPES, Stela Maris Brum. **Cultura, linguagem e Fonoaudiologia: uma escuta do discurso familiar no contexto da saúde pública.** 2001. 138 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Saúde Pública, Departamento de Práticas de Saúde da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001. Disponível em: <www.teses.usp.br>. Acesso em: 04 out. 2006.

MINUCHIN, S.; FISHMAN, H. C. **Técnicas de Terapia Familiar.** 2. ed. Porto Alegre: ARTMED, 2003.

NOBRE, T. L.; DE-VITTO, L. P. M. Desvios Fonológicos: considerações bibliográficas relevantes sobre avaliação e intervenção fonoaudiológica. **Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia**, Curitiba, v. 5, n. 23, p.424-430, out/dez, 2005. Trimestral.

SILVA, A. P. B. V; MASSI, G. A. Repensando a vinculação entre a fonoaudiologia e educação. **Distúrbios da Comunicação**, São Paulo, n.10 (1), p.39-44, dez. 1998.

CAPÍTULO 4

DESENVOLVIMENTO SENSÓRIO-MOTOR: ENFOQUE DO NASCIMENTO AOS 24 MESES

Franciane Teixeira de Oliveira
Ligia Maria Presumido Braccialli

Introdução

Entende-se por desenvolvimento o processo de mudanças complexas e interligadas das quais participam todos os aspectos de crescimento e maturação dos aparelhos e sistemas dos organismos (BURNS; MACDONALD, 1999).

Para Gallahue e Ozmun (2001), o desenvolvimento é um processo permanente que se inicia na concepção e cessa somente com a morte. Moraes e Moron (1999) relatam que o desenvolvimento é o marco que denota o avanço evolutivo da vida, ou seja, é um processo de progresso e amadurecimento que depende da integração e interação de muitos fatores. Desta forma, os aspectos do desenvolvimento estão interligados, ou seja, nada acontece separadamente.

As mudanças podem ser classificadas em dois tipos: a quantitativa, mudança em número e quantidade, como o aumento do peso, por exemplo; e a qualitativa, mudança de tipo, estrutura ou organização, como o entender o que se fala (interpretação) e o falar (ação motora) (GONTIJO, 1998).

O desenvolvimento de uma criança está sob influência de fatores externos e internos, ou seja, depende dos aspectos biológicos, emocionais, ambientais e culturais aos quais o indivíduo está exposto ao longo de sua vida.

Portanto, o desenvolvimento dependerá da biologia, do comportamento e do ambiente em que vive a criança, e não apenas da maturação do sistema nervoso. Dessa forma, o desenvolvimento tem um caráter individual, não existindo duas crianças exatamente iguais. Cada uma é o resultado da herança genética recebida de seus pais somados aos estímulos recebidos durante toda sua vida.

Desenvolvimento sensório-motor

Embora o desenvolvimento sensório-motor seja em parte geneticamente programado, pesquisas atuais sugerem que as pessoas podem controlá-lo mais do que se considerava possível anteriormente (GONTIJO, 1998).

Segundo Castillo *et al.* (1998), as condições sócio-econômicas e sócio-ambientais da família da criança são fatores de risco para o desenvolvimento, não só motor, mas também mental.

https://doi.org/ 10.36311/2009.978-85-98176-22-2.p45-57

Para Sant e Goldberg (2002), o desenvolvimento sensório-motor é o processo de mudança no comportamento sensorial e motor, que normalmente está relacionado com a idade do indivíduo. Esse desenvolvimento inclui mudanças relacionadas à idade, tanto na postura quanto no movimento, dois ingredientes básicos do comportamento motor.

Apesar de existirem tabelas que estabelecem a faixa etária adequada para cada comportamento motor se manifestar, se deve lembrar que estas são apenas referências aproximadas do esperado na maioria da população.

Segundo Gallahue e Ozmun (2001), cada indivíduo tem a sua época peculiar para a aquisição e para o desenvolvimento, principalmente das habilidades motoras. Gontijo (1998) relata que a variabilidade das habilidades motoras é constante nas crianças e cada uma tem um tempo específico para progredir de uma habilidade à outra, o que se pode chamar de ritmo individual. Goleman (1995) afirma que cada indivíduo tem sua aptidão pessoal, portanto, nem todos conseguirão realizar certas habilidades na mesma velocidade e com a mesma agilidade.

Para Bobath (1989), desenvolvimento motor significa um desabrochar gradual das habilidades latentes da criança, que vai progredindo aos poucos. Os movimentos iniciais serão sempre simples e com o passar do tempo se modificarão e se tornarão mais variados e complexos. O desenvolvimento acontece por meio da exploração do ambiente que a criança vive e do seu próprio corpo.

Segundo Vigiano *et al.* (1998), o desenvolvimento motor normal conduz a um aprimoramento em outras áreas. Um bom desenvolvimento motor repercute na vida futura do indivíduo nos aspectos sociais, intelectuais e culturais, e à partir dele a criança adquire independência como a locomoção, a manipulação de objetos, a movimentação fina, progredindo assim continuamente.

Segundo Sant e Goldberg (2002), o desenvolvimento motor altera-se de acordo com a idade da criança, por isso divide os períodos e as características do desenvolvimento por idade.

Desenvolvimento motor no primeiro trimestre

Os primeiros três meses do bebê caracterizam-se pela tentativa de alinhamento da cabeça no espaço.

O recém-nascido tem a postura em flexão, devido à postura fletida imposta dentro do útero durante o período pré-natal (RATLIFFE, 2000; SANT; GOLDBERG, 2002). Nesse período, os mesmos autores acreditam que as regiões do cérebro responsáveis pelas habilidades motoras envolvidas na extensão do corpo contra a gravidade não estão completamente desenvolvidas.

Figura 1 – Postura flexionada do recém-nascido em posição supino

Na posição supina, a cabeça e a parte superior do tronco descansam em uma superfície de apoio com a cabeça virada para um lado. As nádegas, nessa posição, não tocam a superfície, e os membros inferiores ficam em total flexão. Os braços são mantidos em flexão junto ao corpo, e os cotovelos e as mãos estão fletidos (DIAMENT *et al.*, 1998; SANT; GOLDBERG, 2002).

Já na postura de prono, essa postura fletida do bebê recém-nascido faz com que ele enrole seus braços e pernas sobre o seu tronco, dificultando seus movimentos.

O principal movimento que o bebê aprende nessa postura é girar a cabeça de um lado para o outro, para que mantenha o nariz e a boca desobstruídos e livres para a respiração. Nessa posição, os quadris e joelhos ficam fletidos em ângulo agudo e os pés, em dorsiflexão. O bebê movimenta bastante a cabeça procurando uma orientação da linha média, mas a cabeça está, em geral, fora do centro e oscila para cima e para baixo. Nesse movimento, a parte superior do tronco pode ser levantada também, de modo que o bebê suporta seu peso nos antebraços, que estão em rotação medial e flexionados sob o tronco. Essa postura torna-se cada vez mais freqüente durante o primeiro trimestre (RATLIFFE, 2000). A extensão da cabeça, cada vez mais freqüente, faz com que o peso mude para a parte superior do tronco, cotovelos e mãos.

É no primeiro trimestre do bebê que a flexão fisiológica comum tende a mudar devido à ação da gravidade que estende os membros (SANT; GOLDBERG, 2002).

Com um mês de idade, a cabeça do bebê está na posição central ou na linha média, a flexão dos membros superiores começa a dar lugar a uma postura de abdução e de extensão de braços. Ao ser realizada a rotação passiva da cabeça para os lados aparece a postura reflexa tônico-cervical assimétrica. Os movimentos desse período envolvem períodos de extensão, chutes, empurrões das extremidades e inclinações da cabeça e do tronco. Nessa idade, os objetos são perdidos de vista quando ultrapassam a linha média do bebê (FLEHMIG, 1987).

Com dois meses de idade, a cabeça do bebê fica lateralizada, a criança começa a descobrir as mãos, tentando mantê-las no seu campo visual e segue com

os olhos. Pode ser observada ainda uma postura flexora, porém diminuída nos membros, tendendo a uma hipotonia fisiológica que será atingida até o sexto mês. Com essa idade, o bebê tenta segurar objetos se colocados em sua mão. Na postura de prono, a criança é capaz de olhar em volta, na tentativa de explorar o ambiente.

Na postura sentada, a sustentação da cabeça ainda é precária, senta-se sobre o sacro (postura cifótica) (FLEHMIG, 1987; DIAMENT, 1998; SANT; GOLDBERG, 2002).

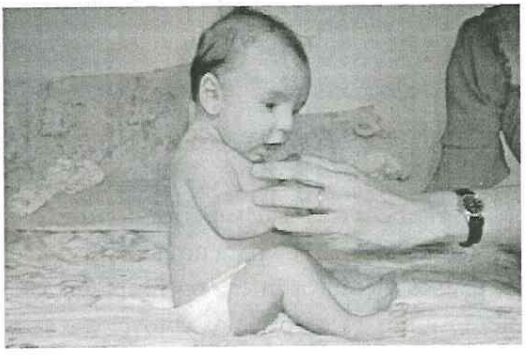


Figura 2 – Criança com 2 meses de idade sentada sobre o sacro

Com três meses de idade, a cabeça da criança já está na linha média quando a mesma está em supino, é capaz de seguir objetos movendo-a e balbucia. Em prono, mantém a cabeça e tronco erguidos no antebraço, os joelhos ficam em flexão e o quadril, em abdução.

Na postura sentada, a criança ainda mantém-se cifótica, mas controlando mais a cabeça (DIAMENT, 1998).

No primeiro trimestre, o bebê não se senta e nem fica em pé sozinho. Ao ser mantido sentado, as costas ficam com uma cifose, a cabeça fica fletida adiante da vertical, mas o queixo é mantido afastado do tórax pela contração ativa dos extensores do pescoço. A cabeça balança com intermitente perda de sua posição. Ao final desse período, os bebês controlam mais a cabeça estavelmente e em alinhamento com o tronco. A postura em pé só é conseguida quando se dá apoio ao bebê. Na postura o bebê apresenta pés cruzados, assimetria de membros inferiores e pés em flexão plantar. Em suma, no primeiro trimestre o bebê não está preparado para sentar-se e ficar em pé sozinho (DIAMENT *et al.*, 1998; RATLIFFE, 2000; SANT; GOLDBERG, 2002).

Desenvolvimento motor no segundo trimestre

No segundo trimestre pós-natal, o bebê tem como característica de progressos o combate à força da gravidade.

Progressivamente, é dos 3 aos 6-7 meses que o bebê tem a capacidade de manter a cabeça na linha média em relação ao corpo, é capaz de sentar-se sozinho

em curtos intervalos de tempo e empurrar as mãos e os joelhos. Na posição supina, o bebê levanta as pernas da superfície de apoio, levantando-as para as mãos e para o rosto. Ele alcança os pés com as mãos e tenta levá-los até a boca para explorá-los (RATLIFFE, 2000). Quando o bebê puxa as pernas, ele se desequilibra e cai para os lados, começando assim a atividade de rolar. Nessa idade, o bebê começa a realizar pontes, levantando as nádegas e o tronco da superfície de apoio, às vezes locomovendo-se nessa posição (SANT; GOLDBERG, 2002; SHEPHERD, 2002).

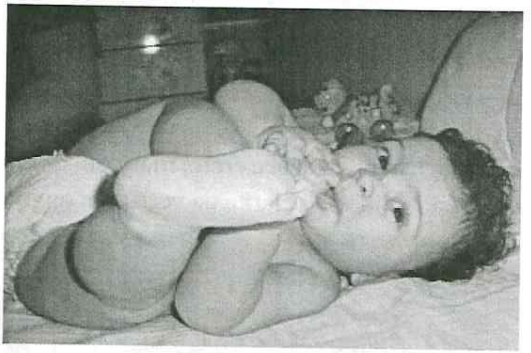


Figura 3 - Criança aos 6 meses de idade levando os pés à boca

Na posição prono, o bebê levanta a 90 graus e sustenta a cabeça, começando a entrar a musculatura de tronco; empurra-se com as mãos nessa posição; aproveita a extensão dos braços para tentar alcançar objetos e tenta a transferência de peso mediante uma série de direções laterais; torna-se mais seguro na posição, uma vez que o centro de gravidade se move caudalmente, dando a ele maior controle nessa posição.

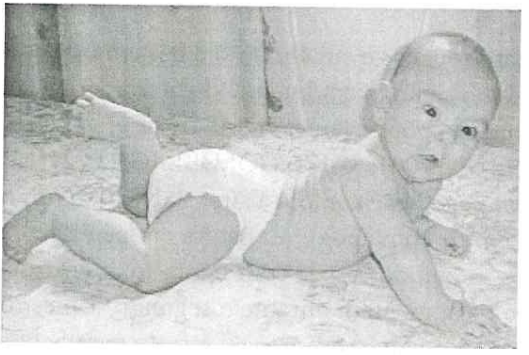


Figura 4 – Criança com 4 meses de idade na postura prono.

Ao tentar pegar um objeto, o bebê pode voltar a apoiar-se no cotovelo, enquanto estende o outro para o alcance (RATLIFFE, 2000; SHEPHERD, 2002). É nessa idade que o bebê rasteja, ou seja, se puxa com os braços, com o abdome em contato com a superfície. Esse movimento começa primeiro para trás e depois para frente. É com esse movimento que a criança começa a desenvolver o engatinhar.

Figura 5 – Criança com 6 meses de idade se arrastando para trás.

O sentar nessa idade é mais estável e ereto, mas com as mãos apoiadas à frente, o tronco superior está inclinado adiante da vertical e o peso fica nas mãos.

Figura 6 – Criança com 6 meses de idade sentada com apoio das mãos.

As pernas ficam rodadas e em abdução e pés em oposição um ao outro, posição conhecida como sentado em buda. O bebê começa a soltar as mãos da superfície, se equilibrando por instantes (DIAMENT *et al.*, 1998; RATLIFFE, 2000; GALLAHUE; OZMUN, 2001; SANT; GOLDBERG, 2002).

Na posição em pé, o bebê começa a suportar o peso nos membros inferiores e é capaz de ficar em pé com apoio. A postura em pé é caracterizada por pernas abduzidas, joelhos estendidos e pés com apoio total em superfície. As atividades na posição em pé aumentam durante o segundo trimestre. Ao ser apoiada, a criança pula de um lado para o outro, para cima e para baixo, transferindo peso e assim, conseqüentemente, adquirindo cada vez mais equilíbrio (BURNS; MACDONALD, 1999; SANT; GOLDBERG, 2002).

Quanto às habilidades mais finas, a criança nessa idade é capaz de agarrar e soltar os brinquedos, usa a preensão ulnar/palmar, é capaz de aproximar-se dos objetos com uma das mãos, tem a liberação voluntária para transferir objetos entre as mãos. No final desse período, a preensão de objetos torna-se radial/palmar (RATLIFFE, 2000; SHEPHERD, 2002).

Desenvolvimento motor no terceiro trimestre

No terceiro trimestre, dos 7 aos 10 meses, a criança é capaz de se movimentar constantemente. Na postura supina, o bebê é capaz de se transferir para prono com o movimento de rolar. O rolar acontece progressivamente, sendo que primeiramente é em bloco, ao deslocar a cabeça e o ombro o corpo todo gira simultaneamente, mais tarde ele inicia o rolar com dissociação de cinturas.

A postura supina já não é tão aceita, só ficando nessa posição quando algo lhe interessa. Nessa época, o bebê está aprendendo a se equilibrar na postura lateral e usa o rolar e o engatinhar como meio de locomoção. Na postura prona, o bebê realiza o pivoteio, postura muito segura para ele. O bebê realiza a flexão lateral do tronco e brinca na posição deitado de lado (SANT; GOLDBERG, 2002).

A posição sentada sem suporte é realizada com mais segurança. A criança ocasionalmente inclina-se para frente sobre as mãos para apoiar-se, pois agora usa as mãos para alcance de brinquedos e outros objetos, bater palmas, etc (RATLIFFE, 2000).

Figura 7 – Criança com 8 meses de idade sentada sem apoio

Nesta postura ainda não há mobilidade adequada nos quadris, portanto a criança ainda não se senta de lado. As extremidades inferiores ainda podem ser usadas para estabilidade, sentando em buda. A criança transfere-se, arrastando-se sentada, atritando as nádegas ao chão. Da postura sentada, o bebê é capaz de transferir-se para a postura de gato com facilidade. Agora usa os braços para virar-se de lado, transferindo o peso das nádegas para as mãos. A parte inferior do tronco e as nádegas são levantadas da superfície de apoio e rodas para o lado em uma postura simétrica em quatro apoios. Nessa posição, o bebê faz o balanceio, que fornece intensos estímulos sensoriais para as extremidades superiores e inferiores e também ao aparelho vestibular. Nessa idade, as crianças podem assumir a posição de urso, o que requer grande controle da musculatura do quadril. A posição em pé é a favorita nessa idade. Inicialmente, ela é caracterizada por uma posição fletida e instável do quadril. Posteriormente, os quadris são tracionados para frente, na linha dos ombros, e a posição em pé torna-se cada vez mais estável. No início, as crianças

acabam caindo para se sentarem, mas após um período, aprendem como passar da postura em pé para sentado. A posição de joelho para a em pé é bastante praticada nessa idade, isso influi muito na força de membros superiores, para puxar-se para levantar (GALLAHUE; OZMUN, 2001; SANT; GOLDBERG, 2002).

A criança usa a força das extremidades superiores para impulsionar e proteger seu corpo, enquanto continua a desenvolver mais mobilidade e controle da pelve e dos quadris. Logo começa a ganhar equilíbrio nessa posição devido aos balanceios, transferências de peso, andar lateral apoiado. Ao final dessa fase, a criança pode começar a subir degraus baixos, aproveitando-se da maior habilidade em fletir os quadris e de liberar uma extremidade inferior do peso. Ao segurar-se na mobílias para locomover-se, usa de modo alternado os pés fixos e uma postura de flexão plantar do pé (DIAMENT *et al.*, 1998; BURNS; MACDONALD, 1999; SANT; GOLDBERG, 2002).

Figura 8 – Criança com 8 meses de idade em pé com apoio

Nessa fase do desenvolvimento, dos 7 aos 10 meses, a criança tem o desenvolvimento da preensão radial/digital, usa a preensão inferior em pinça, estende o punho ativamente, consegue apontar com o dedo indicador e tem a liberação de objetos mais refinada (RATLIFFE, 2000; SHEPHERD, 2002).

Do 11° mês até o 13°, 14° mês, a criança está finalmente andando. As posturas supino e prono tornam-se transitórias, e raramente a criança permanece nessas posições (RATLIFFE, 2000). O engatinhar é alternado e dissociado. A posição de urso fica cada vez mais estável, a criança engatinha com os membros superiores e inferiores estendidos (SANT; GOLDBERG, 2002; SHEPHERD, 2002).

A posição sentada é uma posição muito funcional, nesse período. As habilidades de equilíbrio tornam-se muito bem desenvolvidas nessa posição. A criança locomove-se dessa posição para a de gato, locomove-se nessa posição arrastando o bumbum, passa da posição para ajoelhado, pode sentar-se de lado e em "w", devido ao aumento da mobilidade e do equilíbrio.

Figura 9 – Criança sentada em W

A posição em pé é a preferida. A partir dessa posição, a criança locomove-se para todas as posições (SANT; GOLDBERG, 2002).

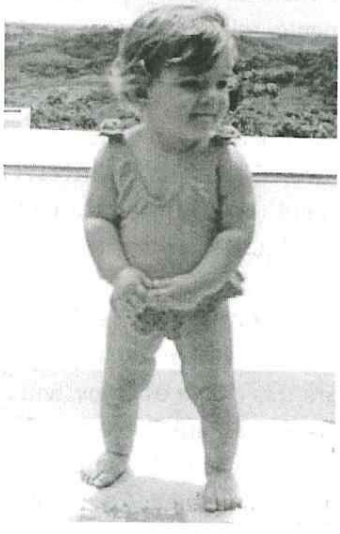


Figura 10 – Criança em pé sem apoio

Os passos iniciam-se na direção diagonal para frente ou na direção lateral com apoio. Apenas com o tempo, ela faz os movimentos corretos de perna para uma direção mais dianteira; progride da locomoção com as duas mãos apoiadas para a locomoção com apenas uma das mãos para apoio; após esse momento, encoraja-se e dá alguns passos sem o apoio das mãos. Esses últimos são novamente na diagonal e com uma base de apoio bastante alargada. Além disso, podem ser apoiados em ponta de pé. O padrão de marcha ainda é imaturo, com tendência à flexão lateral de tronco para avançar a perna em vez de usar um padrão maduro de transferência de peso. Os braços são mantidos em posição de proteção superior, o que ajuda a manter a estabilidade e o controle. Nessa fase, a criança acha difícil carregar um brinquedo nas mãos devido à necessidade do uso das extremidades superiores para estabiliza-

ção. A posição em pé independente torna-se uma característica consistente no repertório motor da criança, causando, desse modo, mais quedas, porém ela aprende a recuperar-se rápida e habilidosamente para terminar a atividade anterior. Ao final do primeiro ano, a posição em pé fica mais estável. As posições de proteção superior e apoio externo são menos necessárias, por isso consegue segurar objetos nas duas mãos sem problemas, consegue abaixar-se para recuperar um brinquedo do chão sem apoio externo e pode tentar levantar-se na ponta dos pés para alcançar um objeto no alto. A criança transfere mais peso lateralmente, aumentando assim cada vez mais o seu equilíbrio. A locomoção torna-se progressivamente suave e coordenada. Pode-se observar um progressivo estreitamento da base de suporte e passos na direção dianteira, com um padrão calcanhar-ponta de contato dos pés. Os braços movem-se da proteção superior para a mediana e, finalmente, para a proteção inferior, com um natural balanceio alternado de braços aparecendo eventualmente. Dentro de pouco tempo depois do início da locomoção, a criança ganhará a habilidade de levantar-se independentemente, rolando da posição prona, subindo com as mãos e com os joelhos, assumindo a posição de flexão plantar e empurrando-se com os braços para alcançar uma posição em pé independente. Subir e descer dos objetos, e engatinhar para cima e para baixo de degraus tornam-se uma rotina (BURNS; MACDONALD, 1998; DIAMENT *et al.*, 1998; SANT; GOLDBERG, 2002).

Segundo Sant e Goldberg (2002), a criança continua a praticar e a refinar muitas habilidades motoras adquiridas, durante o primeiro ano de vida.

Desenvolvimento motor entre os 12 e 24 meses

Para Ratliffe (2000), dos 12 aos 15 meses a criança anda sem apoio, a marcha é rápida, a criança anda para trás e para os lados, tem a capacidade de inclinar-se para olhar entre as próprias pernas, atira objetos na posição sentada. Quanto às atividades mais finas, a criança é capaz de marcar o papel com o lápis, constrói torres usando dois cubos, vira um pequeno recipiente para tirar o conteúdo.

Dos 16 aos 24 meses, a criança consegue agachar-se, sobe e desce escadas dando uma das mãos com ambos os pés no degrau, dá impulso para andar sobre os brinquedos com rodas e para pular de uma altura de 30 cm, chuta bola, atira a bola para frente, apanha brinquedos do chão. As atividades mais finas típicas dessa idade são dobrar papel, enfiar contas, empilhar seis cubos, copiar traços verticais com lápis, segurar o lápis entre o polegar e os dedos (BURNS; MACDONALD, 1999; RATLIFFE, 2000).

Aos 2 anos, a criança já anda de triciclo, anda na ponta dos pés, inicia o correr, sobe e desce escadas alternando os pés, pula em um pé só, é capaz de girar maçanetas, abrir e fechar garrafas, abotoar botões grandes, dobrar papel e roupas (RATLLIFE, 2000).

A partir dos 2 anos, as atividades mais simples vão dando lugar às mais complexas, a motricidade fina cada vez mais se aperfeiçoa e a marcha torna-se mais estável.

Alterações no desenvolvimento sensório-motor

Entende-se por desenvolvimento sensório-motor anormal como aquele que não evolui de maneira adequada, ou seja, que não progride, podendo parar em determinada etapa ou até regredir.

Para Bobath (1989), padrões anormais de desenvolvimento podem ser definidos como aqueles não vistos em nenhum estágio do desenvolvimento de um recém-nascido normal a termo.

Para Flehmig (1987), variações da evolução normal do desenvolvimento podem ocorrer, sem que se deva esperar um retardo no desenvolvimento da criança.

Várias podem ser as causas de alterações do desenvolvimento sensório-motor da criança, começando por fatores genéticos (congênitos, hereditariedade) até os ambientais (fatores físicos, químicos).

Segundo Andraca *et al.* (1998), se as condições genéticas e pré-natais forem favoráveis, a criança contará com um ótimo potencial físico e psicológico. Ao contrário, uma condição genética adversa ou um cuidado pré-natal insuficiente estabelece bases para vulnerabilidade do desenvolvimento. Dependendo da severidade da condição adversa, o desenvolvimento pode ser afetado irreversivelmente ou apresentar somente uma alteração, podendo até alcançar as metas evolutivas. Fatores como a prematuridade, o nascimento com baixo peso, má nutrição, pais adolescentes ou idosos, depressão materna e problemas psiquiátricos dos pais são alguns fatores de risco que podem levar a alterações no desenvolvimento infantil.

Ratliffe (2000) relata outros fatores de risco no desenvolvimento infantil: patologias pré-natais, transmitidas da mãe para o feto; causas genéticas; causas perinatais, como circular de cordão, parto prolongado; causas pós-natais, como icterícia, infecções, traumas.

Para Martins e Graminha (1997), esses fatores resultam em danos biológicos e podem aumentar a probabilidade de prejuízo no desenvolvimento. As experiências de vida ligadas às condições precárias de saúde, à falta de recursos sociais e educacionais, aos estressores familiares e às práticas inadequadas de cuidado e educação também são consideradas como integrantes de risco ambiental que influenciam no desenvolvimento da criança. As autoras descrevem que o risco não é uma condição única, mas envolve uma variedade de condições e pode assumir graus de severidade variados.

Segundo Silva, Cursino e Dias (1993), tem crescido a freqüência dos fatores de riscos na população de mais baixa renda. Para Martins e Graminha (1997), o status sócio-econômico relaciona-se fortemente com as outras variáveis ambientais que, comprovadamente, afetam o desenvolvimento.

Os quadros que as crianças com alterações no desenvolvimento sensório-motor podem apresentar variam conforme a gravidade do caso: atraso no desenvolvimento neuropsicomotor; alteração de tônus e reflexos; alteração de sensibilidade; alteração de posturas, equilíbrio, coordenação; atrofias musculares; deformidades

articulares; déficits de linguagem e de interação social; dificuldade de adaptação social, déficits de habilidades intelectuais, dificuldade de aprendizagem e agitação/ inquietude (SILVA; CURSINO; DIAS, 1993; MARTINS; GRAMINHA, 1997).

A recuperação funcional de uma criança com atraso no desenvolvimento sensório-motor dependerá de diferentes fatores tais como: a precocidade do início de um programa de reabilitação, dos estímulos ambientais recebidos, do período de tempo diário despendido para a reabilitação associada aos aspectos emocionais e motivacionais de cada um. O local e a extensão da lesão bem como a idade do indivíduo, também, devem ser considerados fatores influenciadores na recuperação.

Em relação à precocidade no atendimento, se sabe que a maneira como se posiciona, manuseia e transporta a criança são essenciais para possibilitar um desenvolvimento adequado. Não adianta a criança ser atendida periodicamente por uma equipe de reabilitação se grande parte do dia essa permanece em casa e, geralmente, recebendo estímulos inadequados. Apenas os momentos de terapia não são suficientes para suprir todas as necessidades das crianças deficientes. Para o bebê com necessidades especiais conseguir progredir, é preciso a participação ativa e colaboração de todas as pessoas que convivem com ela, pois é importante posicioná-la e movimentá-la corretamente em todos os momentos seja na escola, na terapia, em casa e nas atividades de recreação.

Conclusão

As crianças com atraso no desenvolvimento sensório-motor tem menos oportunidade do que a criança normal para aprender por tentativa e erro, devido às alterações de tônus e postura que ocorrem durante a realização das atividades. Um movimento só é repetido e generalizado quando se sente prazer ao experimentá-lo, o que não se verifica nas crianças que apresentam alterações sensório-motoras.

Nesses casos, quando não contamos com a colaboração da família, o desenvolvimento continua a ocorrer, porém de forma lenta e alterada.

Os padrões de movimentos adequados são aprendidos quando permitimos que o bebê experimente sensações agradáveis e evitamos a fixação dos padrões patológicos, por meio de posicionamento e manuseio adequado.

Referências

ANDRACA, I. *et al.* Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor en lactentes nacidos en óptimas condiciones biológicas. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v.32, n.2, p. 138-47, abril de 1998.

BOBATH, K.; BOBATH, B. **Desenvolvimento motor nos diferentes tipos de Paralisia Cerebral.** 3.ed. São Paulo: Manole, 1989. p.1-19.

BURNS, Y.R.; MACDONALD, J. **Fisioterapia e crescimento na infância.** São Paulo: Santos, 1999. p. 3-4.

CASTILLO, A.P.; SANZ, M.J.M.; ZARRABE, J.A.A. Distal deletion at 11q and language delay. **Ann. Esp. Pediatr.**, Espana, n. 30, p.242-4, 1998.

DIAMENT, A.; CYPEL, S. **Neurologia infantil.** 3.ed. São Paulo: Atheneu, 1998. p. 50-150.

FLEHMIG, I. **Desenvolvimento normal e seus desvios no lactente:** diagnóstico e tratamento precoce de nascimento até o 18. Mês. São Paulo: Atheneu, 1987. Trad. Dr. Samuel A. Reis.

GALLAHUE, D.L.; OZMUN, J.C. **Compreendendo o desenvolvimento motor:** bebês, crianças, adolescentes e adultos. Tradução: Maria Aparecida de S. Pereira de Araújo. São Paulo: Phorte, 2001. p. 6 – 29.

GOLEMAN, D. **Inteligência emocional:** a teoria revolucionária que redefine o que é ser inteligente. 25.ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1995.

GONTIJO, A.P.B. Teoria neuromaturacional versus abordagem dos sistemas dinâmicos. **Rev. de Fisioterapia da PUC-PR.** Curitiba, v.11, n.1, p.121-36, abril/setembro/98.

MARTINS, M.A.O.; GRAMINHA, S.S.V. Condições adversas na vida de crianças com atraso no desenvolvimento. **Rev. Medicina, Ribeirão Preto.** Ribeirão Preto, v.30, n.2, p. 259-267, abr/jun de 1997.

MORAES, M.C.L.; MORON, A.F. Alguns pressupostos teóricos para "um emprego" do conceito de desenvolvimento. **Rev. Bras. Cresc.** Hum., São Paulo, v.1, n.9, p.35-40, 1999.

RATLIFFE, K.T. **Fisioterapia clínica pediátrica:** guia para a equipe de fisioterapeutas. São Paulo: Santos, 2000. p.219-73.

SANT, A.V.; GOLDBERG, C. Desenvolvimento motor normal. In: TECKLIN, J.S. **Fisioterapia Pediátrica.** 3.ed. Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 13-34.

SHEPHERD, R.B. **Fisioterapia Pediátrica.** 3.ed. São Paulo: Santos, 2002. p. 4-42.

SILVA, R.C.; CURSINO, E.A.; DIAS, L.B.S. Acompanhamento do desenvolvimento psicomotor infantil em unidades básicas de saúde. **Psicologia: teoria e pesquisa.** v.9., n.3., p.521-34, set/dez de 1993.

VIGIANO, A.P. *et al.* A importância em estimular as fases do desenvolvimento motor normal de 0 a 18 meses. **Rev. de Fisioterapia da PUC-PR.** Curitiba, v.10, n.2, p. 31-43, out/97-mar/98.

CAPÍTULO 5

CRESCIMENTO DAS ESTRUTURAS E DESENVOLVIMENTO DAS FUNÇÕES DO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

Cristiane Faccio Gomes

O Sistema Estomatognático (SE) abrange as estruturas orais estáticas (arcos dentários, maxila, mandíbula, osso hióide e ossos cranianos) e dinâmicas (músculos, espaços orgânicos, nervos e vasos sangüíneos) que desempenham as chamadas Funções Neurovegetativas - sucção, mastigação, deglutição, respiração, fonação e expressão facial. Todas as estruturas estão interligadas, de modo que se houver uma desordem em alguma delas, todas apresentarão uma desorganização ou desequilíbrio (BIANCHINI, 1994; TANIGUTE, 1998).

As funções do SE amadurecem e mudam com o desenvolvimento do indivíduo, mas várias funções vitais já devem estar adequadas ao nascimento, tais como, sucção, deglutição, respiração e a coordenação entre elas. Para que haja crescimento e desenvolvimento crânio-facial, há necessidade tanto de estímulos genéticos como de estímulos externos, que são oferecidos através da realização adequada das Funções Neurovegetativas, sendo que os estímulos que os músculos proporcionam são considerados os maiores responsáveis pelo crescimento, pois realizam uma tração sobre os ossos, promovendo crescimento ou desgaste, dependendo do local de tração (TANIGUTE, 1998).

A sucção é a primeira função exercida pelo SE, inicialmente como um reflexo inato controlado pela ponte e medula, podendo ser observado no feto com 16 semanas e que torna-se volitivo com o amadurecimento neural. De acordo com Valdés *et al.* (1996), o recém-nascido tem sua boca adaptada funcional e anatomicamente para ser amamentado, isto é, os lábios, maxilares, gengivas, língua, almofadas de gordura das bochechas, palato duro, mole e epiglote formam uma estrutura anatômica que ordenha o leite dos seios lactíferos.

Diversos autores descreveram a anatomia facial e o mecanismo de sucção do recém-nascido, relatando que o bebê, ao nascer, apresenta a mandíbula retraída em relação à maxila, língua volumosa em relação à cavidade oral, ocupando-a toda e permitindo que o recém-nascido apresente respiração nasal.

Ao abocanhar o seio, seus lábios aproximam-se pela ação do músculo orbicular oris, onde o mamilo e parte da aréola são envolvidos por cima, pelo lábio superior, e por baixo, pela ponta da língua e lábio inferior. A porção posterior da língua adquire uma postura elevada, funcionando como um mecanismo oclusivo língua-palato mole, estabelecendo uma pressão negativa intra-oral e possibilitan-

https://doi.org/ 10.36311/2009.978-85-98176-22-2.p58-71

do, assim, uma pega correta (WOOLRIDGE, 1986; HANSON; BARRETT, 1995; ENLOW; HANS, 1998; NAYLOR *et al.*, 2001).

Neste processo, o mamilo é comprimido e achatado pela língua contra a papila palatina, sendo que seus orifícios permanecem voltados para cima, realizando um estímulo sensório-motor no terço anterior da língua. Esta pressão, agora positiva, é formada também pelo rebaixamento, ântero-posteriorização e elevação da mandíbula (músculos masseter, digástrico, temporal, pterigóideo interno e externo), facilitando a extração do leite e fazendo com que a língua tome posição de concha (pela elevação das bordas laterais e ponta da língua), visando o controle da quantidade de leite a ser deglutido.

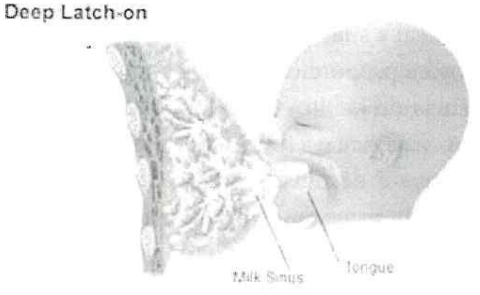


Figura 1- Mecanismo de sucção no seio materno

Segundo Palmer (1993) e Madeira (2001), os músculos da mastigação mais importantes são: masseter, temporal, pterigóideo medial e lateral.

O músculo masseter é o músculo responsável pela elevação da mandíbula com maior potência, já que é caracterizado como um músculo de força, resistente à tração.

O músculo temporal é mais caracterizado como músculo de movimento do que de força e sua função também é elevar a mandíbula pelo seu conjunto de fibras engajadas juntamente com as do masseter e pterigóideo medial.

O músculo pterigóideo medial também possui função de elevação da mandíbula associada à função de deslocá-la para frente, assim como o pterigóideo lateral, num movimento de protrusão. Entretanto, quando age sozinho, o pterigóideo lateral é responsável pelos movimentos de lateralidade da mandíbula.

Qual o papel do aleitamento materno nesse processo?

No que se refere ao crescimento e desenvolvimento do aparelho estomatognático, Araújo (1988), Carvalho (1999), Fernandes (2000), Matida (2000), Valdés (s/d), relataram que o crescimento facial harmônico ocorre pelos movimentos realizados pelo bebê na ordenha, momento em que os maxilares são estimulados a crescer de forma bem direcionada. Além disso, o aleitamento materno proporciona amadurecimento oral, estimulando a tonicidade muscular e o desenvolvimen-

to da Articulação Têmporo-Mandibular (ATM), promovendo espaço suficiente para a erupção dos dentes.

De acordo com Palmer (1998), a amamentação melhora o desenvolvimento mandibular, fortalece a musculatura do queixo, amolda o palato duro em forma de *U* pela flexibilidade do tecido mamário humano, alinhando os dentes corretamente e reduzindo a incidência de má oclusão, além de prevenir a ocorrência de deglutição atípica, já que a ação da língua no aleitamento materno é caracterizada por movimentos peristálticos e não de pistão ou de apertar, como ocorre na sucção da mamadeira.

A amamentação favorece o desenvolvimento do aparelho estomatognático para que posteriormente a criança realize a mastigação de maneira efetiva. Além disso, o recém-nascido mantém a respiração nasal, impedindo a instalação da Síndrome do Respirador Bucal e suas conseqüências.

A estabilidade psicológica proporcionada pela amamentação ao seio contribui na diminuição da prevalência de hábitos orais inadequados, prevenindo maloclusões que podem vir a afetar a estética e a função buco-maxilo-facial (VALDÉS, s/d).

O adequado crescimento e desenvolvimento do aparelho estomatognático certamente refletirá na fala da criança, já que a boca se constitui no principal órgão articulador, e a fala adequada depende da posição e mobilidade da língua, presença e posição dos dentes, mobilidade de lábios e bochechas e posição mandibular, com a finalidade de promover um espaço intra-oral adequado para a articulação dos sons e ressonância (TANIGUTE, 1998).

A amamentação previne também problemas relacionados à linguagem, de acordo com Menks (1977), Lucas (1992), OMS, OPAS e UNICEF (1993), Lanting e Fidler (1994), Temboury *et al.* (1994), Horwood e Fergusson (1998), Andalaft *et al.* (1999) e Anderson, Johnstone e Remley (1999).

Segundo Lana (2001), o aleitamento materno está associado a um melhor desenvolvimento mental, comportamental, neuromotor e da linguagem.

Outro fator significante é o contato mãe/bebê promovido no aleitamento, no qual o bebê é estimulado e, de acordo com pesquisas realizadas por Horwood e Fergusson (1998), Jacobson, Chiodo e Jacobson (1998), tornam-se mais inteligentes do que bebês não amamentados ou amamentados por curtos períodos de tempo. Pode-se supor, então, que o aleitamento materno favorece o desenvolvimento da linguagem.

De acordo com pesquisas realizadas internacionalmente (HORWOOD; FERGUSSON, 1998; ANDERSON; JOHNSTONE; REMLEY, 1999; JACOBSON *et al.*, 1999), bebês amamentados apresentam maiores níveis de desenvolvimento cognitivo do que os alimentados com fórmulas infantis. Teruya e Coutinho (2001) referiram que em diversas pesquisas foram verificados níveis significativamente mais elevados de função cognitiva entre crianças amamentadas, sendo que os benefícios no desenvolvimento cognitivo aumentaram com a duração do aleitamento materno.

Um dos fatores extrínsecos relacionados à ocorrência de otite média (OM) recorrente em crianças é a diminuição do tempo de aleitamento materno. O leite

materno proporciona o aporte de imunidade nutricional, diminui a aderência de bactérias na rinofaringe e previne a sensibilização de alérgenos, o que caracteriza um fator protetor contra a otite média (MENKS, 1977; BROAD, 1979; ANDALAFT *et al.*, 1999). Para os autores, a postura para amamentar também é considerada como fator de risco em crianças menores de um ano, devido à horizontalização da tuba auditiva e seu pequeno comprimento, facilitando o refluxo de leite e líquidos para a orelha média.

Orientações gerais para promover o aleitamento materno de modo eficaz

Para que haja sucesso no aleitamento materno, Valdés *et al.* (1996); King (1997); Teruya e Serva (2001), Cordeiro (2001) forneceram valiosas informações quanto à higiene, local para amamentar, posições, formas de retirar o bebê do seio, entre outras. Para os autores, inicialmente a mãe deve prender o cabelo e lavar bem as mãos com água e sabão. Além disso, deve manter as unhas curtas para não machucar o bebê e para que não haja deposição de sujidade.

O local para amamentar é de extrema importância: deve ser silencioso, com luminosidade controlada, sem correntes de ar; a mãe deve sentar-se confortavelmente, levando o bebê ao seio (e não o seio ao bebê), com o objetivo de ocorrer uma adequada descida de leite e também para que mãe e bebê possam interagir de maneira adequada.

A posição deve ser a mais confortável para ambos, podendo ser sentada, encostada ou deitada. Uma ressalva à posição deitada diz respeito ao risco de otite para o bebê, devido à tuba auditiva ser mais horizontalizada que no adulto e haver possibilidade do leite adentrar no ouvido médio e causar infecção; por isso, deve-se sempre manter a cabeça do bebê mais elevada que o restante do corpo.

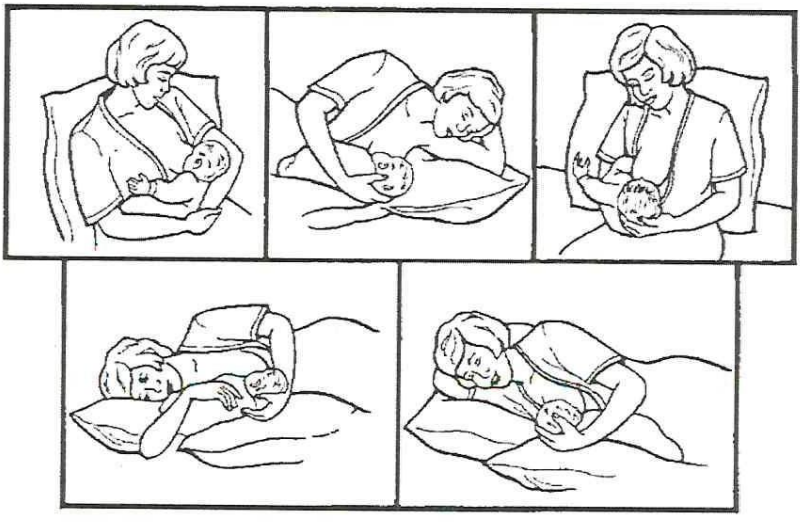


Figura 2: posições adequadas para amamentação.

Antes de fixar o bebê ao seio, é importante verificar se a aréola está flácida, possibilitando a pega correta da mama e a retirada de leite de forma eficiente. Se a mama estiver cheia, faz-se necessário realizar uma breve ordenha manual para *amaciar* a aréola.

O bebê pode ser posicionado em decúbito lateral sobre um dos antebraços da mãe e a cabeça deste deve apoiar-se na parte interna do ângulo que o braço forma com o antebraço da mãe. Além disso, o bebê deve estar orientado no mesmo sentido que o eixo do corpo materno, ou seja, deve estar posicionado *barriga com barriga*, evitando dores no pescoço e cansaço durante a amamentação.

A mãe deve oferecer a mama ao bebê com a mão em forma de C (dedo polegar colocado na parte superior e os outros quatro dedos na parte inferior) por trás da aréola e desta forma levar o mamilo a estimular os lábios do bebê, desencadeando o reflexo de procura. O bebê, então, deverá abrir a boca e abaixar a língua e só então a mãe deverá atraí-lo até o seio. O mamilo e parte da aréola devem ficar introduzidos na boca do bebê para que ocorra uma ordenha eficiente.

A orientação de Valdés *et al.* (1996), bem como da OMS, OPAS e UNICEF (1993) é que o aleitamento materno seja oferecido sob livre demanda, isto é, sempre que o bebê solicitar (sem horários fixos) e durante o período de tempo que ele necessitar, para que esvazie toda a mama; então, pode-se oferecer a outra mama. Esta orientação para permitir que o bebê esgote a mama possui uma importante explicação: o leite do início da mamada é rico em água e sais minerais para saciar a sede do bebê. Durante a mamada há maior quantidade de proteína e no final da mamada há maior concentração de gordura, que fornecerá o necessário para o crescimento e ganho de peso do bebê, dando o sinal de saciedade pela presença da gordura (KING, 1997).

Se o bebê não esvaziar a mama poderá chorar de fome logo em seguida, o que dará a impressão de que o leite não sustenta, é pouco, fraco ou que o bebê não aceita o leite materno. Por isso, a mãe deve ser informada sobre esta transformação do leite durante a mamada. Nos casos em que a mãe necessitar retirar o bebê do peito antes do final da mamada, esta deve introduzir o seu dedo indicador pela comissura labial da boca do bebê até os maxilares, pressionando suavemente a mandíbula, de tal maneira que o dedo substitua por um momento o mamilo. Esta manobra evita que ocorra fissura mamilar, visto que existe uma pressão na cavidade oral do bebê (VALDÉS *et al.*, 1996).

Após os seis meses, a mãe deve iniciar a alimentação complementar, porém deve manter o aleitamento materno. Giugliani e Victora (2000) afirmam que ao iniciar alimentação complementar, esta deve ser oferecida em copo ou colher, evitando os bicos artificiais, o que favorecerá o crescimento e desenvolvimento do Sistema Estomatognático.

Os alimentos complementares devem ser oferecidos à criança utilizando colher e copo. Atualmente, tem se desaconselhado o uso de mamadeiras para a oferta de qualquer alimento, por ser uma fonte de infecção, por reduzir o tempo

de sucção das mamas, interferindo com a amamentação sob livre demanda, e a possibilidade de alterar a dinâmica oral.

Uso de bicos artificiais e sua influência no sistema estomatognático

O aleitamento artificial por mamadeira, além de diversas doenças, pode acarretar patologias de caráter fonoaudiológico, independentemente do tipo de bico utilizado (ortodôntico ou não). Algumas das patologias encontradas são deglutição atípica (BARBOSA; SCHONBERGER, 1996; MAZZAFERA *et al.*, 1997), alterações de tonicidade e postura oral (RIGHARD; ALADE, 1992; BARBOSA; SCHNONBERGER, 1996), alterações no reflexo de sucção e deglutição (CARVALHO, 1999), alterações de fala, alterações no desenvolvimento dos maxilares (LARSSON, 1998), dentre outros.

Na sucção da mamadeira os movimentos realizados são apenas de abertura e fechamento da mandíbula, sem a participação dos músculos responsáveis pela ordenha do leite e há participação excessiva dos músculos bucinadores e língua. A maloclusão é apontada como resultado da falta de estímulo ortopédico-funcional e miofuncional, especialmente em virtude da falta de exercício muscular proporcionado pelo aleitamento materno (OMS, s/d; MASCARENHAS; MORAES; FURTADO FILHO, 2002).

Sabe-se que o uso da mamadeira leva ao desmame precoce, pois o bebê poderá apresentar *confusão de bicos*, ou seja, apresentar dificuldades de pega e ordenha da mama pelo contato com bicos artificiais, que modificam o padrão de sucção e a musculatura envolvida no aleitamento materno. Além disso, o oferecimento de leite artificial diminui a freqüência das mamadas e, conseqüentemente há diminuição na produção de leite.

Para Mascarenhas, Moraes e Furtado Filho (2002), a introdução da mamadeira pode modificar o padrão de sucção do bebê, antecipar o desmame e resultar no desenvolvimento de hábitos orais deletérios que, permanecendo até a idade escolar, trarão transtornos também à saúde bucal das crianças. Existem evidências de que há risco de aspiração do leite, já que os bebês não possuem controle motor para retirar voluntariamente a mamadeira da boca quando necessário.

Apesar de todas as desvantagens citadas, Giugliani e Victora (1997) e Brasil (2002), destacaram que a mamadeira ainda é oferecida no primeiro mês de vida a cerca de 1/3 das crianças brasileiras. Entre dois e sete meses, o uso deste utensílio chega a 60%, persistindo em 30% no segundo ano de vida, mesmo que estas crianças já estejam consumindo a alimentação familiar.

O uso da chupeta também acarreta inúmeras infecções e patologias no recém-nascido e criança pequena como otites médias (JACKSON; MOURINO,1999; LUTAIF, 1999) e diarréia devido à contaminação ou higienização inadequada da chupeta (HELSING; KING, 1985; VICTORA *et al.*, 1992; TOMASI; VICTORA; OLINTO, 1994; TOMASI *et al.* 1994; CLEMENS *et al.*, 1997; CLEMENS *et*

al., 1999). Além disso, há um aumento no índice de Síndrome da Morte Súbita do Recém-Nascido quando este faz uso de chupeta precocemente (BLAIR *et al.*, 1999; FLEMING *et al.*, 1999).

A ocorrência de desmame precoce se dá pelo fato dos bebês que utilizam bicos artificiais terem maior risco de rejeitar o seio materno e abandoná-lo, tanto pela ocorrência da *confusão de bicos* ocasionada pelo bico artificial, quanto pelo fato da musculatura do bebê perder tonicidade e postura, bem como pela diminuição na produção de leite gerada pela diminuição da freqüência de amamentação (VICTORA *et al.*, 1993; BARROS *et al.*, 1995; NEIFERT; LAWRENCE; SEACAT, 1995; VICTORA *et al.*, 1997; AARTS *et al.*, 1999; HOWARD *et al.*, 1999).

As crianças que não fazem uso de chupeta possuem uma chance quatro vezes maior de estar sendo amamentadas até os seis meses quando comparadas com crianças que utilizam-se do bico constantemente (LANA, 2001).

Bebês que sugam chupeta também possuem maiores chances de desenvolver problemas ortodônticos e de motricidade oral, pois os bicos pressionam o palato, tornando-o estreito e profundo, levando a um mau alinhamento dos dentes e alteração da sobreposição dentária, acarretando também um desequilíbrio da musculatura oral (SERRA-NEGRA; PORDEUS; ROCHA JÚNIOR, 1997; AARTS *et al.*, 1999; LANA, 2001).

Além das desvantagens citadas anteriormente, Glória (1991) detectou a presença de substâncias *N-nitrosaminas*[1] nos bicos de mamadeiras e chupetas, que são potentes agentes cancerígenos, embriopáticos, teratogênicos e mutagênicos.

Uso do copo na prevenção do desmame precoce e do uso de bicos artificiais

O aleitamento por copo é definido como um método de alimentação com leite materno utilizando um copo pequeno, sem que o bebê seja colocado na mama. Embora este método pareça novo, ele é utilizado há anos, especialmente em países em desenvolvimento, com o objetivo de proporcionar uma alimentação segura nos casos em que os meios de esterilização de mamadeiras e bicos não sejam seguros ou quando as sondas gástricas não estejam disponíveis.

Figura 3: aleitamento com copo.

[1] Muitos compostos químicos podem ser a causa primária do desenvolvimento cancerígeno e são denominados cancerígenos químicos. Dentre eles encontra-se as N-nitrosaminas (ARAÚJO, 2000).

Em artigo sobre o uso da xícara, Armstrong (1998) destacou que em muitos países são administrados suplementos líquidos sem o uso da mamadeira através de xícaras e colheres, pois trata-se de utensílios facilmente encontrados em qualquer residência, de baixo custo e podem ser higienizados adequadamente com água e sabão, ao contrário da mamadeira, que necessita de escovas especiais, fervura e esterilização. Além disso, a postura adotada na alimentação com uso da xícara previne patologias como otites médias e evita cáries pelo fato de não haver possibilidade de escoramento da xícara, como ocorre com a mamadeira.

O objetivo do uso do copo é evitar o contato com outros bicos artificiais, proporcionar alimentação segura na ausência materna e realizar complementação após a mamada. Durante o aleitamento por copo o bebê mantém os níveis de oxigênio e a estabilidade quando comparado com bebês em aleitamento por mamadeira (HOWARD *et al.*, 1999; TAMEZ, 2002).

De acordo com Kuehl (1997), uma das vantagens do aleitamento por copo consiste em requerer menor gasto de energia por parte do neonato do que o aleitamento por mamadeira. Além disso, os movimentos da língua e mandíbula realizados são semelhantes aos movimentos necessários ao aleitamento materno bem-sucedido. Isto sugere que o aleitamento por copo possa ser uma oportunidade para que o bebê, especialmente o prematuro, desenvolva a musculatura necessária a estes movimentos. Finalmente, o uso deste método pode evitar a chamada *confusão de bicos*, o uso da mamadeira e conseqüentemente o desmame.

Os copos oferecem menores condições para as bactérias se multiplicarem e possibilitam que a mãe ou outra pessoa tenha mais contato com o bebê, promovendo maior estimulação psicológica do que com a mamadeira, de acordo com Lana (2001).

O método compreende na inclinação do copo de forma que o leite somente toque os lábios do bebê, fazendo com que a estimulação sensorial ocorra primeiramente no lábio inferior. Neste caso, o bebê regula sua própria ingesta e isto requer pouca energia, além de preparar a fase oral da digestão pela liberação de lipases linguais. (LANG; LAWRENCE; L'E ORME, 1994; KING, 1997).

O estudo realizado por Gomes (2005) com 60 lactentes a termo e sem intercorrências, utilizando eletromiografia com eletrodos de captação de superfície nos músculos masseter, temporal e bucinador, objetivou mensurar e comparar a atividade muscular em aleitamento materno, mamadeira e alimentação por copo. Os lactentes foram divididos nos grupos de acordo com o tipo de alimentação corriqueiro e a avaliação eletromiográfica foi realizada no momento da alimentação.

Os resultados revelaram que houve diferenças significativas entre aleitamento materno e mamadeira e entre copo e mamadeira para a ação dos músculos masseter, temporal e bucinador, sendo que no aleitamento materno e por copo observou-se maior atividade muscular do masseter e temporal e menor atividade do bucinador, ao contrário da mamadeira, que revelou maior atividade do bucinador e diminuída atividade de masseter e temporal.

A autora concluiu que houve semelhanças entre a atividade muscular realizada no aleitamento e no copo, referindo que o copo deve ser utilizado como método alternativo e temporário ao aleitamento materno nos momentos de ausência materna e necessidade de complementação e que a mamadeira não deve ser utilizada, já que a atividade muscular é completamente diferenciada, podendo levar ao desmame precoce e a alterações no crescimento das estruturas e desenvolvimento das funções do Sistema Estomatognático.

Referências

AARTS, A. H.; HÖRNELL, A.; KYLBERG, E.; HOFVANDER, Y.; GEBREMEDHIN, M. Breastfeeding patterns in relation to thumb sucking and pacifier use. **Pediatrics**, v. 104, n. 4, p. e50, oct., 1999. Disponível em: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/104/4/e50>. Acesso em out. de 1999.

ANDALAFT, R. B.; GIBBONS, A. P.; PADEIRO, R. M.; RIBEIRO, R. P.; BUENO, L. G. S.; TERUYA, K. M.; MURAHOVSCHI, J. A influência do aleitamento materno no desenvolvimento neuropsicomotor. **Revista Paulista de Pediatria**, v. 17, n. 1, p. 20-4, mar. 1999.

ANDERSON, J. W.L JOHNSTONE, B. M.; REMLEY, D. T. Breastfeeding and cognitive development: a meta-analysis. **American Journal of Clinical Nutrition.**, v. 70, n. 4, p. 525-535, Oct., 1999.

ARAÚJO, M. C. M. **Ortodontia para clínicos**: programa pré-ortodôntico. 4 ed. São Paulo: Santos, 1988. cap. 3.

ARAÚJO, M. E. A.; CYRNE, L.; MARINHO, H. S.; NORBERTO, F. Os compostos N-nitrosos e o cancro. **Boletim da Sociedade Portuguesa de Química**, n. 79, não paginado, out./dez., 2000.

ARMSTRONG, H. Techniques of feeding infants: the case for cup feeding. **Research In Action**, v. 8, não paginado, jun., 1998.

BARBOSA, T. C.; SCHNONBERGER, M. B. Importância do aleitamento materno no desenvolvimento da motricidade oral. In: MARCHESAN, I. Q.; ZORZI, J. L.; GOMES, I. C. D. (Org.) **Tópicos em fonoaudiologia** 1996. São Paulo: Lovise, 1996. v. 3, cap. 28, p. 435-445.

BARROS, F. C. VICTORA, C. G.; SEMER, T. C.; TONIOLI FILHO, S; TOMASI, E.; WIDERPASS, E. Use of pacifiers is associated with decreased breastfeeding duration. **Pediatrics**, v. 95, n. 4, p. 497-499, Apr., 1995.

BIANCHINI, E. M. G. Crescimento e desenvolvimento craniofacial. In: BIANCHINI, E. M. G. **A cefalometria nas alterações miofuncionais orais:** diagnóstico e tratamento fonoaudiológico. 2.ed. São Paulo: Pró-Fono, 1994. cap. 1, p. 5-15.

BLAIR, P. S. ; FLEMING, P. J.; SMITH., I.; PLATT, M. W.; YOUNG, J.; NADIN, P.; BERRY, P. J.; GOLDING, J. Babies sleeping with parents: case-control study of factors influencing the risk of the sudden infant death syndrome. **British Medical Journal**, v. 319,n. 1, p. 1457-1462, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. OPAS. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos.** Secretaria de Políticas de Saúde, OPAS – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 152 p.

BROAD, F. E. Early feeding history of children with learning disorders SIR. **Development Medicine of Children Neurology.**, v. 21, n. 1 p. 822, 1979.

CARVALHO, M. R. de. Mamadeiras e chupetas são desnecessárias . **Artigo do Mês**, 1999. Disponível em: <http://www.alternex.com.br/~ibfanrio>. Acesso em abr. de 1999a.

CLEMENS, J. D.; RAO, M.R.; CHAKRABORTY, J.; YUNUS, M.; ALI, M.; KAY, B.; VAN LOON, F. P.L.; NAFICY, A.; SACK, D. A. . Breastfeeding and the risk of life-threatening enterotoxigenic Escherichia coli diarrhea in Bangladesh infants and children. **Pediatrics**, v. 100, n. 6, p. e2, dec. 1997. Disponível em: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/100/6/e2>. Acesso em dez. de 1997.

CLEMENS, J. D.; ELYAZEED, R. A.; RAO, M.; SAVARINO, S.; MORSY, B. Z.; KIM, Y.; WIERZBA, T.; NAFICY, A.; LEE, J. Early initiation of breastfeeding and the risk of infant diarrhea in rural Egypt.. **Pediatrics**, V. 104, N. 1, p. e3, jul. 1999. Disponível em: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/104/1/e3>. Acesso em jul. de 1999.

CORDEIRO, M. T. Postura, posição e pega adequadas: um bom início para a amamentação. In: REGO, J. D. **Aleitamento materno.** São Paulo: Atheneu, 2001. cap. 10, p. 131-155.

ENLOW, F. H.; HANS, M. G. **Noções básicas sobre crescimento facial.** São Paulo: Ed. Santos, 1998. 304 p.

FERNANDES, F. B. U. **Pensando no bebê:** benefícios, técnicas e dificuldades do aleitamento materno. Rio de Janeiro, 2000. Não paginado. Monografia (Especialização em Motricidade Oral) - Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica. Rio de Janeiro, 2000.

FLEMING, P. J.; BLAIR, P. S.; POLLARD, K.; PLATT, M. W.; LEACH, C.; SMITH, I.; BERRY, P. J.; GOLDING, J. Pacifier use and sudden infant death syndrome: results from the CESDI/SUDI case control study. **Archieves of Disease Childhood**, v. 81, n. 1 p. 112-116, 1999.

GIUGLIANI, E. R. J.; VICTORA, C. G. **Normas alimentares para crianças brasileiras menores de dois anos:** embasamento científico. OMS/OPAS, 1997. 77p.

GIUGLIANI, E. R. J.; VICTORA, C. G. Alimentação complementar. **Jornal de Pediatria**,v. 73, n. 1, suppl. 3, p. s253-262, 2000.

GLÓRIA, M. B. A. N-nitrosaminas em bicos de mamadeiras e chupetas. **Ciência e Cultura**, v. 43, n. 1, p. 44-47, 1991.

GOMES, C. F. **Avaliação eletromiográfica dos músculos masseter, temporal e bucinador de lactentes em situação de aleitamento natural e artificial.** 2005. 178 f. Tese (Doutorado em Pediatria) – Faculdade de Medicina de Botucatu, Botucatu, 2005.

HANSON, M. L.; BARRETT. R. H. **Fundamentos da miologia orofacial.** Rio de Janeiro: Enelivros, 1995. 393 p.

HELSING, E.; KING, F. S. **Breast-feeding in practice.** A manual for health workers. Oxford: Oxford University Press, 1985. p. 191-198.

HORWOOD, L. J.; FERGUSSON, D. M. Breastfeeding and later cognitive and academic outcomes. **Pediatrics,** v. 101, n. 1, p. e9, jan, 1998. Disponível em: <http: www.pediatrics.org/cgi/content/full/101/1/e9>. Acesso em jan. de 1998.

HOWARD, C. R.; HOWARD, F. M.; LANPHEAR, B.; DEBLIECK, E. A.; EBERLY, S.; LAWRENCE, R. A. The effects of early pacifier use on breastfeeding duration . **Pediatrics**, v. 103, n. 3, p. e33, jun, 1999. Disponível em: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/3/e33>. Acesso em jun. de 1999.

JACKSON, J. M.; MOURINO, A. P. Pacifier use and otitis media in infants twelve months of age or younger. **Pediatrics Dentistic.**, v. 21, n. 4, p. 255-260, Jul.-Aug., 1999.

JACOBSON, S. W.; CHIODO, L. M.; JACOBSON, J. L. Breastfeeding effects on intelligence quotient in 4 and 11 years old children. **Pediatrics** v. 103, n. 5, p. e71, may, 1999. Disponível em: <http://www.pediatrics.org/cgi/content/full/103/5/e71>. Acesso em maio de 1999.

KING, F. S. **Como ajudar as mães a amamentar.** Ministério da Saúde: Brasília, 1997. cap. 2, 3 e 4, p. 6-43.

KUEHL, J. Cup feeding the newborn: what you should know. **Journal of Perinatology and Neonatology Nursing**, v.11, n. 2, p. 56-60, 1997.

LANA, A. P. B. **O livro de estímulo à amamentação:** uma visão biológica, fisiológica e psicológica-comportamental da amamentação. São Paulo: Atheneu, 2001. 423 p.

LANG, S.; LAWRENCE, C. J.; L'E ORME, R. Cup: an alternative method for infantile feeding. **Archieve of Disease Childhood**, v. 71, n. 1, p. 365-369, 1994.

LANTING, C. I.; FIDLER, V. Neurological diferences between 9 year-old children fed breast-milk or formula babies. **Lancet**, v. 344, p. 1319-1322, 1994.

LARSSON, E. Orthodontic aspects on feeding of young children. 1. A comparison between Swedish and Norwegian-Sami children. **Sweden Dentist Journal,** v. 22, n. 3, p. 117-121, 1998.

LUCAS, A.; MOKLEY, R.; COLE, T. L.; LISTER, G.; LEESON-PAYNE, C. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born premature. **Lancet**, v. 339, v. 1, p. 261-264, 1992.

LUTAIF, A. P. Chupeta: uso indiscriminado? **Revista CEFAC,** v. 1, n. 1, p. 8-15, 1999.

MADEIRA, M. C. Músculos da face. In: MADEIRA, M. C. **Anatomia da face:** bases anátomo-funcionais para a prática odontológica. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2001. cap. 4, p. 67-95.

MASCARENHAS, C. F; MORAIS, L. M. P.; FURTADO FILHO, J. M. O conhecimento das mães acerca do uso de chupetas e mamadeiras e suas possíveis conseqüências para a saúde das crianças. **Pediatria Atual**, v. 15, n. 7, p. 34-42, julho, 2002.

MATIDA, M. Y. **Amamentação:** uma visão fonoaudiológica. Londrina, 2000. Não paginado. Monografia (Especialização em Motricidade Oral) - Centro de Especialização em Fonoaudiologia Clínica. Londrina, 2000.

MAZZAFERA, B. L.; BONGIOVANNI, M. FRANZOTI, A. J.; MARQUES, P. A. S.; CARVALHO, R. Deglutição atípica X amamentação. In: ENCONTRO NACIONAL DE ALEITAMENTO MATERNO. 1997, Londrina. **Anais...** Londrina, 1997. p. 62.

MENKS, J. H. Early feeding history of children with learning disorders. **Development Medicine of Childhood Neurology.** v. 19, n. 1, p. 169-171, 1977.

NAYLOR, A. J.; DANNER, S.; LANG, S. Development of oral motor function. In: NAYLOR, A. J.; MORROW, A. L. **Developmental readiness of normal full term infants to progress from exclusive breastfeeding to the introduction of complementary foods:** reviews of the relevant literature concerning infant gastrointestinal, immunologic, oral motor and maternal reproductive and lactational development. San Diego: Wellstart International, april 2001. p. 21-26.

NEIFERT, M.; LAWRENCE, R.; SEACAT, J. Nipple confusion: toward a formal definition. **Journal of Pediatrics.**, v. 126, n. 6, p. 125-129, Jun., 1995.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Amamentação e uso de água e chá. Aleitamento online.** Nossos Arquivos. s.d. s.p. Disponível em: <http://www.aleitamento.org.br/chas.htm>. Acesso em 24 de jun. de 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE/UNICEF. **Manejo e promoção do aleitamento materno:** curso de 18 horas para equipes de maternidades. Passo 2. PNIAM, Ministério da Saúde. jan., 1993. 135 p.

PALMER, J. M. Oral cavity. In: PALMER, J. M. **Anatomy for speech and hearing.** 14. ed. Baltimore, Maryland: Williams & Wilkins, 1993. chap. 3, p. 53-90.

PALMER, B. The influence of breastfeeding on the development of the oral cavity: A Comentary. **Journal of Human Lactation,** v. 14, n. 2, p.93-98, 1998.

RIGHARD, L.; ALADE, M. Sucking technique and its effect on sucess of breastfeeding. **Birth,** v. 19, n. 4, p. 185-189, 1992.

SERRA-NEGRA, J. M. C.; PORDEUS, I. A.; ROCHA JR.; J. F. Estudo da associação entre aleitamento materno, hábitos bucais e maloclusões. **Revista de Odontologia da Universidade de São Paulo,** v. 11, n. 2, p. 79-86, abr./jun., 1997.

TAMEZ, R. N. Atuação de enfermagem. In:CARVALHO, M. R.; TAMEZ, R. N. **Amamentação:** bases científicas para a prática profissional. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002. cap 10, p. 115-131.

TANIGUTE, C. C. Desenvolvimento das funções estomatognáticas. In: MARCHESAN, I. Q. **Fundamentos em fonoaudiologia:** aspectos clínicos da motricidade oral. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1998. cap. 1, p. 1-6.

TEMBOURY, M. C.; OTERO, A.; POLANCO, I.; ARRIBAS, E. Influence of breastfeeding on the infant´s intellectual development. **Journal of Pediatric Gastroenterology Nutrition,** v. 18, p. 32-36, 1994.

TERUYA, K.; COUTINHO, S. B. Sobrevivência infantil e aleitamento materno. In: REGO, J. D. **Aleitamento Materno.** São Paulo: Atheneu, 2001. cap. 2, p. 5-19.

TERUYA, K.; SERVA, V. B. Postura, posição e pega adequadas: um bom início para a amamentação. In: REGO, J. D. **Aleitamento Materno.** São Paulo: Atheneu, 2001. cap. 10, p. 131-156.

TOMASI, E.; VICTORA. C. G; POST, P. R.; OLINTO, M. T. A.; BÉHAGUE, D. Uso da chupeta em crianças: contaminação fecal e associação com diarréia. **Saúde Pública,** v. 28, n. 5, p. 373-379, 1994.

TOMASI, E.; VICTORA, C. G.; OLINTO, M. T. A. Padrões e determinantes do uso de chupeta em crianças. **Jornal de Pediatria,** v.70, n. 3, p. 167-171, 1994.

VALDÉS, G. O. **Vantagens da amamentação para o aparelho estomatognático.** Aleitamento 24 horas. Profissionais. s.d., s.p. Disponível em: <http://www.aleitamento.med.br/oral.htm>. Acesso em 02 de jul. de 2001.

VALDÉS, V.; SÁNCHEZ, A. P.; LABBOK, M. **Manejo clínico da lactação:** assistência à nutriz e ao lactente. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.128p.

VICTORA , C. G.; FUCHS, S. C.; KIRKWOOD, B. R.; LOMBARDI, C.; BARROS, F. C. Breast-feeding, nutritional status, and other prognostic factors for dehydration among young children with diarrhoea in Brazil. **Bulletin of WHO**, v. 70, n. 4, p. 465-475, 1992.

VICTORA, C. G.; TOMASI, E.; OLINTO, M. T. A.; BARROS, F.C. Use pacifiers and breastfeeding duration. **Lancet**, v. 341, n. 1, p. 404-406, Feb., 1993.

VICTORA, C. G.; BEHAGUE, D. P.; BARROS, F. C.; OLINTO, M. T. A.; WIDERPASS, E. Pacifier use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? **Pediatrics**, v. 99, n. 3, p. 445-453, Mar., 1997.

WOOLRIDGE, M. W. The anatomy of infant sucking. **Midwiferi,** v. 2, p. 164-171, 1986.

CAPÍTULO 6

O DESENVOLVIMENTO DAS HABILIDADES AUDITIVAS

Monica Barby Muñoz
Michelly Santos de Andrade

Compreender o desenvolvimento das habilidades auditivas é ao mesmo tempo entender o próprio desenvolvimento humano. Pois, é através das experiências sonoras que, o bebê começa a descobrir o mundo que o cerca; constituindo-se, então, como um aspecto essencial para o desdobramento da capacidade comunicativa.

Embora pareça óbvia a sua participação no processo citado acima, poucos são os educadores e/ou profissionais da saúde que o observam como um dos aspectos que favorecem o desenvolvimento infantil. Isto porque, muitas vezes esses conceitos não são repassados durante a graduação ou o são, mas de forma ainda muito rudimentar.

No desejo de re(apresentar) conceitos tão fundamentais para qualquer profissional, seja ele da educação ou da saúde, que atua junto a crianças, é que este capítulo se destina. Perguntas como o que são habilidades auditivas? Como se dá o desenvolvimento dessas? Como favorecer esse processo? De que modo os profissionais da educação, saúde, familiares ou cuidadores infantis podem auxiliar a promover essas habilidades? Qual a influências destas habilidades nos processos de construção de linguagem oral e escrita? serão respondidas durante o capítulo. Entendemos que o assunto aqui tratado não se esgota nas páginas subseqüentes, mas esperamos que seja provocador de idéias, onde, sem dúvida, todos saem ganhando. Boa leitura!

Desenvolvimento auditivo

Antes da conceituação das habilidades auditivas torna-se necessário comentar, ainda que brevemente, sobre o desenvolvimento auditivo.

A hipótese de que o recém-nascido apresenta desde o seu nascimento a capacidade de diferenciar sons foi confirmada a partir de estudos que comprovam a preferência destes por sons maternos a outros sons (DECASPER; FIFER, 1980 *apud* NORTHERN; DOWNS,1989). Isto indica um período de experiência auditiva ainda dentro do ambiente uterino. Este fato é possível, uma vez que a orelha interna já se encontra com a conformação da orelha de um adulto já na 20ª semana de gestação (ELLIOT; ELLIOT, 1964 apud NORTHERN; DOWNS,1989).

Para que o processo descrito aconteça é imprescindível a participação de um sistema auditivo (periférico e central) íntegro. O periférico é constituído por ore-

https://doi.org/ 10.36311/2009.978-85-98176-22-2.p72-79

lha externa (pavilhão auricular e meato acústico externo), orelha média (cavidade timpânica) e orelha interna (cóclea e aparelho vestibular), o qual será responsável em captar o som e transformá-lo de energia sonora em energia elétrica enviando-o para ser processado no córtex auditivo. O central é formado pelas vias auditivas com os seus três grupos de fibras nervosas (aferentes, eferentes e simpáticas) (BONALDI; DE ANGELIS; SMITH, 2003).

Neste momento serão abordadas as aferentes, já que são elas que participam do processo de transformar as informações auditivas em percepção consciente. As vias auditivas ascendentes do sistema nervoso auditivo central originam-se no complexo do núcleo coclear estendendo-se ao complexo olivar superior, núcleo do lemnisco lateral, colículo inferior, complexo geniculado medial (localizado no tálamo) até o córtex auditivo primário, que é o seu destino final (DOUGLAS, 2002, BARAN; MUSIEK, 2001).

A integridade e funcionalidade deste sistema tornam-se importante, pois é através deste que o recém-nascido fará uso ou não dos sons, o chamado "feedback" auditivo. Ressalta-se também que concomitantemente à maturação da audição há o desenvolvimento da linguagem (oral), portanto, o comportamento auditivo configura-se como uma atividade pré-lingüística, essencial para o desenvolvimento infantil. O satisfatório desenvolvimento das habilidades auditivas, relacionadas a outros fatores como meio social, ausência de patologias incapacitantes, irá proporcionar o desenvolvimento adequado, primeiramente da linguagem oral e posteriormente da linguagem escrita (RUSSO; MOMENSOHN - SANTOS, 1994).

Entendendo o desenvolvimento da audição como fundamental para a construção de linguagem oral e escrita cabe, neste momento, esclarecer que sua importância se dá pelo fato de haver aspectos segmentares e supra-segmentares na fala. O primeiro é aquele que participa na produção da fala, essencialmente, relacionada aos aspectos lingüísticos (material verbal) e o segundo, que o completa, é responsável pelas questões prosódicas da fala por manter a atividade musical (música, ruídos familiares e etc.) (CAMBIER; MASSON; DEHEN,1988). Portanto, ambos são integrantes deste processo, já que a aprendizagem da linguagem não está limitada aos aspectos segmentares da fala; há uma participação efetiva do ritmo que iremos utilizar na fala, entonação utilizada nas frases (pergunta, afirmação, exclamação, desaprovação), tonicidade das sílabas, que são essenciais para o processo de aprendizagem e de codificações, exigindo-se um apurado discernimento de cada um dos sons captados pelo sistema auditivo (DOUGLAS, 2002, NORTHERN; DOWNS,1989).

Nota-se, então, uma efetiva participação do sistema auditivo periférico e central na percepção auditiva. Cabe esclarecer que a sensação ocorre através da detecção do som na via periférica quando este é conduzido pelas vias auditivas centrais onde será processado e então realizada a percepção auditiva. A mensagem auditiva percebida pelo sistema auditivo periférico precisa ser integrada pelos dois ouvidos e esta integração se dá em etapas. Primeiro, há a detecção do som (existe

som ou não) passando para a localização do som (direção e distância), em seguida a discriminação da intensidade e da freqüência, e por fim, a retenção que permite a integração da informação contida em uma mensagem que vai se desenvolvendo em um determinado tempo (CAMBIER; MASSON; DEHEN,1988).

Assim, processamentos auditivos centrais (PAC) podem ser definidos como: "mecanismos e processos do sistema auditivo central, os quais, capacitam a decodificação e o entendimento da fala, especialmente em situações desfavoráveis, como na presença de ruído de fundo ou fala competitiva" (JERGER; MUSIEK, 2000, apud NEVES; SCHOCHAT, 2005, ASHA, 1995 apud ALVAREZ *et al.*, 2003).

Esses comportamentos (detectar, localizar, discriminar e reter) também conhecidos como habilidades auditivas são mediadas pelos centros auditivos no tronco encefálico e no cérebro já descritos. Estas são habilidades específicas as quais o indivíduo depende para interpretar o que ouve, ou seja, o que fazer com o que se ouve (ALVAREZ *et al.*, 2003).

Primeiramente a criança irá responder aos estímulos auditivos com a habilidade de detecção do som. Esta pode ser visualizada quando a criança para de sugar o seio materno durante a exposição a um estimulo auditivo ou mesmo realiza uma outra atividade motora como: movimento faciais, elevar as sobrancelhas, arregalar os olhos, fazer caretas, por exemplo, sendo portanto uma resposta dada a presença do som. Ainda na vida intra-uterina (5º mês) o desenvolvimento desta habilidade inicia-se e com 1 ano de idade a criança já será capaz de responder a eventos sonoros com intensidade de 20 dBNA (PEREIRA; CAVADAS, 2003).

A habilidade de detecção ao som pode estar sendo estimulada em bebês através de acontecimentos da vida diária como, por exemplo, um pássaro cantando, o liquidificador ligado e outros. A mãe e/ou cuidador deverá chamar a atenção da criança para estes sons, atenção direcionada. Depois de realizada está prática algumas vezes a criança irá repetir está atividade sem que seja demonstrada por outras pessoas, tornando-se, portanto, uma atenção espontânea (SILVA, 2005; PEREIRA; CAVADAS, 2003).

As crianças maiores, que por algum motivo apresentem dificuldades nesta habilidade, poderão ser estimuladas através da associação do estímulo sonoro a uma atividade motora. Segundo Pereira e Schochat (1997) crianças sem alterações com dois anos já são capazes de realizar tal atividade.

O encaixe é um excelente material para tal atividade. O adulto (mediador) fará o estímulo auditivo e a criança será instruída a realizar um encaixe toda vez que ouvir o som. Após este primeiro nível a tarefa poderá ser dificultada relacionando assim duas vezes o estímulo a encaixar duas vezes e assim para três e quatro, aumentando gradativamente.

Está habilidade auditiva deve ser iniciada com sons não verbais que desenvolvem dois conceitos: os sons têm um significado e a ação produz sons, passando posteriormente para sons verbais (PEREIRA; SCHOCHAT, 1997).

Uma outra atividade motora relacionada a um evento sonoro e que também trabalha a atenção auditiva é a "brincadeira de estátua", geralmente utilizada para um grupo de crianças. As crianças irão dançar a música apresentada e a partir do momento que a música parar as mesmas deverão permanecer na mesma posição que estavam na dança.

A segunda habilidade auditiva a desenvolver-se na criança é a habilidade de localização sonora. Inicialmente a criança irá realizar a localização do som lateralmente, voltando a cabeça e/ou o olhar para a fonte de geração do estímulo auditivo. Segundo Russo e Momensohn Santos (1994) tal habilidade pode ser observada aos quatro meses de vida do bebê, contudo ainda com "esforço rudimentar" e coincidindo também com a sustentação de cabeça da criança. Ressalta-se que, se por algum motivo qualquer a criança não conseguir sustentar a cabeça poderá ter prejuízos nessa habilidade auditiva. Após isso a mesma terá condições para realizar a localização de sons para baixo. Northern e Downs (1989) comentam que o sinal sonoro deve ser entre 50 e 60 dBNPS no mínimo e entre os 7 e 9 meses a criança irá localizar sons diretamente para o lado.

Já entre os 9 e 13 meses a criança é capaz de localizar a fonte sonora diretamente para o lado e para baixo numa intensidade de 25 a 35 dBNPS. Aos 13 meses de vida ela inicia a localização indiretamente para cima e de 16 a 21 meses ela já consegue localizar a fonte sonora diretamente para o lado, para cima e para baixo com sinais sonoros de 25 a 30 dBNPS. A localização de estímulos sonoros irá tornar-se completa na criança, ou seja, para todos os lados com 2 anos, sendo estes sons de 25 dBNPS (NORTHERN; DOWNS, 1989).

Esta habilidade auditiva pode ser observada nos bebês no momento em que a criança é chamada e vira a cabeça procurando a fonte sonora. Tal habilidade pode ser estimulada em bebês com a realização de estímulo sonoro e incentivo à busca deste som. Algumas atividades para estimulação são descritas por Pereira e Schochat (1997), são elas: jogo de esconde-esconde; adivinhar de onde vem a voz; achar animais pelos sons onomatopéicos produzidos em diferentes locais da sala; relacionar a direção do som com ações motoras que a representem como, por exemplo, se o som veio da frente, colocar a parte da frente do carro virada para o barulho, se veio de trás à parte de trás e assim por diante.

Em crianças maiores a estimulação poderá ser realizada em um grupo com o jogo da cobra-cega no qual uma criança, que será a cobra-cega, será vendada e tentará pegar as outras crianças. O restante do grupo irá emitir a palavra cobra-cega movimentando-se num espaço limitado e através desta a criança vendada tentará achá-las através da localização do som. A palavra "cobra" poderá ser substituída por um instrumento musical (tambor, flauta e outros). Outras variações podem ser utilizadas como: não permitir que as crianças se movimentem fugindo da cobra-cega.

Já a discriminação auditiva requer da criança uma vivência com o material sonoro; trata-se de uma habilidade auditiva que está envolvida na detecção das

diferenças dos estímulos sonoros. É através dela que podemos dizer, por exemplo, se dois sons são iguais ou diferentes (PEREIRA; CAVADAS, 2003).

Inicialmente esta habilidade é mais rudimentar, ou seja, as diferenças somente são percebidas quando não possuem nenhum padrão sonoro que as possa confundir, como por exemplo, o som de um cachorro latindo e o de um trem. Gradualmente irá ocorrer um refinamento nesses processos até a criança conseguir realizar a discriminação de pares homorgânicos como o fonema /v/ e o /f/ para vaca e faca, por exemplo, passando assim para diferenças mais refinadas. A reabilitação e/ou habilitação deve ser iniciada da mesma forma, iniciando com diferenças significativas e dificultando aos poucos (SCARANELLO, 2005; PEREIRA; SCHOCHAT, 1997).

A estimulação pode ser realizada levando em consideração as diferenças de freqüência (fino e grosso), intensidade (forte e fraco) e duração do som (longo e curto). As crianças devem ser estimuladas para observar estas diferenças nos sons do dia-a-dia.

Segundo SILVA (2005) o trabalho pode ser realizado estimulando a criança a discriminar: onomatopéias, sons ambientais e instrumentais, vogais, traços distintivos de consoantes, palavras, frases, curvas melódicas e outros. A autora propõe esta abordagem para deficientes auditivos, contudo também pode ser utilizada como forma de promoção dessa habilidade para crianças sem deficiência sensorial auditiva.

Pereira e Schochat (1997) recomendam que para crianças pequenas o trabalho poderá ser realizado com o pareamento de sons ambientais, algumas sugestões das autoras para sons não verbais e verbais: sons ambientais que se opõem quanto a duração, intensidade, freqüência, apresentado em pares; sons onomatopéicos apresentados em pares; palavra diferente quanto a extensão e tonicidade; palavra com mesma extensão e diferente tonicidade; sílabas que se opõem quanto à sonoridade, modo e ponto de articulação; sílabas que se opõem por marcadores de gênero ou número.

A habilidade de reconhecimento trata-se de associar um evento sonoro a sua fonte geradora, ou seja, que objeto realizou este barulho. Conforme Pereira e Cavadas (2003) trata-se de um processo aprendido e pode ser observado já nos primeiros meses de vida do bebê quando o mesmo reconhece a voz da mãe, contudo está habilidade vai tornando-se cada vez mais refinada no decorrer da vida.

Para estimular esta habilidade Bevilacqua e Formigoni (2000) sugerem que a mesma seja realizada em duas etapas: introdutória nas quais os estímulos são apresentados em conjunto e avançada quando os estímulos são apresentados em conjuntos abertos. A primeira etapa pode ser realizada solicitando à criança que aponte, dentre algumas figuras, a solicitada pelo mediador (nota de rodapé). Já na segunda etapa a criança irá responder verbalmente sem apoio visual (figuras) o que ela ouviu, deixando assim de ser um conjunto fechado e passando para um conjunto aberto.

Alguns brinquedos disponíveis no comércio também auxiliam a criança na estimulação desta habilidade e/ou tornando-se mais refinada caso já a tenha adquirido, são aqueles que possuem animais e outros grupos semânticos como meios de trans-

porte que ao serem tocados e/ou apertados emitem o som dos mesmos. Contudo, deve-se tomar cuidado com a intensidade de som que tais mercadorias produzem.

Em uma atividade para estimulação do reconhecimento deve-se deixar primeiramente que a criança manipule tais objetos para experienciar os sons que são gerados e após este momento a tarefa poderá ser realizada através de um jogo de tabuleiro a criança pode estar aperfeiçoando ou estimulando esta habilidade, na qual a mesma terá um peão quando ela ouvir o barulho do sino poderá avançar duas casas no tabuleiro e quando ouvir o som do apito irá retornar uma casa, por exemplo. O jogador que não executar a informação correta irá retornar ao início do tabuleiro e o jogador que reconhecer os estímulos sonoros e executar a função adequada será o ganhador.

A habilidade de compreensão auditiva requer do ouvinte a vivência de todas as outras etapas anteriores e também são mediadas por aspectos cognitivos (memória, atenção e linguagem) tratando-se de um processo totalmente aprendido e que evoluíra conforme o avanço da idade cronológica (MAHON, 1999). Esta etapa pode ser observada quando a mãe ou o cuidador solicitar a execução de tarefas como: "pega o brinquedo", "dá tchau", "joga beijo" entre outras (PEREIRA; CAVADAS, 2003). Posteriormente na escola, tal habilidade será fundamental para a compreensão das tarefas solicitadas pela professora e que deverão ser executadas pelo aluno.

Uma última, mas não menos importante é habilidade de atenção seletiva que está relacionada à compreensão das informações auditivas com presença de ruído, na qual o ouvinte seleciona os sons em detrimento de outros que estão sendo apresentados. Esta seleção dos sons torna-se essencial para o escolar uma vez que este terá que optar entre a voz da professora ou ruídos de fundo, por exemplo.

Azevedo e Pereira (1997) propõem que tal habilidade seja estimulada através da introdução de ruídos no momento de leitura de uma história, mensagens ou ordens. Estes ruídos devem ser iniciados com os ambientais, que têm uma menor interferência passando para os da fala. Além do ruído também podem ser realizadas variações nas mensagens como: distância entre os interlocutores; posição da fonte geradora de ruído (direita, esquerda, atrás e frente) e aumentar a complexidade da mensagem. As crianças que apresentam significativa dificuldade nesta habilidade podem também fazer uso do Sistema FM (sistema de transmissão sonora por ondas de freqüência modulada) que diminui a interferência de outros sons, captando diretamente a fala da professora (LINS; OLIVEIRA, 2001).

Quando a criança já estiver vivenciando todas estas etapas das habilidades auditivas, algumas brincadeiras que apresentem diversas etapas podem ser realizadas pelas crianças. Uma atividade que trabalha com detecção, atenção, sensação, discriminação, reconhecimento, integração e memória foi proposta por Neves et.al. (2005) através de uma pesquisa na qual realizou-se um jogo da memória auditiva, elaborado através de caixinhas de fósforo envolvidas em papel colorido,

contendo diferentes tipos de materiais, como grãos de arroz e de feijão, contas, moedas de metal, sementes, palitos de fósforo, grampos, botões e miçangas. Nesta pesquisa as crianças deviam responder quais os pares com os sons iguais e também realizar a discriminação quanto aos seus aspectos de freqüência (fino ou grosso), duração (longo ou curto) e intensidade (fraco ou forte).

Todos as habilidades auditivas já relacionadas podem ser utilizadas também para a estimulação da escrita, pois inicialmente trabalha-se com sons não verbais e depois com sons verbais. A criança poderá realizar a discriminação de sílabas mesmo que ela não saiba ler e nem escrever. Esta discriminação pode ocorrer fazendo diferenciações entre duração do fonema, por exemplo.

Ao trabalhar a consciência fonológica também estamos fazendo o treino auditivo, pois quando perguntamos à criança: "se eu tirar o som de "ne" de "boneca", como vai ficar?", ela terá que fazer aliteração/transposição silábica dos sons e chegar à palavra "boca", para tanto não é necessário que ela saiba ler ou escrever tais palavras. Pode-se também utilizar pistas visuais como cartões coloridos recortados para cada sílaba.

Referências

ALVAREZ, A. M. M. *et al.* **Processamento auditivo central: proposta de avaliação e diagnóstico diferencial**. In: MUNHOZ, M.S.C *et al.* Audiologia Clínica. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.

AZEVEDO, M.F. de.; PEREIRA, L. D. **Terapia para desordem do processamento auditivo central em crianças.** In: PEREIRA, L.D.; SCHOCHAT,E. Processamento auditivo central: manual de avaliação. Lovise: São Paulo, 1997.

BARAN, J.A; MUSIEK, F. E. **Avaliação comportamental do sistema nervoso central.** In: MUSIEK, F. E.; RINTELMANN, W. F.Perspectivas Atuais em avaliação auditiva. São Paulo: Manole, 2001.

BEVILACQUA, M. C.; FORMIGONI, G.M.P. **Audiologia educacional: uma opção terapêutica para a criança deficiente auditiva.** Carapicuíba: Pró-Fono, 2000.

CAMBIER, J.; MASSON, M.; DEHEN, H. **Manual de Neurologia.** 2. ed. Rio de Janeiro: Massou e Atheneu, 1988. p. 121-155.

DOUGLAS, C. R. **Fisiologia da audição:** Tratado de Fisiologia aplicado à Fonoaudiologia. São Pualo: Robe editorial, 2002.

LINS, F.ªC.;OLIVEIRA, de. E.S. **A tecnologia dos sistemas de freqüência modulada como recurso para a inclusão do portador de deficiência auditiva no ensino regular.** Anais do I Seminário ATIID – Acessibilidade,tecnologia da informação e inclusão digital. SãoPaulo, 2001.Disponível em: http://hygeia.fsp.usp.br/acessibilidade/cd/atiid2001/artigos/TecnoSistemasFM. Doc Acessado em 28/10/2006.

NEVES, I. F.; SCHOCHAT, E. **Maturação do processamento auditivo em crianças com e sem dificuldades escolares.** Pró-Fono. Revista de Atualização Científica, Barueri (SP), v.17, n.3, p. 311 – 320. set-out.2005.

NEVES *et al.* **Processamento Auditivo em Creches, Fonoaudiologia e Promoção de Saúde.** Anais do 8º Encontro de Extensão da UFMG. Belo Horizonte, 2005. Disponpivel em: www.ufmg.br/proex/arquivos/8Encontro/Saude_40.pdf. Acessado em 28/10/2006.

PEREIRA, L. D.; CAVADAS, M. **Processamento auditivo central.** In: FROTA, S. (Org.): Fundamentos em Fonoaudiologia: audiologia. 2ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 141-155.

PEREIRA, L. D.; SCHOCHAT, E. **Processamento auditivo central: manual de avaliação.** São Paulo: Lovise, 1997.

RUSSO, I.; MOMENSOHN-SANTOS, T. M. **Audiologia Infantil.** São Paulo: Cortez, 1994. p. 15-28.

SCARANELLO, S. A. **Reabilitação auditiva pós implante coclear.** Simpósio Surdez: implicações clínica e possibilidades terapêuticas. Disponível em: www.fmrp.usp.br/revista/2005/vol38n3e4/7_reabilitacao_auditiva_pos_implante_coclear.pdf. Acessado em 28/10/2006.

SILVA, R.C.L. **A abordagem terapêutica fonoaudiológica com a criança deficiente auditiva**. In: BRITTO, A. T. B. O. (Org.): Livro de Fonoaudiologia. São José dos Campos: Pulso, 2005.

O processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem do ponto de vista das primeiras relações da criança em ambiente domiciliar

Conforme mencionado anteriormente, a mãe e/ou o cuidador configuram-se como os primeiros e principais mediadores do processo de desenvolvimento e aprendizagem da criança. E essa mediação, que ocorre por meio da interação, pode ser fundamental em todo o desenvolvimento da criança, e de modo particular no seu processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem (PAPALIA; OLDS; FELDMAM, 2006; OLIVEIRA; MARQUES, 2005; BORGES; SALOMÃO, 2003). Por outro lado, não podemos delegar toda a responsabilidade desse cuidado infantil para as mães, em função dos inúmeros fatores que podem interferir nessas relações, com destaque para diversas condições sociais impostas a muitas famílias.

Embora o processo de interação tenha influência bidirecional, os pais e as crianças podem aprender a adaptá-lo, modificando seus comportamentos em respostas aqueles advindos dessa própria interação. E esse aprendizado pode e deve ser orientado por profissionais especializados para que essas relações entre mãe e criança favoreçam o processo de desenvolvimento infantil.

Especificamente em relação às crianças com alterações no desenvolvimento, sejam estas físicas, mentais, sensoriais ou ainda globais, a interação pode ser dificultada em função de uma baixa – ou até mesmo ausente – responsividade por parte da criança. Quando esta apresenta comportamentos preditivos, o adulto pode antecipar comportamentos futuros a partir daqueles que foram manifestados. Nesta seqüência, os sentimentos de eficácia dos pais também são reforçados, no sentido de saberem decidir sobre suas intervenções (SCHERMANN, 2001). Porém, quando esses pais não conseguem interpretar os comportamentos dos filhos, pode ocorrer uma quebra na interação e, conseqüentemente, uma sensação de impotência e incompetência para lidar com o filho.

Baird, Mayfield e Baker (1997) enfatizaram a necessidade dos pais serem auxiliados a interpretar os sinais emitidos por seus filhos durante a interação para que esta não sofra quebras e seja desfavorecida. Dessa forma, estar alerta a esses sinais, assim como conhecer as competências dos filhos pode aumentar a probabilidade de que essas mães interajam de modo eficaz, estimulando-os e emitindo respostas que venham a favorecer o processo de desenvolvimento destes. De modo geral, os estudos que abordam essa questão, isto é, o favorecimento da qualidade da interação entre mãe-criança, indicam a necessidade da intervenção de profissionais para que essa eficácia interativa seja promovida (OLIVEIRA; MARQUES, 2005; MENDES; MOURA, 2004; OLIVEIRA; BRAGA, 2004; OLIVEIRA; FORMIGA, 2004; POEHLMANN; FIESE, 2001; WENDLAND-CARRO; PICCININI; MILLAR). Tal indicação tem por finalidade a obtenção de padrões satisfatórios em todas as áreas do desenvolvimento e em especial de aspectos cognitivos, de linguagem e socialização.

Sendo assim, verifica-se uma considerável atenção para a influência da interação entre mãe-criança nos primeiros anos de vida e, consequentemente, uma necessidade

https://doi.org/ 10.36311/2009.978-85-98176-22-2.p80-95

de intervenção direta dos profissionais em tais situações. Isso deve se dar porque essas primeiras relações em ambiente domiciliar serão responsáveis, em grande parte, pelo desempenho social dessa criança. Ainda, no que se refere às primeiras relações, uma das formas de preparar essa criança e torná-la competente socialmente é promovendo seu desenvolvimento lingüístico que, sem dúvida, tem como principal função a interação social em seus mais amplos aspectos. Ademais, é esse desempenho comunicativo que será também fundamental em todo o processo de aprendizagem dessa criança.

Com o propósito de discutir e avaliar a existência de relação entre desenvolvimento da brincadeira e da linguagem em etapas iniciais do desenvolvimento, Mendes e Moura (2004) analisaram a brincadeira de bebês, em situação isolada (bebê) e em situação conjunta (mãe-bebê), com enfoque para duração, complexidade, produção da linguagem do bebê e da mãe, dentre outras categorias. Considerando o pressuposto de uma forte influência materna no desenvolvimento sócio-cognitivo, as autoras concluíram que a presença da mãe parece ser fator de promoção de brincadeiras mais elaboradas e duradouras. Por outro lado, não encontraram relação direta entre os tipos de brincadeiras e a produção da linguagem. Talvez, como apontam as próprias autoras, por questões de escolhas metodológicas. Segundo ainda essas autoras, a presença da mãe parece motivar a criança "...a interagir, experimentar, criar, reproduzir modelos ou, efetivamente brincando, o envolvimento da mãe pressupõe investimento" (MENDES; MOURA, 2004, p. 220).

Na literatura acerca da intervenção precoce, a participação materna no desenvolvimento infantil, foi citada em inúmeras pesquisas, com foco para a interação entre mãe-criança, trazendo também grandes contribuições para os modelos tradicionais dessas intervenções (KRAUSS, 1998; GALLAGHER, 1998; BRAZELTON; CRAMER, 1992; BRAZELTON; LESTER, 1983) e, em alguns casos, permitem ainda que estes sejam revistos, no sentido de colocar a família em primeiro lugar, principalmente por causa dessa fundamental importância das primeiras relações infantis em todo o desenvolvimento da criança (BARNARD, 1997).

Enfim, se é consenso dessa importância das primeiras relações no desenvolvimento infantil, os profissionais que lidam com essas questões, ainda que de modo indireto, deverão além de indicar essa relevância para os pais, propiciarem meios de efetivar tal participação. No estudo de Oliveira e Braga (2004) foi possível proporcionar essa participação, de modo efetivo, por meio de atividades educativas voltadas para esse público. Essas experiências têm mostrado resultados satisfatórios, não só com os pais, mas também com outros familiares, de modo geral (OLIVEIRA, FORMIGA; SANTIAGO, 2002).

O processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem do ponto de vista das relações da criança em ambiente escolar

A Educação infantil vem a cada dia se fortalecendo, enquanto etapa imprescindível da Educação Básica. Segundo Campos (2001) as mudanças ocorridas são

devidas, em sua maioria, aos novos papéis femininos na sociedade, pelas novas concepções de família e principalmente de desenvolvimento infantil. Sendo assim, observa-se que o modelo tradicional de "creche", pautado principalmente em moldes assistencialistas, está gradativamente perdendo seu espaço para centros de educação infantil. E esse reconhecimento, passou efetivamente a ser um dever do Estado, primeiramente na Constituição de 1988, sendo aperfeiçoado e reafirmado no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990) e por último na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), em 1996.

Dessa forma, as pesquisas atuais em Educação Infantil reafirmam essa necessidade de mudança, sugerindo propostas fundamentadas na promoção do desenvolvimento infantil e principalmente que concebam a criança como "sujeito de educação, com necessidade de atendimento qualificado que vise o seu desenvolvimento integral" (VOKOY; PEDROZA; 2005, p. 96).

Compreendida dessa forma, a escola passa a ser a segunda instituição mais importante no desenvolvimento da criança, em seus primeiros anos de vida e, conseqüentemente uma das promotoras do desenvolvimento da linguagem e de aspectos de socialização. Assim como foi exposto em relação aos pais e cuidadores, de modo geral, não se trata aqui de delegar a responsabilidade aos educadores infantis, pois além das mudanças estarem ocorrendo, sabemos das inúmeras dificuldades pelas quais passa todo o sistema de ensino no Brasil. Dentre essas dificuldades, destacam-se o isolamento dos professores nos seus ambientes de trabalho e a ausência de investimentos na unidade escolar e na formação em serviço.

Mesmo com essa realidade, há que se pensar nas possibilidades de trabalho com estes profissionais, a fim de melhorar não só a qualidade dessa etapa de ensino, mas proporcionar às crianças experiências que as auxiliem em aspectos importantes de todo o processo de aprendizagem e alfabetização.

Em estudos anteriores, Oliveira, Marques e Costa (2005), indicaram de modo pontual, contribuições da Fonoaudiologia Educacional em relação às questões da comunicação oral e escrita nas escolas, por meio da formação continuada dos educadores infantis. É importante ressaltar que esse é um campo de atuação muito controverso e, portanto, ainda em expansão, principalmente por causa das diferentes formas de atuação ou de concepções dessa atuação fonoaudiológica dentro da escola. As mais diversas formas de inserção da fonoaudiologia na escola implicam nas mais diferentes maneiras de orientar os educadores acerca do processo de comunicação e, principalmente no desenvolvimento de atividades voltadas para a equipe pedagógica e alunado (OLIVEIRA; MARQUES; COSTA, 2005; WIPPEL; FADANELLI, 2003; CARVALHO; HOMEM, 1999).

De modo específico, as atividades do fonoaudiólogo em ambiente escolar se voltam para uma parceria com o educador. A formação continuada dos educadores se configura como uma das principais propostas de atuação (ZORZI, 2003). Além disso, embora seja muito difícil se concretizar tais situações, em função da ausência

de fonoaudiólogos contratados nessas instituições, uma outra possibilidade de atuação é o trabalho com a equipe em nível de planejamento pedagógico escolar. Em função de todas essas dificuldades, uma alternativa acaba sendo o planejamento de atividades conjuntas em sala de aula, com participação efetiva do professor. Além disso, a tentativa de envolver os pais nesse trabalho também é uma busca constante, até mesmo para auxiliar no processo de aproximação entre a escola e a família ou cuidadores. Um trabalho que envolvesse toda a equipe pedagógica poderia ser mais rico e mais produtivo, principalmente em relação aos materiais utilizados e principalmente em esclarecimentos acerca da importância de cada proposta. Ainda, tem-se a possibilidade de trabalho com a equipe técnico-administrativa, que no caso das "creches" acabam, em muitas situações, assumindo o papel de educadora.

Todas essas propostas têm como meta principal a de fornecer subsídios teórico-práticos para a atuação dos educadores, com vistas à promoção efetiva do desenvolvimento infantil e de modo específico, favorecer o processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem em ambiente escolar.

Considerações gerais sobre o processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem e algumas formas de promovê-lo

Dentre as diferentes possibilidades teóricas de se entender esse processo, existe a perspectiva construtivista, que relaciona o desenvolvimento do pensamento com o processo de aquisição da linguagem, fundamentalmente na relação da criança com o meio. Deste modo podemos analisar a linguagem em relação à atividade lúdica, mais especificamente quanto ao jogo simbólico que de acordo com essa teoria inicia-se do período sensório motor, por volta dos dois anos de idade, e pode ser considerado fundamental no desenvolvimento da linguagem.

De modo geral, pode-se dizer que a aquisição da linguagem na criança inicia-se após o nascimento, quando começa a explorar o ambiente por meio dos sentidos e vai se desenvolvendo progressivamente nos seguintes meses, esperando-se que aos cinco anos ela seja capaz de pronunciar adequadamente os fonemas de sua língua. No entanto, há controvérsias de que aos quatro anos de idade, a aquisição da linguagem já esteja com padrões adultos, em termos fonológicos, precisando apenas ser aprimorada. Para Zorzi (1999) a aquisição da linguagem verbal depende de uma série de transformações no comportamento da criança marcado pelo aparecimento de simbolismo e de transformações correlatas na forma de compreender e interagir com o meio.

Durante o processo de aquisição da linguagem, o papel da família e mesmo dos cuidadores e educadores que acompanham a criança, é inquestionável, uma vez que a mesma aprende pelas suas vivências. Assim, a importância destes cuidadores conhecerem importantes aspectos desse processo, tanto relacionados aos seus parâmetros de normalidade, quanto aos fatores que podem acarretar alterações durante o mesmo, torna-se da mesma forma, imprescindível.

Segundo Sakaloski (2000) o início da comunicação humana se dá quando o bebê chora instintivamente querendo que suas necessidades sejam atendidas, choro este interpretado pela mãe e atribuído como função comunicativa. No período compreendido entre zero e dois meses de idade, o choro reflete diferentes situações: prazer, fome, desconforto, irritabilidade, dentre outras e, normalmente o cuidador, de modo geral, é quem dá significado ou interpreta cada uma dessas situações.

Se a mãe é capaz de notar as necessidades do bebê e responder a elas de um modo sensível e oportuno, mãe e bebê estabelecerão um padrão de interação sincronizado e, mutuamente compensador. Responder às necessidades do bebê, no momento em que ele as manifesta, pode criar uma relação favorável à estruturação de todo o seu desenvolvimento neuropsicológico.

Para Devine (1993) há duas coisas que se pode ter certeza em relação à aquisição da linguagem do bebê: primeiramente, que ela proporcionará a ele a compreensão de muitas palavras e frases antes de começar a usá-las e segundo, que o bebê irá usar intencionalmente todo e qualquer tipo de linguagem de que dispõe para produzir alterações no comportamento dos outros. Segundo essa autora, o processo de aquisição e o desenvolvimento da linguagem segue os seguintes passos.

Entre *dois e três meses de vida*, o bebê sente um prazer em brincar com os sons produzidos por ele e repetidos pela mãe. Com o tempo aprenderá através dos sentidos que está separado do mundo exterior e aprenderá a distinguir os diversos tipos de tato, podendo a mãe estimulá-lo com diferentes objetos. Um passo importante para o desenvolvimento intelectual do bebe é a exploração de objetos e do ambiente, qual ocorre devido à segurança adquirida por ele através do elo estabelecido com a mãe. Ainda nesta fase, produz ruídos de murmúrio, produzidos na parte anterior (ah, eh) e na parte posterior (g, k) da cavidade oral, que apresentam mudanças de altura do som ou um ritmo monótono.

Já entre *três e seis meses de idade* ele começa a balbuciar, isto é, já é capaz de unir sons vocálicos e consonantais, (ex. bababa, dadada). O jogo das vogais torna-se mais acentuado, pois a criança sente prazer em balbuciar e ouvir os sons que ela própria produz. Os adultos, por sua vez, ao utilizarem um tom de voz como se estivessem cantarolando, alongando os sons das vogais e as repetições de frases e palavras acentuadas (ex. êeeee... neee-nêee, Olha a mamãe! olha a mamãe!) propicia maneiras de ambos entrarem em contato, realizando uma comunicação significativa e interativa, pois é estimulante para a criança ouvir a fala das pessoas. É importante revezar diversas vezes este jogo de emissão de sons e esperar para que também o bebê tome a iniciativa de produzir um determinado som.

Ainda, segundo Devine (1993), dos *sete aos nove meses de idade*, o ato de balbuciar é caracterizado por uma variedade maior de sons e inflexões. Ao emitir sons da fala, sente o movimento da língua, dos lábios e do queixo, e ouve os sons que está produzindo. Sabe-se que sons diferentes significam coisas diferentes. As atividades motoras lhe permitirão maiores oportunidades de socialização e de

aprender das outras crianças, pela imitação. Já é capaz de reconhecer o nome dos membros da família e algumas palavras familiares; imita um movimento físico, como bater palmas, mandar beijo, dar beijo, dar tchau, entre outros; tenta imitar os sons da fala das outras pessoas; começa a usar repetições; acrescenta um número maior de sons em padrões e os repete (por exemplo: *a, da, no, ma, pa, ta...*). Estimulações podem ser realizadas, emitindo um som que a criança ainda não tenha usado, assim como t, cantarolando uma seqüência de sons sem sentido (*ta, ta, ta, ta, ta*), com ritmos e inflexões diferenciados.

Estas atividades propiciam à mãe e ao bebê desenvolver um relacionamento e lançar as bases para interações futuras, por meio das quais esse bebê aprenderá, cada vez mais aspectos de linguagem. Além disso, ajuda-o a descobrir o elo existente entre audição-fonação. Acenos como o de oi e de tchau farão com que o bebê aprenda associar as palavras à ação praticada, dando suporte assim, ao desenvolvimento semântico-pragmático da linguagem. O bebê pode também ser incentivado a escolher o que necessita e apontar para as coisas, com isso ele aprenderá os nomes das coisas e a fazer uso dos gestos como recurso para solicitar efetivamente um objeto ou um brinquedo. Brincar com o bebê na hora do banho e/ou quando for agasalhá-lo, citando partes do corpo e o nome das peças de roupa, fará ele reconheça quando alguém as cita pelo nome.

Figura 1: oportunidade para estimulação do processo de aquisição da linguagem (hora do banho). Obtida em Marino e Figueiredo (1988).

Figura 2: oportunidade para estimulação do processo de aquisição da linguagem (amamentação). Fonte: web.

Dos *dez aos doze meses* de idade, o bebê diz a primeira palavra concreta e pode usar algumas palavras específicas como mãmã, tata, tchau, sendo que uma palavra expressa um pensamento completo. Para aprender a falar é preciso que o bebê também esteja motivado a fazê-lo. Atividades estimulantes como deixar cair de propósito um objeto para observar-lhe a queda e ouvir-lhe o barulho, realizar expressões como: Opa! Caiu! Proporcionam aos bebês imitar essas experiências e expressões repetitivas. Deixar por vezes que ele solicite, pois já chama a atenção para conseguir o que deseja. Combinar palavras com a ação, ele aprenderá uma nova palavra, que, quando for pronunciada sem ser apre-

sentada, terá um significado para ele. Utilizar diferentes padrões de fala; sendo que pela voz cantada ele pode imitar a melodia das palavras, procurar fazer uso de onomatopéias, unindo os sons às atividades de rotina diária do bebê; olhar livros para nomear e descrever para o bebê seu conteúdo; não esquecendo que a essência das interações com o bebê é o entusiasmo.

No período dos *treze aos quinze meses de idade*, segundo ainda Devine (1993) predomina a conversa com palavras sem nexo, quando o bebê se comporta como se estivesse conversando em frases ou sentenças que são difíceis de entender. O adulto deve ajudá-lo fornecendo o modelo correto das palavras que ele está tentando emitir. Existem poucas palavras concretas na fala dele, no entanto, entende frases curtas e simples que lhe são familiares. As habilidades mentais crescentes do bebê, o seu comportamento exploratório e o uso da linguagem o propiciam a tornar-se um membro mais ativo da família. O bebê sente agora a força da linguagem social, ele sabe que pode chamar atenção puxando a perna da pessoa, gritando e exibindo-se, de modo geral. O seu ímpeto e sua avidez de aprender as coisas exigem muita tolerância e muita paciência dos membros da família, à medida que ele for pondo em prática e dominando as novas habilidades que vai adquirindo. Dentro de um contexto da rotina do dia-a-dia com a mãe dentro do lar, a linguagem receptiva é desenvolvida. Antes o bebê chegava à compreensão da orientação que recebia baseado no tom de voz, no movimento do corpo, nas expressões faciais e na comunicação que foram estabelecidos com ele, anteriormente.

Entre *dezesseis e dezoito meses de idade*, a criança já entende as palavras da orientação que lhe foi dada. As crianças devem ser incentivadas a escutar as pessoas, para receberem informações e instruções, mas também para estabelecerem normas de cortesias com os outros. Crianças nesta idade tendem a imitar os pais, desde a utilização de objetos até a imitação de palavras ditas a elas. Ainda se comunica por gestos e palavras sem nexo, mas manifesta suas necessidades também por meio de palavras e entende o significado de muitas delas sem mesmo usá-las. Ao nomear para o bebê tudo o que acontece, garantir-se-á a ele um vocabulário amplo e a habilidade de adquirir conceitos futuramente; para qualquer atividade que venha a se desenvolver, deve-se incentivá-lo a imitar tudo, e quanto mais ativo for o cuidador for, fazendo movimentos, acrescentando palavras correspondentes ao que se faz, o bebê começará a aprender os verbos, pois isso descreverá os movimentos que ele executa. "Uma interação positiva e carinhosa é a chave para uma comunicação bem sucedida e para o sentimento de valor da criança no mundo que a cerca". (DEVINE. 1993, p. 145). Antes, ele era capaz de entender várias palavras baseando-se no contexto familiar, mas agora entre os dezenove e vinte um meses de idade, ele já entende a frase vamos colocar o sapato, mesmo quando o sapato não está ao seu alcance visual.

Os sons da fala se desenvolvem de forma progressiva e ordenada, com alguns sons em particular aparecendo primeiro e com mais freqüência que os outros, ele ainda pode pronunciar com imperfeição cinqüenta por cento ou mais dos sons de

sua fala. Cabe ao adulto aceitar a pronúncia do bebê assim como ela é e tomar por hábito repetir simplesmente as palavras de modo correto, após a emissão da criança, para que ele possa ouvir a forma correta da palavra em questão. Nesse período, a criança utiliza saudações sociais e uma determinada palavra pode ter vários significados, dependendo do contexto e da situação; por exemplo, ao dizer ága (água), a criança pode estar querendo água, ou se falar mostrando no chão pode querer dizer que derramou a água no chão, entre outros. Começa também a juntar duas palavras formando sentenças: *dá água, bola nenê, dentre outras.* O bebê precisa de alguém que converse com ele que pegue as coisas para ele, dê brinquedos e o incentive para que possa desenvolver sua capacidade intelectual e o conhecimento do mundo. Com brinquedos pode-se tentar mostrar as partes, por exemplo, do carro: portas, janelas, rodas, incentivando por sua vez aspectos de categorização. Também imitar o som do motor para que ele também o faça logo a seguir, associando o som ao barulho que os carros fazem. Substituir os brinquedos, utilizar um tijolo de madeira como se fosse um carro, por exemplo, relacionando com o significado (a idéia de carro) e não com o objeto concreto que se tem em mãos.

Figura 3: exploração de diferentes brinquedos pela criança – adaptada de Marino e Figueiredo (1988).

Dos *vinte e dois aos vinte quatro meses de idade*, a autora Devine (1993) acrescenta que as crianças gostam de realizar atividades que espelham o que elas observam - imitar adultos. Comentam sobre aquilo que conseguem ver, ouvir, provar, cheirar, empregando uma fala telegráfica - combinações de 2 ou 3 palavras para expressar uma idéia. Essas crianças respondem à pergunta qual é seu nome? Dizem o primeiro nome correto; entendem pedidos: *ponha isto em cima da mesa, ponha isto em baixo da mesa* e utilizam um brinquedo como se fosse outro - empurra um bloco fazendo de conta ser um carro, imitando o barulho do motor. Entre dois e três anos de idade, o bebê compreende histórias e explicações breves e precisas, o que ultrapassa sua capacidade de expressar em palavras essas mesmas histórias.

Dos *vinte e cinco aos vinte e sete meses de idade*, a criança responde à pergunta: *O que... fazendo?*; entende e responde a duas orientações que envolvem dois objetos associados, como em: *pegue os sapatos e as meias*; usa um vocabulário ativo de 50

a 100 palavras, ou mais; emprega pronomes (*eu, me, meu, você*) na fala e consegue pronunciar corretamente muitos sons consonantais (*p, b, v, m, t, d, n, g, k*); entende a maioria das sentenças dos adultos e consegue se expressar em sentenças curtas.

Dos *vinte e oito aos trinta meses de idade*, consegue identificar objetos pelo seu uso; usa padrões de canções (*parabéns pra você*); identifica ações (*pular, correr, empurrar*) e usa as expressões *em, sobre, debaixo, ao lado de*, para localizar alguma coisa. Para estimular essa criança nessa fase, faça-lhe perguntas que incentivem sua participação na conversa, preste atenção no que a criança diz e não ao modo como diz. A conversação não é uma aula de linguagem, o bebê irá aprender baseado no exemplo e não na instrução, respeite e incentive os momentos de silêncio dele.

Dos *trinta e um aos trinta e três meses de idade*, Devine (1993) ainda aponta que a criança fala constantemente em sentenças de três ou mais palavras; quer explicações detalhadas para aquilo que vê. Demonstrar à criança um respeito em relação ao nível de habilidade e de comunicação da mesma, mostrando carinho em suas atitudes. Ao usar a linguagem descritiva, tecer comentários sobre o que a criança está fazendo e ao perguntar-lhe antecipadamente se ela gosta que o ajude no entretenimento, tudo isso constrói um respeito mútuo e um sentimento positivo entre pais e filhos. Um excesso de controle sempre diminui a comunicação e põe a criança numa posição de defesa.

Passa a usar frases que podem ter seis ou mais palavras, dos trinta e quatro aos trinta e seis meses de idade; sabe seu nome completo, o próprio sexo e a idade; segue orientações que envolvem duas ações não relacionadas; flexiona verbos no pretérito e no futuro; consegue falar sobre forma, tamanho, textura e as cores das coisas; conversa por meio de sentenças completas que podem ser entendidas até 80% pelo ouvinte. Gosta de instrumentos musicais e de livros de histórias simples.

Por volta dos *três anos de idade*, a criança quer obter informações, esclarecimentos ou outras explicações sobre os objetos e os acontecimentos e usa sua habilidade lingüística para contar histórias, enriquecer a sua amizade com os outros e até para contar suas experiências do dia-a-dia. É importante para os pais reservar um tempo todos os dias para brincar com ela ao ar livre, sair a passeio, cantar, ler um livro, enfim, fazer coisas simples já que nessa idade eles querem muito a atenção dos pais. Mantenha aberta a porta de comunicação, a partir dos primeiros meses de vida do bebê. Com isso, a tarefa como mãe ou cuidador durante os anos que seguem, irá colher maiores resultados e o seu relacionamento com o filho será muito mais fecundo e gratificante.

Observa-se, com essas considerações, que nos primeiros anos de vida um meio familiar estimulante é indispensável à aquisição da linguagem e, portanto, é preciso que pessoas do convívio da criança falem com ela, dêem significados as suas tentativas de comunicação, criem situações nas quais novas habilidades comunicativas sejam exigidas, invistam no seu crescimento e que sejam também capazes de compreender seus ensaios e erros.

Considerações finais

Esse capítulo teve como principal objetivo apresentar as possíveis relações do processo de aquisição e desenvolvimento da linguagem com aspectos do desenvolvimento como um todo, tomando como base as duas instituições mais importantes nos primeiros anos de vida da criança, ou seja, a família e a escola. Ademais, apresentou, ainda que de modo breve, as principais fases desse processo, bem como, maneiras de favorecê-las, sem o intuito de focar uma única tendência teórico-metodológica.

Conforme foi possível observar, a aquisição e desenvolvimento da linguagem é um processo altamente complexo uma vez que está diretamente relacionado às primeiras relações e interações da criança. Sobre isso, Papalia, Olds e Feldman (2006) destacam que não é necessário ser pai ou mãe dessa criança para fornecer um modelo lingüístico a ela. A *fala dirigida à criança (FDC)* pode ser emitia por qualquer adulto e até mesmo outras crianças e esse modelo poderá interferir diretamente em todo o processo de desenvolvimento lingüístico.

De modo amplo, o desenvolvimento da linguagem pode ser entendido como um processo de elaboração e simbolização do pensamento humano. É a faculdade humana e abstrata de representação de conteúdos por meio da qual o homem pode estabelecer contatos com seus semelhantes desenvolvendo a habilidade de compartilhar suas experiências, pensamentos, idéias, e buscar novos conhecimentos.

Reafirma-se aqui o importante papel exercido pelos adultos durante esse processo, com especial enfoque para a mãe e cuidadores, pois são os primeiros interlocutores da criança. Nesse sentido, estes devem estar disponíveis e atentos às manifestações da criança em todas as suas tentativas de comunicação, para que as habilidades lingüísticas dela sejam efetivamente favorecidas. Esse favorecimento, sem dúvida, será o primeiro passo para maximizar as habilidades adquiridas pela criança e evitar alterações ou atrasos no processo de desenvolvimento e aprendizagem, como um todo. Além disso, esse incentivo também influenciará diretamente em elementos psicoafetivos e de socialização dessa criança, pois a linguagem acontece fundamentalmente em momentos de interação.

Assim é importante ressaltar que quanto mais exposta a estímulos adequados estiver a criança, maior potencial lingüístico ela poderá ter e, quanto mais esclarecimentos os pais e educadores tiverem, mais eles poderão contribuir com o processo de desenvolvimento da linguagem.

Especificamente sobre o trabalho do fonoaudiólogo no atendimento à família durante o processo de aquisição da linguagem, este deve ser complementar ao dos outros profissionais da saúde e da educação, que estiverem envolvidos com o desenvolvimento dessa criança. A atuação fonoaudiológica deve ser relativa ao preparo para o momento das (primeiras) interações com o bebê, como um apoio à formação de (novas) famílias e ao seu crescimento. Em função da fase inicial da vida ser feita de relações, de interações e de interlocuções, o fonoaudiólogo deverá

atuar com a educação dos pais, sob todas as formas possíveis, no sentido de uma atenção contextualizada e individualizada, colaborando com o estabelecimento de uma relação positiva, respeitando é claro, as particularidades dessa família e do desenvolvimento infantil.

Nesse trabalho podem ser incluídas atividades que contemplem a criação de situações que permitam ao bebê descobrir e usar suas habilidades sensório-perceptivas e cognitivas. Além disso, essas atividades deverão ser mostradas aos pais e cuidadores, além de outras situações que permitam aos mesmos vivenciarem essas habilidades. Este trabalho é necessário, para que se invista na formação das famílias, para que estas aprendam a facilitar o aparecimento das habilidades interativas da criança que, devidamente desenvolvidas, favorecerão o desenvolvimento como um todo e, de modo específico, sua linguagem.

Sobre a escola, pensando-se que se trata de uma instituição transformadora da sociedade e que as crianças ingressam nessas instituições cada vez mais cedo, não se deve isentar a participação dos centros de educação infantil no processo de desenvolvimento da linguagem. Porém, em função da primordial tarefa dessa instituição, principalmente no que se refere à preparação da criança para o processo de alfabetização e aprendizagem escolar, é necessário fornecer à escola infantil uma atuação mais abrangente de outros profissionais junto às crianças e familiares, a fim de complementar as ações desenvolvidas nesse âmbito (CÉSAR; LAGROTTA, 1997). Embora seja muito discutida, em termos de necessidades de mudanças curriculares, a formação dos educadores infantis não conseguirá contemplar todos os conteúdos necessários para que esse profissional promova o desenvolvimento infantil sozinho.

Nesse sentido, uma das parcerias para auxiliar nesse processo, pode se dar com o fonoaudiólogo. Nessa parceria pode haver uma troca de experiências sobre o aparato teórico de desenvolvimento da linguagem e as vivências práticas, já que será nos centros de educação infantil que muitas crianças passarão grande parte de sua primeira infância, senão a maior parte dela. Essa parceria entre fonoaudiólogo e educador infantil pode se dar no sentido de elaborar recursos e estratégias que permitem detectar precocemente possíveis alterações no processo de comunicação e também que permitam prevenir o surgimento destas. Mas, com certeza, o maior objetivo desse trabalho conjunto deverá ser o de promover o desenvolvimento infantil, em todas as suas instâncias.

Referências

BAIRD. S. M.; MAYFIELD, P.; BAKER, P. Mothers' interpretations of the behavior of their infants with visual and other impairments during interactions. **Journal of Visual Impairment & Blindness**, 91 (5), p.467-483, 1997.

BARNARD, K. E. Influencing parent-child interactions for children at risk, in: GURALNICK, M. J. **The effectiveness of early intervention.** Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, p.249- 268, 1997.

BORGES, L. C.; SALOMÃO, N. M. R. Aquisição da linguagem: considerações da perspectiva da interação social, **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 16, n. 2, p. 327-336, 2003.

BRASIL. Lei Nº 8.069, de 13 de Julho de 1990 - **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Presidência da República, Brasília, D.F, 1990.

BRAZELTON, T.B., CRAMER, B.G. **As primeiras relações.** São Paulo: Martins Fontes, 287p, 1992.

BRAZELTON, T.B,; LESTER, B. M. **New Approaches to developmental screening of infants,** Elsevier Science Publishing , New York, 271p, 1983.

CAMPOS, A.P.S.F.M. **O Psicólogo Escolar e a Educação Infantil: um olhar sobre a inserção desse profissional nas escolas de Brasília.** Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília-DF, 2001.

CARVALHO, J; HOMEM, F. **A influência do meio na aquisição da linguagem.** Fono atual. São Paulo: Pancast, 2001.

CESAR, C. P. H. A. R.; LAGROTTA, M. G. M. Revendo o atendimento infantil em creches. In: CESAR, C. P. H. A. R.; LAGROTTA, M. G. M. **A Fonoaudiologia nas instituições.** São Paulo: Lovise, 1997.

CUNHA, A. C. B. Promovendo aquisição de linguagem funcional em crianças deficientes visuais: o efeito de um treinamento de mãe em procedimentos de ensino naturalístico. **Temas em Psicologia**,n. 2, p. 33-57, 1997.

DEVINE, M. **A fala do bebê e a arte de se comunicar com ele.** RJ: Vozes, 1993.

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.

GERBER, A. **Problemas de Aprendizagem relacionados à linguagem**, Porto Alegre, Editora Artes Médicas, 1996.

KRAUSS, M. W. Two generations of family research in early intervention, in: Guralnick, M. J. **The effectiveness of early intervention.** Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co, p.611-624, 1998.

MARINO, C. G.; FIGUEREDO, A. S.; **La educación del nino ciego, em la família, em los primeros años de vida.** Editorial Pueblo Y Educación, Playa, Ciudad de La Habana, 1988.

MENDES, D. M. L. F.; MOURA, M. L. S. Desenvolvimento da brincadeira e linguagem em bebês de 20 meses, **Psicologia: Teoria e Pesquisa,** v.20, n. 3, p. 215-222, 2004.

NICOLAU, M. L. M.. Um estudo das potencialidades e habilidades no nível da pré-escolaridade e sua possível interferência na concepção que a criança constrói sobre a escrita. **Revista da Faculdade de Educação**, São Paulo, v. 23, n. 1-2, 1997. Disponível em: www.scielo.br, acesso em: abril de 2007.

NUNES, L. R. O. P. Métodos naturalísticos para o ensino da linguagem funcional em indivíduos com necessidades especiais. In: ALENCAR, E. S. (Org.). **Novas contribuições aos processos de ensino e aprendizagem**, 3ª ed, São Paulo: Editora Cortez, 1995.

OLIVEIRA, V. B. O brincar e a criança do nascimento aos seis anos, In: OLIVEIRA, V. B. (Org.). **O brincar e a criança do nascimento aos seis anos,** 6ª edição, Editora Vozes, Rio de Janeiro, RJ, cap. I, p. 14-32, 2005.

OLIVEIRA, J. P.; MARQUES, S. L. Análise da comunicação verbal e não-verbal de crianças com deficiência visual durante interação com a mãe, **Revista Brasileira de Educação Especial,** v. 11, n. 3, Marília Unesp Publicações, p. 409-428, 2005.

OLIVEIRA, J. P.; MARQUES, S. L. M.; COSTA, M. P. R. **Contribuições da fonoaudiologia educacional para a formação continuada de educadores infantis,** III Congresso Paulista de Educação Infantil, 2003, Águas de Lindóia, SP, CD.

OLIVEIRA, J. P.; FORMIGA, C.K.M R ; SANTIAGO, A. M.. Proposta Interdisciplinar de estimulação do desenvolvimento infantil voltada para familiares de crianças atendidas em um setor neuropediátrico. In: Célia Maria Giagheti; Cristiana Ferrari; (Org.). **Coletânea de Comunicações Científicas da VIII Jornada de Fonoaudiologia da Unesp de Marília.** 1 ed. Marília: Fundepe, p. 238-247, 2002.

OLIVEIRA, J. P; FORMIGA, C. K. M.R. **Intervenção com mães de crianças com alterações no desenvolvimento,** In: SOUZA, O. A.; WIKLER, C. Coleção Seminário de Pesquisa da UNICENTRO, Unicentro Editora, Guarapuava/PR, p. 47-50, 2004.

OLIVEIRA, J. P.; BRAGA, T.M. S. Participação de familiares em práticas educativas de equipes multidisciplinares. In: Sadao Omote. (Org.). **Revista de Extensão e Pesquisa em Educação e Saúde.** Marília: Marília Unesp Publicações, 2004, v. 2, p. 95-103.

PAPALIA, D. E; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano,** Artmed, Porto Alegre/RS, 8ª edição, 2006.

POEHLMANN, J.; FIESE, B. H. Parent-infant interaction as a mediator of the relation between neonatal risk status and 12-month cognitive development, **Infant Behavior & Development**,24, 171-188, 2001.

SAKALOSKI, M. Desenvolvimento da Linguagem In: ALAVARSI, E; GUERRA, G. SAKALOSKI, M. **Fonoaudiologia na Escola**. São Paulo: Lovise, 2000.

SCHERMANN, L. Considerações sobre a interação mãe-criança e o nascimento pré-termo, **Temas em Psicologia da SBP**, 9 (1), p. 55-61, 2001.

VOKOY, T.; PEDROZA, R. L. S. **Psicologia Escolar em educação infantil: reflexões de uma atuação.** Psicol. esc. educ. [online]. jun. 2005, vol.9, no.1 [citado 02 Abril 2007], p.37-46. Disponible en la World Wide Web: <http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141355720050001000 09&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1413-8557.

WENDLAND-CARRO, J.; PICCININI, C. A.; MILLAR, W. S. The role of an early intervention on enhancing the quality of mother-infant interaction, **Child Development,** 70 (3), 713-721, 1999.

WIPPEL, M. L.; FADANELLI, A. M. Prática da fonoaudiologia na escola na visão dos fonoaudiólogos e professores atuantes na rede municipal de ensino de Curitiba, **Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia**, Curitiba, v. 4 (14), p. 21-31, jan/mar 2003.

ZORZI, J. C. **Aprendizagem e distúrbios da linguagem escrita:** questões clínicas e educacionais. Porto Alegre: Artmed, 2003.

ZORZI, J. L. Possibilidades de trabalho no âmbito escolar – educacional e nas alterações da escrita, in: GIROTTO, C. M. (org.) **Perspectivas atuais do fonoaudiólogo na Escola**, São Paulo, Plexus, cap 3, p 42-55, 1999.

CAPÍTULO 8

A CRIANÇA E O INTERLOCUTOR NO PROCESSO DE AQUISIÇÃO DA ESCRITA

Renata Pelloso Gelamo
Julyana Chaves Nascimento

Nesse capítulo faremos uma reflexão acerca do chamado "processo de aquisição da escrita".[1] Para as considerações que se seguirão, tomaremos como referencial teórico trabalhos sobre aquisição de linguagem e sobre aquisição da escrita, em especial aqueles que tratam, ainda que de diferentes modos, do processo de interação comunicativa. Discutiremos o papel do interlocutor "empírico" – o adulto letrado com o qual a criança interage – e do interlocutor "imaginário" – a representação que a criança faz desse interlocutor adulto na aquisição da escrita.

Sabemos que tratar desse tema não será uma tarefa fácil uma vez que demandará um deslocamento teórico-metodológico em relação ao modo com que costumamos, em nosso senso comum, lidar com a escrita. Pensemos na possibilidade de tratar a escrita, e logo, o seu processo de aquisição, como um conjunto de normas a serem adquiridas. Levantemos a possibilidade de que a escrita se constituiria numa representação fiel da fala e, ainda, uma outra possibilidade, a de que haveria uma forma ideal de escrita a ser atingida pelo escrevente, uma forma "correta" e editada em contraponto a uma forma "errada". Por fim, observemos o pensamento de que a escrita seria individual em contraponto à fala que seria comunicativa – se daria na relação entre falantes. Essas são quatro entre tantas outras crenças que podemos depreender de nossa vivência, essa estabelecida culturalmente, com a escrita. Mostraremos, entretanto, que essas crenças se tornam infundadas se empreendemos o deslocamento teórico-metodológico no estudo da escrita a que nos referíamos acima. Convidamos o leitor a fazer esse deslocamento durante a leitura deste capítulo e a tomar a escrita em seu processo de constituição, a ir além do que as fronteiras do produto escrito (no caso, o texto) permitem "enxergar".

Nossa trajetória para discutir o papel do interlocutor "empírico" e do interlocutor "imaginário" na aquisição da escrita será traçada com base no tratamento da escrita como um processo que se constrói *na* e *pela* interlocução. Visando tornar plausíveis esses conceitos, de escrita e de interlocutor, faremos, na sessão **Um olhar para a escrita**, alguns apontamentos sobre aquisição da linguagem e da escrita, com base na literatura lingüística e na literatura sobre aquisição de linguagem e, na sessão

[1] Usaremos o termo *aquisição* para nos referirmos ao processo de aprendizagem/construção da escrita. Esse processo será delimitado ao longo do presente capítulo.

https://doi.org/ 10.36311/2009.978-85-98176-22-2.p96-104

seguinte, **A escrita como processo interacional**, falaremos sobre o processo interacional que envolve o escrevente e seu interlocutor no trabalho com o texto escrito.

No que diz respeito ao que estamos chamando de "papel do interlocutor", é nosso objetivo mais específico levantar questionamentos e fazer uma reflexão sobre o papel da família, da escola, do fonoaudiólogo, do psicólogo etc como interlocutores privilegiados do processo de aquisição da linguagem escrita. Para tanto, na sessão **O papel dos interlocutores**, faremos uma discussão sobre o que definiremos como um "jogo de imagens" na constituição do texto escrito.

Um olhar para a escrita

Para argumentarmos em torno do que será nossa proposta sobre um modo de conceituação da linguagem escrita, partiremos das seguintes questões, feitas com base em algumas crenças sobre escrita, presentes em nosso senso comum:

(1) A escrita seria um conjunto de normas?

(2) A escrita se configuraria numa representação fiel da fala?

(3) A escrita constituiria uma atividade individual ou uma atividade de comunicação?

A primeira pergunta se relaciona à crença amplamente difundida de que para "escrever bem" é necessário ter conhecimentos sobre gramática normativa. Prova disso são as aulas de português nas quais, tradicionalmente, nos é ensinado uma série de regras e de classificações que muitas vezes não entendemos para que servem. Outro fato de nosso cotidiano que diz respeito a essa crença são as classificações da escrita como "certa e errada", uma vez que essas classificações tomam por base um ideal de escrita, aquela adequada do ponto de vista normativo. Diante desse que seria um primeiro imaginário sobre a escrita, argumentamos, junto com Abaurre (1996), que o fato de sermos falantes/escreventes competentes de uma língua não nos dá informação suficiente para fazermos esse tipo de julgamento (como certa ou errada) sobre escrita. Precisamos, para imprimir um olhar sobre a escrita, sem equívocos, compreender que a escrita não é (apenas) uma tecnologia e mudar nosso imaginário do que seja o funcionamento da escrita.

Nesse sentido, o de buscar compreender o funcionamento da escrita, entenderemos que ela se configura num **processo de construção** do texto, do sujeito e do "seu interlocutor". A fim de que possamos olhar para escrita desse modo, não podemos desvincula-la, um produto cultural, das práticas sociais[2] nas quais estamos inseridos. Isso a que denominamos usualmente como "a escrita", não se constituiria numa unidade acabada, mas sim, numa "multiplicidade" em construção permanente – tanto no que diz respeito ao aspecto formal quanto ao seu aspecto processual. Vejamos como poderíamos compreender esse princípio.

[2] Por práticas sociais nos referimos às diversas atividades humanas, atividades sócio-culturais e historicamente estabelecidas. Essas práticas podem ou não envolver a escrita; caracterizam-se por atividades interacionais significativas, ou seja, atividades em que há uma razão para a interação, como, por exemplo, pegar ônibus, fazer compras, enviar um e.mail, preparar uma receita, etc.

A escrita, enquanto sistema, lança mão não apenas de informações da fala – resposta à questão (2) apresentada no início dessa sessão. Escrever não significa traduzir em letras o que se percebe como som. O nosso sistema de escrita é alfabético, na medida em que os seus sinais gráficos preservam alguma relação com aspectos da oralidade, mas **não é totalmente alfabético,** na medida em que: comporta caracteres de natureza ideográfica, tais como os sinais de pontuação e convive com ícones pictográficos ("desenhos"), muito comuns, por exemplo, no meio virtual[3]. Tudo isso para argumentarmos que o próprio sistema escrito apresenta uma natureza "múltipla". Não poderíamos, desse modo, interpretar o sistema de escrita como uma unidade, ou seja, como um sistema homogêneo.

Esse caráter "múltiplo" e, portanto, *heterogêneo*, se torna ainda mais evidente quando deslocamos nosso olhar do produto escrito (seu sistema, por exemplo) para o processo de produção da escrita (para os usos da língua). Corrêa (2001) salienta que "é enquanto modo de enunciação, de que participam usuários diferentes na constituição de textos diversos para fins diversos, que o evento individual da escrita registra várias histórias". Para esse autor, admitir que a escrita é um modo de enunciação (e não simplesmente um código ou um sistema), implicaria reconhecer a sua heterogeneidade. Assim, essa heterogeneidade da escrita, enquanto prática social historicamente construída, além de estar estruturalmente marcada nos sistemas de escrita – conforme argumentamos acima[4] –, permitiria reconhecer a circulação dialógica[5] do escrevente no seu trabalho com a escrita. Corrêa enfoca, nessa circulação dialógica, entre outras, aquela que se justificaria como um diálogo do escrevente com o leitor (interlocutor), com a própria língua etc.

É neste último ponto que retomamos a terceira questão formulada no início dessa sessão, para argumentar que além de a escrita não se limitar a um conhecimento do código ou a uma tradução da fala, ela não se constitui num trabalho individual do sujeito. O escrevente estabelece uma relação dialógica com o leitor e projeta um interlocutor na sua escrita, estabelece uma relação dialógica com a língua, buscando atender ao que imagina como código escrito institucionalizado. Portanto, o trabalho com o texto escrito se dá no/pelo diálogo.

É nesse quadro de reflexão sobre a escrita, enquanto prática social, que daremos prosseguimento à nossa discussão. Na sessão seguinte, trataremos, em especial, de uma das questões levantadas, aquela que delimitamos, inicialmente, como nosso foco de interesse: o processo interacional que envolve o escrevente e seu interlocutor no trabalho com o texto escrito.

---

[3] Para uma discussão mais detalhada sobre os sistemas de escrita, sua constituição histórica e sua natureza, conferir Cagliari (1997).

[4] Há vários outros aspectos da heterogeneidade da escrita estruturalmente marcada no seu sistema além daqueles que comentamos. Corrêa (2001) cita, por exemplo, as mudanças lingüísticas em andamento num dado estado da língua, ou seja, a história da língua no interior do sistema lingüístico.

[5] Cf. sessão II deste artigo.

A escrita como processo interacional

Falamos sobre o tratamento da escrita como conjunção de regras e como tradução do oral. Argumentamos, em contraponto a essas idéias, que, ao abordar a escrita, estaremos tratando de linguagem, ou seja, de um "objeto" que estaria no centro da vida humana, tendendo a confundir-se com ela (BERBERIAN, 2004). Discutiremos, a partir deste ponto, o papel do outro (interlocutor[6]) no processo de aquisição da linguagem escrita.

Considerar o processo de aquisição da escrita como propusemos implica compreender que tratar da língua, de suas regras e de suas normas é diferente de tratar de seus usos. A escrita, enquanto modalidade da linguagem, ocorre num processo interacional, ou seja, num processo que se define pelas relações do escrevente com os seus interlocutores, num processo em que os interlocutores são "parceiros do diálogo" (BAKHTIN, 2000).

Salientamos, desse modo, que toda atividade humana está ligada, em alguma medida, a utilização da língua; entretanto, são evidentes as dificuldades de se apreender as condições de emprego dessa língua uma vez que essas condições parecem se confundir com a própria língua[7] (BENVENISTE, 1989). É necessário, para tratar da escrita como uma atividade humana e não como língua (código/tecnologia), aquele deslocamento teórico-metodológico que implica em voltar-se para o **emprego** das formas e para as **condições de uso** da língua.

Se partirmos desse princípio, o de que toda atividade humana está ligada aos usos da língua, podemos entender o "emprego das formas lingüísticas" como uso concreto da língua em situações de interação, ou seja, como evidência das variadas relações (faladas e escritas) que se estabelecem, pela língua, entre interlocutores (empíricos e imaginários) em situações de comunicação.

O que caracteriza esse olhar para os usos da língua é a possibilidade de se tomar como foco as relações do escrevente/falante com *o mundo* e com *o outro*. Desde que o interlocutor "(...) se declara locutor[8] e assume a língua, ele implanta *o outro* diante de si, qualquer que seja o grau de presença que ele atribua a este outro" (BENVENISTE, 1989). É nesse diálogo, entre o interlocutor[9] e *o outro*, que fala/escrita se tornam significativas enquanto atividades humanas. Assim, todas as vezes que instauramos um diálogo, falamos/escrevemos para "alguém"[10]: projetamos, em nossa fala/escrita, um interlocutor e buscamos sempre prever suas interferências e respostas.

---

[6] Entenda-se por interlocutor aquele – adulto ou criança – que ao tomar a palavra o faz em resposta a outras palavras e às mais variadas situações comunicativas concretas ou "imaginárias". Essa definição retoma o que propõe Bakhtin (2000) a respeito dos gêneros do discurso.

[7] Usaremos o termo "língua" para nos remeter a um conjunto de normas para o emprego das formas (sons/letras, palavras, frases etc) mais ou menos estabilizadas num determinado estado de língua.

[8] Na acepção de Benveniste o locutor seria aquele que toma a palavra.

[9] Ver nota 7.

[10] Não podemos deixar de mencionar que ao falarmos/escrevermos estamos, em alguma medida, retomando o que já foi dito em alguma outra instância de diálogo.

Nesse contexto de reflexão, no qual a fala/escrita se constitui, também, em uma projeção de papéis, passaremos a discutir, mais especificamente, o processo no qual a criança interage com o interlocutor (representante da "escrita adulta" no trabalho de construção de um texto escrito).

Assim como o processo de constituição da escrita, seu produto (o texto escrito) também não se constituiria pela simples aplicação de regras do código lingüístico. Diferentemente, o texto se constituiria numa circulação dialógica do escrevente em seu trabalho com a escrita. Isso que estamos nomeando de "texto" seria, portanto, o espaço no qual o escrevente estabelece diálogos com a língua, com outros textos e com os interlocutores, simultaneamente. Nesse espaço, conhecimentos sobre a escrita são construídos através da colaboração entre criança e adulto. O adulto, teoricamente letrado[11], seria um referencial para a criança, uma vez que é ele, como um interlocutor, quem questiona e interpreta as hipóteses infantis sobre o texto escrito[12]. A criança, nesse espaço de interação, ao mesmo tempo em que formula e reformula um texto que lhe é "próprio", confronta suas hipóteses com os questionamentos e interpretações do seu interlocutor, e se apropria dessas intervenções.

Essa interação adulto/criança deixa marcas no texto escrito, marcas essas que evidenciam seu processo de constituição. Conforme salienta Abaurre (2002), a respeito das operações de reelaboração cuja origem pode ser remetida às interações que a criança mantém com seu interlocutor empírico, em muitos dos primeiros textos infantis escritos é relativamente freqüente encontrarmos indícios de reelaborações, registrados, ao longo do processo (interacional) de produção textual, no traçado das letras e nas "perturbações" da fluência "do ritmo da escrita" representadas pelos apagamentos, inserções, escritas sobrepostas etc.

39.266

Tais indícios seriam relevantes não só como evidência de uma relação interacional entre criança e adulto, mas também como um lugar para a reflexão sobre os papéis dos interlocutores – adulto e criança. Dessa forma, tomaremos o texto escrito, na sessão seguinte, como o espaço em que se poderia delimitar indícios do "jogo de imagens" estabelecido pelos interlocutores.

O papel dos interlocutores

Vejamos um exemplo desse "jogo de imagens" a que nos remetemos no final da sessão anterior. Num primeiro momento, a criança, incapaz de escrever como o adulto, se apropria da palavra escrita desse interlocutor e reconhece, como meta a atingir, a escrita adulta (ABAURRE, 2002). Essa criança assume o papel de alguém

[11] O termo letrado se refere não só a sujeitos alfabetizados, mas também aos não alfabetizados. O letramento focaliza aspectos sócio-históricos da aquisição e da ausência de um sistema escrito por uma/numa sociedade – observa as conseqüências da presença e da ausência da escrita nas sociedades. Nesse sentido, segundo Tfouni (2001) não existe, em nossa sociedade moderna, sujeitos com grau zero de letramento. "Do ponto de vista do processo sócio-histórico, o que existe de fato nas sociedades industriais modernas são 'graus de letramento' (...)" (TFOUNI, 2001).

[12] O adulto, como referencial para a criança, possibilitaria, portanto, entre outras reflexões, reflexões sobre a convencionalidade da escrita.

que não tem um determinado conhecimento, atribuindo ao adulto esse conhecimento, e, portanto, o papel de modelo de escrita (interlocutor imaginário[13]). Da mesma forma, o interlocutor empírico[14] atribui à criança uma posição de quem não possui conhecimentos sobre a escrita, e para quem ele deve ser uma espécie de tutor[15]. Assim, o que o adulto faz e diz tem repercussões no que a criança faz e diz, e vice-versa. Esse adulto se constitui num interlocutor para a criança não só porque a questiona e a interpreta concretamente, mas também porque a própria criança projeta uma imagem do que seria o papel do adulto no seu processo de aquisição da escrita.

As imagens, construídas a partir das projeções da criança, não são estáticas uma vez que as diferentes situações de produção de textos "exigem" que se assumam diferentes papéis. A cada nova situação de reflexão sobre a escrita, são projetadas modificações nas "primeiras" imagens e outras imagens são projetadas para si e para os outros (interlocutores empíricos).

O adulto, embora projetado pela criança como aquele que conhece, como um modelo pretendido, não se constitui, efetivamente, naquele que detém um conhecimento em relação a uma criança destituída de saber. Este é, entretanto, o imaginário que muitos de nós, adultos e usuários competentes da língua, temos sobre as situações de escrita infantil.

Partindo do princípio de que no mundo em que vivemos a escrita caracteriza diversas de nossas práticas sociais, não poderíamos tratar a criança como um interlocutor desprovido de conhecimentos sobre a escrita. O leitor poderia se perguntar: que criança nunca ouviu uma história contada/lida por um adulto? ou ainda, que criança nunca viu a embalagem escrita de um produto de supermercado? Se a resposta a essas questões, e tantas outras que poderíamos fazer, é "nenhuma", é porque todas as crianças estão inseridas em práticas sociais de escrita. Diríamos, ainda, que todos nós, adultos e crianças, somos atravessados por usos da escrita[16].

Posto, então, que as crianças, no processo de aquisição da escrita, "carregam", para sua reflexão, conhecimentos desse mundo povoado pela escrita, qual seria, então, o papel do interlocutor-adulto – por exemplo, da família e dos profissionais como professores, fonoaudiólogos, psicólogos, entre outros –, envolvido nesse processo?

---

[13] O termo imaginário se refere às representações que os interlocutores fazem um do outro e de si próprios nos contextos interacionais.

[14] Usamos a palavra empírico para diferenciar a presença física do interlocutor das diferentes representações que ele pode assumir ou que a ele se poderia atribuir.

[15] Tomamos esse termo emprestado de Kleiman (2001) que o empregou no sentido de salientar que "o conhecimento sobre a escrita é construído através da colaboração, numa relação quase que tutorial.", aspecto que corrobora com nossos argumentos a respeito da escrita como processo interacional. Desse modo, tutor seria uma das representações e também um dos papéis que poderíamos atribuir ao interlocutor empírico.

[16] Ressaltamos, entretanto, que "(...) os significados específicos que a escrita assume para um grupo social dependem dos contextos e instituições em que ela foi adquirida" (KLEIMAN, 2005 apud PEREIRA E OLIVEIRA, a sair). Assim cada adulto/criança estará atravessado pelos usos da escrita de diferentes modos.

Conforme mencionamos no início dessa sessão, muitas vezes a imagem que o adulto-interlocutor constrói em torno de si para lidar com situações de escrita infantil é a de quem sabe a língua e a de quem transmite linguagem (LEMOS, apud. KOMESU, 2002). Problematizamos esse imaginário que o adulto cria para si e propomos, neste ponto, uma mudança de atitude: o reconhecimento do seu papel de guia no processo interacional de construção da escrita.

Esse outro papel que estamos propondo ao adulto depende do deslocamento teórico-metodológico que discutimos anteriormente, ou seja, depende de considerarmos, sempre, no trabalho com aquisição de linguagem escrita, o produto escrito como parte do processo de constituição do escrevente, do texto e de seu interlocutor. Assim, as imagens e relações que tanto a criança quanto o adulto constroem na interação escrita modificam-se constantemente. Esse constante movimento dos interlocutores, adulto e criança, concretos e imaginários, evidencia que o conhecimento sobre a escrita é construído através da colaboração (KLEIMAN, 2001) e não transmitido por um adulto que sabe a língua.

O papel do adulto, e, portanto, dos pais, dos professores, dos psicólogos, dos fonoaudiólogos etc, se caracterizaria, nessa perspectiva, de um modo geral, por proporcionar experiências significativas[17] de leitura e escrita desenvolvidas de forma compartilhada com a criança (BERBERIAN, 2004). A atividade de escrita deveria ser considerada, pelo adulto, como um exercício de interpretação e significação sobre as hipóteses de escrita infantil. Essa interpretação e os sentidos que adultos são capazes de atribuir à escrita infantil funcionariam como um modificador da reflexão das crianças sobre a escrita e, ao mesmo tempo, funcionariam como um momento em que o adulto pode reavaliar suas posturas e representações diante do processo de aquisição.

O contexto familiar funcionaria, por exemplo, como um primeiro lugar de descoberta das funções dos usos e do status da escrita na interação cotidiana, ou seja, seria o lugar do "primeiríssimo encontro com a língua escrita" (FRIER, 2006). Este e também outros contextos – o da escola, o da clínica fonoaudiológica e psicológica, entre outros – embora tenham suas especificidades, funcionariam como um lugar privilegiado de sistematização dos usos da escrita. Esses são alguns dos tantos funcionamentos que poderiam ser levantados a respeito dos ambientes em que a aquisição da escrita acontece.

Salientamos, desse modo, que é necessário, no processo de aquisição da escrita, voltar-se para as relações que interlocutores empíricos/imaginários são capazes de estabelecer entre si, entre um conhecimento e a vida. Além disso, a minha e a sua preocupação, como interlocutores-adultos (pais, professores, fonoaudiólogos, psicólogos etc), nas situações de escrita infantil, deveria ser com o funcionamento

[17] Entendemos por experiências significativas o que Pereira e Oliveira (a sair) definiram como atividades "(...) em que as crianças escrevem porque existe o que escrever e [existe] uma razão para escrever o que se tem a escrever".

da linguagem e não (somente) com a adequação a uma forma padrão de escrita. Enquanto interlocutor empírico é nosso papel criar um ambiente dialógico em que, na interação com as crianças, essas possam construir e reconstruir hipóteses sobre a linguagem, a escrita e o texto (PEREIRA e OLIVEIRA, a sair); é papel do interlocutor-adulto valorizar os conhecimentos das crianças a fim de tornar a escrita uma atividade significativa para a vida.

Fizemos, como o leitor pôde acompanhar, um recorte, no qual empreendemos um deslocamento teórico-metodológico para enfocar, no processo de aquisição da escrita, aquilo que seria o papel do interlocutor. Estamos cientes de que esse nosso recorte não se esgotou neste capítulo. Outras reflexões poderiam, devem e estão sendo feitas a respeito da interlocução do processo de construção da escrita infantil. Esperamos, entretanto, ter possibilitado ao leitor uma re-interpretação do modo como cotidianamente se trata a escrita e seu processo de aquisição.

Referências

ABAURRE, M. B. Os estudos lingüísticos e a aquisição da escrita. In: CASTRO, M. F. P. (Org.) **O método e o dado no estudo da linguagem**. Campinas: Editora da Unicamp, 1996, p. 111-78.

_____. O papel do interlocutor. In: _____; FIAD, R. S. e MAYRINK-SABINSON, M. L. T. **Cenas de aquisição da escrita:** o trabalho do sujeito com o texto. Campinas: Mercado de letras, 1997, p. 117-151.

BAKHTIN, M. M. Os gêneros do discurso. In: _____.**Estética da criação verbal.** São Paulo: Martins Fontes, 2000, p. 277-326.

BENVENISTE, E. O aparelho formal da Enunciação. In: _____. **Problemas de Lingüística Geral II**. Campinas: Pontes, 1989, p. 81-90.

BERBERIAN, A. P. Linguagem escrita no contexto da clínica fonoaudiológica. In: FERREIRA, L. P., BEFI-LOPES, D. M., LIMONGI, S. C. O. (org). **Tratado de Fonoaudiologia.** São Paulo: Roca, 2004, p. 846-861.

CAGLIARI, Luiz Carlos. A escrita. In: _____. **Alfabetização e Lingüística. São Paulo:** Scipione, 1997, p.95-120.

CORRÊA, M. L. G. Letramento e heterogeneidade da escrita no ensino do português. In: _____.; SIGNORINI, I. (org). **Investigando a relação oral/escrito e as teorias do letramento.** Campinas: Mercado de Letras, 2001, p. 135-166.

FRIER, C. Palavras em torno de um livro: relação com o texto e heterogeneidade dos estilos nos rituais familiares de leitura compartilhada. In: CORRÊA, M. E BOCH, F. (org). **Ensino de lingual:** representação e letramento. Campinas: Mercado de Letras, 2006, p. 107-122.

KLEIMAN, A. Modelos de letramento e as práticas de alfabetização na escola. In: _____. **Os significados do letramento: uma nova perspectiva sobre a prática social da escrita.** Campinas: Mercado das Letras, 2001, 15-61.

KOMESU, F. Diálogo e dialogismo no processo da aquisição da linguagem. **Alfa,** São Paulo, n. 46, p. 55-70, 2002.

PEREIRA, C. Q. e OLIVEIRA, E. C. de. **Reescrita e Interação.** (a sair).

TFOUNI, L. V. **Letramento e Alfabetização.** São Paulo: Cortez, 2002.

CAPÍTULO 9

ATUAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA NAS ESCOLAS: ASPECTOS DE AUDIOLOGIA EDUCACIONAL

Juliana De Conto
Carla Cristina Polido Pires Ricci
Ana Paula Zaboroski

Introdução

O homem enquanto um ser social, utiliza da linguagem para se comunicar com o meio e consigo mesmo, organiza suas idéias, pensamentos e estabelece relações. A aquisição e o desenvolvimento da linguagem, de forma geral, se processam de maneira contínua e harmônica. No momento em que a criança ingressa na escola, período pré-escolar, ainda se encontra no estágio de desenvolvimento da linguagem, pois nesta faixa etária, muitos aspectos continuam em processo de aquisição ou até mesmo de ampliação ou aperfeiçoamento. Desvios e/ou distúrbios neste período podem refletir diretamente sobre a linguagem.

Uma das alterações que pode se fazer presente e, com isto dificultar a aquisição e o desenvolvimento da linguagem oral, escrita ou dificuldades na voz, é a perda auditiva. Pelas conseqüências sobre o desenvolvimento geral das habilidades de comunicação na infância, torna-se importante a identificação e a intervenção precoce quanto às possíveis dificuldades auditivas.

Geralmente é no âmbito escolar em que estas dificuldades aparecem com maior evidência. Por esta razão, devem-se tomar determinadas ações para assegurar que a criança tenha audição adequada e, caso seja diagnosticado a dificuldade auditiva é necessário uma intervenção mais rápida e adequada possível, com o objetivo de minimizar ou até mesmo eliminar os seus efeitos.

Desenvolvimento da audição e da linguagem

Simultaneamente à maturação da função auditiva ocorre o desenvolvimento da fala e das habilidades da linguagem. O início da aprendizagem da linguagem ocorre no nascimento e a aquisição destas habilidades possui características específicas de acordo com a faixa etária em que se encontram. De acordo com Northern e Downs (1989), e Vilaseca; Río (1997), o desenvolvimento da audição e da linguagem pode ser dividido em dois períodos: o pré-lingüístico que se caracteriza pela criança utilizar os gestos e algumas vocalizações como forma de comunicação com o seu interlocutor, compreendendo a faixa etária entre os 0 até aproximadamente os 12 meses de idade e, o período lingüístico que se caracteriza

https://doi.org/ 10.36311/2009.978-85-98176-22-2.p105-110

pelo fato da criança se comunicar por meio da palavra. Aos 18 meses aproximadamente a criança possui um vocabulário de mais ou menos 50 palavras e suas frases são caracterizadas por dois elementos (frase formada por duas palavras); a compreensão é maior que a expressão, nomeando pessoas e objetos ao seu redor. Aos 24 meses segue ordens simples e, aos 36 meses há o aperfeiçoamento da linguagem nos aspectos semântico, morfológico, sintático e fonético-fonológico.

Alterações no processo auditivo, como visto anteriormente, podem comprometer diretamente esse desenvolvimento.

Considerações sobre a perda auditiva

Segundo Jakubovicz (2002), de acordo com o momento em que ocorrem, os problemas auditivos podem ser divididos em:

• Perda auditiva pré-natal:

Ocorre antes do nascimento pela ação de uma infecção, tóxico ou trauma sobre a orelha ainda durante a gestação. P.Ex.: Rubéola materna, malformações do feto.

• Perda auditiva pós-natal:

Ocorre após o nascimento, podendo ser adquirida na infância, adolescência, idade adulta ou até mesmo na terceira idade. P.Ex.: Sarampo, Otites.

Conseqüências da perda auditiva

As conseqüências da perda auditiva sobre o desenvolvimento da linguagem variam em função do grau da perda e da idade em que surge (JUÁREZ, 1997).

Perda auditiva no período pré-lingüístico

- Perda auditiva leve: não ocorrem problemas importantes, mas podem surgir distúrbios articulatórios por discriminação insuficiente de certos traços fonéticos, problemas de atenção em sala de aula e dificuldade para perceber a voz de baixa intensidade; sendo que muitas vezes passam despercebidos pela família e pelas pessoas ao seu redor.
- Perda auditiva moderada: há o aparecimento natural e espontâneo da linguagem, mas com atraso e sérias dificuldades de comunicação. Apresenta dificuldades de compreensão em ambientes ruidosos ou em conversas interpessoais.
- Perda auditiva severa: não se observa desenvolvimento espontâneo da linguagem; a audição residual não é funcional por si só, embora seja amplificada pela prótese auditiva. A aprendizagem da linguagem oral é difícil, lenta e, às vezes, muito limitada.
- Perda auditiva profunda: toda a compreensão verbal da criança depende de leitura labial; a voz e a pronúncia tornam-se muito alteradas. A aquisição da linguagem oral é particularmente difícil.

Perda auditiva no período pós-lingüístico

A perda auditiva adquirida, após a aquisição da linguagem oral traz menores conseqüências sobre o desenvolvimento dos aspectos fonéticos, semânticos, morfológicos e sintáticos. As dificuldades no nível de compreensão estão relacionadas ao grau da perda, mas, geralmente indivíduos que adquirem a perda auditiva neste período, possuem uma boa compreensão por apresentarem uma melhor leitura labial, devido ao maior conhecimento da linguagem em geral. Entretanto, podem ser observadas conseqüências afetivas e sociais como: isolamento; agressividade; ansiedade que podem afetar gravemente o seu desenvolvimento pessoal e sua integração social.

Segundo Gama e col. (1995), as perdas auditivas na infância, mesmo aquelas de grau leve, podem ter um efeito negativo sobre o desenvolvimento da linguagem e do processo educacional, resultando em problemas psicológicos e sociais na criança e em seus familiares.

Alterações fonoaudiológicas encontradas no âmbito escolar

A escola é o local em que terá continuidade o desenvolvimento da linguagem logo após os primeiros anos de vida. As primeiras etapas de desenvolvimento da linguagem geralmente são adquiridas no contexto familiar, porém aproximadamente a partir dos 4 anos de idade, a criança, cuja linguagem ainda se encontra em desenvolvimento, passa a desenvolver-se também dentro do contexto escolar, sendo este um ambiente de características muito diferentes do familiar.

O contexto escolar contribui de forma decisiva para a evolução da comunicação e da linguagem, tanto oral como escrita. Porém, é geralmente na escola que as dificuldades se evidenciam e os problemas emergem, podendo as crianças mostrarem algum comprometimento em sua aprendizagem ou sociabilização (RÍO; BOSCH, 1997).

Considerando que nas salas de aula possam existir crianças com algum tipo de perda auditiva ou com alterações perceptuais auditivas, e que estes problemas muitas vezes não são detectados podendo levar algumas crianças a abandonar a escola; a atuação da fonoaudiologia na escola aliada ao trabalho dos professores é de grande importância e trás subsídios aos educadores facilitando o olhar sobre àquelas crianças promovendo assim atividades e/ou condutas que possibilitem melhores condições para o processo da aprendizagem (Bevilaqua, 1978).

De acordo com Northern e Downs (1989), e Río e Bosch (1997), dentre as dificuldades mais freqüentes na escola encontra-se as perdas auditivas, sendo assim de grande importância o olhar do professor sobre esse aspecto, e quando a suspeita se fizer presente, é importante encaminhar para uma avaliação audiológica mais detalhada. Apoiando esse aspecto Sonzogno apud Pereira; Santos e Osborn (2000) afirma que o professor pode identificar uma criança com possíveis dificuldades auditivas quando: não entende ou não escuta uma ordem na primeira instrução; frequentemente solicita que a ordem seja repetida novamente, não realiza a atividade proposta tal como foi requisitada, entre outros.

Conseqüências das alterações auditivas no processo de construção da linguagem escrita

A comunicação humana pode ser definida como um mecanismo de transmissão e recepção de mensagens por meio da linguagem falada ou escrita, porém para que a comunicação ocorra é necessária a participação da audição neste processo. Geralmente uma das principais razões de encaminhamento de crianças para atendimento fonoaudiológico, realizado pela escola, tem sido as dificuldades ortográficas (trocas de letras).

A escrita se caracteriza por uma série de relações entre os sons da fala (fonemas) e as letras empregadas para representá-los (grafemas). Então, para aprender a ler e escrever é necessário chegar à noção de fonema/ grafema, o que implica numa capacidade para analisar os sons da fala em suas unidades constituintes, denominada de consciência fonológica. Esta correspondência entre letras e sons, pode ser estável quando um som é representado por uma única letra (/f/ → /faca/), ou por meio de representações múltiplas, nos casos em que um mesmo som pode ser escrito por várias letras ou uma mesma letra pode representar vários sons (/z/ → /zebra/, /casa/, /exame/).

Aprender a escrita também implica em identificar, na fala, a seqüência dos fonemas e a posição de cada um, determinando a posição das letras dentro das palavras escritas; também significa compreender como as sílabas se compõem, quais características entonacionais elas apresentam. Requer entender as variações e diferenças fundamentais que existem entre as formas de falar e os modos de escrever, correspondendo a influência da oralidade sobre os padrões da escrita. Estas são as habilidades básicas para o aprendizado da escrita.

Os fonemas podem ser divididos em surdos e sonoros. Os surdos caracterizam-se por não envolverem a vibração das pregas vocais durante a sua produção, já os sonoros são o oposto, ou seja, ocorre a vibração das pregas vocais. Desta forma, classifica-se como surdo os seguintes fonemas: /p/, /t/, /k/, /f/, /s/ e /x/; com os seus respectivos fonemas sonoros: /b/, /d/, /g/,/m/, /n/, /v/, /z/ e /j/. Se uma criança ao escrever /veludo/, escreve [feludo], esta "troca" (co-ocorrência) pode estar relacionada a uma alteração de discriminação auditiva, isto é, por não detectar a diferença entre o som surdo e o som sonoro (PEREIRA; SANTOS; OSBORN, 2000).

As perdas auditivas causadas por pequenas alterações, como otites, rolha de cera, disfunção tubária e presença de corpo estranho no conduto auditivo, podem ser insidiosas e silenciosas e a criança não possui parâmetros que lhe permitam perceber que está ouvindo menos que o normal e, em função disto, não relata dificuldades. Por esta razão, os pais ou responsáveis pela criança não percebem nela a dificuldade auditiva, o que dificulta ou impede a detecção de uma alteração e, conseqüentemente, a realização de uma avaliação e a determinação de um problema auditivo (LACERDA; RIBAS; SIQUEIRA, 2002).

Pelo fato da criança, mesmo com dificuldade para ouvir, conseguir escutar e responder apropriadamente grande parte do tempo, o professor pode atribuir

as respostas imprevisíveis à desatenção e penalizar a criança de acordo com isso (JAMIESON, 1999). Em relação a este dado, Ribas (1999), concluiu após pesquisa realizada com professores da rede de ensino público e particular de Curitiba, que estes profissionais não estão suficientemente capacitados para perceber em seus alunos sinais que indiquem alterações auditivas e não relacionam, na maioria das vezes, o fracasso escolar à prováveis dificuldades de audição.

Possibilidades de trabalho no âmbito educacional

A atuação fonoaudiológica no âmbito educacional compreende trabalhar em equipes multidisciplinares com o objetivo de desenvolver ações preventivas na área da comunicação oral e escrita, voz e audição. Especificamente quanto ao aspecto auditivo o fonoaudiólogo, inserido em uma instituição escolar, poderá por meio de orientações e treinamentos assessorar os professores na escolha de atividades que promovam uma investigação geral quanto aos aspectos auditivos de seus alunos, bem como propor atividades que visem estimular as habilidades auditivas (atenção, discriminação, memória, análise-síntese auditiva, dentre outras). Orientando assim os professores em como estes podem agir a fim de minimizar certas dificuldades. Algumas das propostas seriam: desenvolver atividades que estimulem e valorizem todas as informações que estão envolvidas no processo de aprendizagem; utilizar estratégias que possam ajudar a ter uma melhor recepção auditiva, ocupando um local adequado na sala de aula ou falando com intensidade vocal mais forte quando não for possível reduzir o ruído ambiental; estar próximo da criança quando falar e, olhar diretamente para a face da mesma; ser um bom modelo de fala para a criança e estar atento às respostas da criança frente à estímulos sonoros, bem como ao desenvolvimento de fala e linguagem da mesma. Realizar, sempre que possível, dinâmicas que favoreçam o desenvolvimento da atenção, discriminação, reconhecimento auditivos e memória, como por exemplo: Bingo de letras; complemento de histórias e/ou palavras, associação de idéias a sons, dentre outras.

As estratégias utilizadas no trabalho educativo com os professores devem permitir não apenas a construção de novos conhecimentos, mas também a sensibilização desses profissionais em relação aos assuntos da comunicação humana. A utilização de técnicas participativas facilita essa sensibilização, pois permite um aprendizado útil e consciente, não ocorrendo apenas à retenção momentânea das informações transmitidas (SEBASTIÃO, 2001).

Diante dos aspectos discutidos, verificamos a importância da realização de ações educativas que tenham o objetivo de propiciar e otimizar, aos pais e professores, a construção de conhecimentos relacionados à audição, às suas alterações, conseqüências no processo de aprendizagem da linguagem oral e escrita e, possibilidades de ações preventivas que estimulem o desenvolvimento da comunicação humana de forma geral, minimizando prováveis aparecimentos dos distúrbios no decorrer da aquisição e/ou desenvolvimento da comunicação.

Referências

BEVILACQUA, M. C. **Audiologia educacional:** considerações sobre a audição de crianças da primeira série do primeiro grau escolar de escolas públicas. São Paulo. 1978. 88fls. Mestrado (Dissertação). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

GAMA, A. C. C.; CAMPOLINA, A. P.; CURY, C. G. R.; FERREIRA, R. C.; GODINHO, R.; NUNES, F. B.; GUIMARÃES, R. E. Triagem audiológica em escolares de Belo Horizonte. In: BEHLAU, M. **Fonoaudiologia hoje: speech-language pathology & audiology today.** São Paulo: Lovise, 1995.

JAKUBOVICZ, R. Deficiência de audição. In:_____**Avaliação, diagnóstico e tratamento em fonoaudiologia:** Psicomotricidade, deficiência de audição, atraso de linguagem simples e gagueira infantil. 2.ed . Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

JAMIESON, J. R. **O impacto da deficiência auditiva.** In: KATZ, J. Tratado de audiologia clínica. 4 ed. São Paulo: Manole, 1999.

JUÁREZ, A. **Intervenção fonoaudiológica na surdez infantil.** In: CASANOVA, J. P. *et al.* Manual de fonoaudiologia. 2.ed. Porto Alebre: Artmed, 1997.

LACERDA, A. B. M. de.; RIBAS, A.; SIQUEIRA, M. M. P. **Triagem auditiva escolar: uma justificativa para sua realização.** Jornal Brasileiro de Fonoaudiologia. Curitiba, v.3, n.12, p. 229-232, jul./set. 2002.

NORTHERN, J. L.; DOWNS, M. P. **Audição em crianças.** 3. ed. São Paulo: Manole, 1989.

PEREIRA, L. D. ; SANTOS, A. M. S. dos; OSBORN, E. **Ação preventiva na escola: aspectos relacionados com a integração professor e aluno e a comunicação humana.** In: VIEIRA, R. M.; VIEIRA, M. M.; AVILA, C. R. B. de; PEREIRA, L. D. Fonoaudiologia e saúde pública. 2. ed. Carapicuíba, São Paulo: Pró-Fono, 2000.

RIBAS, A. **Perda auditiva:** como o professor percebe esta dificuldade em seus alunos? Caderno de Resumos da I Jornada Paranaense de Fonoaudiologia – UTP, Curitiba, 1999.

RÍO, M. J. del; BOSCH, L. **Fonoaudiologia e escola.** In: CASANOVA, J. P. *et al.* Manual de fonoaudiologia. 2.ed. Porto Alebre: Artmed, 1997.

SEBASTIÃO, L. T. **Escolas de educação infantil:** uma proposta de atuação educativa com professores, com enfoque na audição. In: GIROTO, C. R. M. Perspectivas atuais da fonoaudiologia na escola. São Paulo: Plexus, 2001.

VILASECA, R.; RÍO, M. J. del. **Sobre a aquisição e o desenvolvimento da linguagem.** In: CASANOVA, J. P. *et al.* Manual de fonoaudiologia. 2.ed. Porto Alebre: Artmed, 1997.

CAPÍTULO 10

A EDUCAÇÃO INFANTIL E AS SUAS IMPLICAÇÕES NO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO

Rafael Siqueira de Guimarães

A Educação Infantil vem sendo discutida há relativamente pouco tempo no interior das práticas educacionais brasileiras. Esse processo tem sido mais enfaticamente enfocado desde meados da década de 1990, o que culminou com a elaboração da Lei de Diretrizes e Bases promulgada em 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1997), quando se operacionalizou o direito à Educação desde o nascimento, já inserido na Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988). Entretanto, há ainda, seguindo uma perspectiva histórica, a dificuldade de compreender esse papel dado à Educação Infantil, devido ao seu aspecto assistencial delineado através dos tempos.

Se ainda há a dificuldade em compreender o verdadeiro papel da educação Infantil na contemporaneidade, o que dizer sobre a transformação dos saberes (diretrizes) em bases operacionais no interior das instituições de Ensino? È exatamente esse o objetivo deste capítulo: discutir sobre os saberes e fazeres na Educação Infantil, tentando compreendê-la como parte do processo de desenvolvimento infantil, no qual a criança se edu-comunica com *outros significativos*. Para que os atores da Educação Infantil, mais especificamente os profissionais que atuam mais diretamente junto às crianças até os seis anos de idade, é necessário que estes construam significados acerca do processo educacional no âmbito da Educação infantil, para que possam, então, construir e (re) pensar fazeres, atuando como facilitadores reais no processo ensino-aprendizagem.

A mudança do papel da creche e da pré-escola

Como aponta Didonet (2001), historicamente, o que chamamos de Educação Infantil hoje, foi entendido numa separação entre creche (para o atendimento de crianças entre 0 e 3 anos) e pré-escola (para o atendimento de crianças entre 4 e 6 anos). A LDB (BRASIL, 1997), pautada no conceito de cidadania, dá às duas as funções tanto de cuidado como de educação. Como assevera Didonet (2001), " se cada uma ficasse com uma função, ambas seriam incompletas" (p. 14). Sendo assim, apesar de refletirmos sempre em termos de desenvolvimento humano e, no que diz respeito a esse, cada idade tem suas necessidades básicas, os objetivos mais amplos da Educação Infantil devem ser respeitados, o de dar as condições necessárias para que a Educação para o desenvolvimento ocorra e de iniciar a construção do cidadão.

https://doi.org/ 10.36311/2009.978-85-98176-22-2.p111-116

Áries (1978) aponta que foi a partir do Século XVII que a criança passou a ser educada por meio da escola e não mais pelo contato com os adultos. Entretanto, é a partir das reinvidicações sobre a necessidade da mulher, agora inserida no mercado de trabalho, que precisa de um atendimento a seus filhos, que são criadas as creches. Segundo Gayotto *et al.* (1992), a primeira creche de que se tem notícia foi instituída em Paris, no ano de 1844. Nesse mesmo sentido, Didonet (2001) aponta que a creche teve o mesmo intuito, o de receber os filhos das mães trabalhadoras, confluindo com o pensamento de Gayotto et al. (1992), que reforça o caráter assistencialista e de substituto da família, refletindo dramaticamente nos saberes dos educadores sobre a Educação Infantil.

Numa concepção mais ampla e atual, é preciso compreender que o processo de escolarização da criança se inicia na educação infantil. Isso quer dizer que, desde que a criança se insere numa Instituição que tem objetivos claramente educacionais, ela está recebendo uma atenção que ultrapassa os limites do cuidado com seu bem-estar físico ou mesmo psicológico. É inútil discutir a necessidade da convivência familiar da criança pequena, tão discutida em diversos manuais com ênfase numa Psicologia construída a partir do paradigma burguês de compreensão da subjetividade, mas é preciso (re) pensar o papel e as formas de configuração familiar na contemporaneidade para além do paradigma que entende a Creche e a Pré-escola como espaços provisórios, que estariam "suprindo" uma "falta" que a família faz ao desenvolvimento da criança. Pelo contrário, numa configuração mais próxima da realidade de nosso século, na Escola (e aqui *entendo* a Educação Infantil como Escola):

> *A criança vive um processo de socialização qualitativamente distinto, passando a internalizar novos conteúdos, padrões de comportamento e valores sociais. Será submetida a novos processos de internalização da realidade social, pela mediação de novos veículos sociais (MIRANDA, 1984, p. 134).*

Essa internalização de valores se dá de diversas maneiras e, fazendo a opção política em relação á construção de cidadania a partir da Educação Infantil, é evidente que deve-se compreender que a Creche e a Pré-Escola são espaços privilegiados para a reflexão acerca de quais papéis são desempenhados por todos os seus atores, sejam eles educadores ou crianças e suas famílias. Isso quer dizer que é no espaço da Educação Infantil onde se inicia o processo de desvelamento da sociedade e das suas contradições.

O papel dos educadores na Educação Infantil

Gayotto *et al.* (1992) discutem que os educadores na Educação Infantil, para que sejam mediadores no processo ensino-aprendizagem e busquem o início da construção da cidadania, devem se ater a algumas dimensões: a opção política, a opção por aprender a aprender e a opção por romper com a alienação.

Em primeiro lugar, então, segundo as autoras, deve-se ir além das condições sócio-culturais dos educandos. Patto (2000) assevera que o fracasso escolar no Brasil esteve (e está) intimamente relacionado à sua própria produção no interior da escola. Uma das justificativas para esse fracasso ocorrer se dá pelas teorias ligadas a algum tipo de carência do educando em aprender (seja uma carência econômica, cultural, racial ou por desestruturação familiar). Se crianças de uma creche vivem numa determinada comunidade carente de recursos econômicos, podemos explicar sua carência a partir dessa significação ou podemos, como apontam Gayotto *et al.* (1992) fazer a opção pela libertação, uma atitude política, que visa romper com esses moldes enclausurantes do assistencialismo, que se configura em práticas de cuidados às necessidades de comida (quando a carência é econômica) ou de carinho (quando a carência é familiar).

O segundo ponto a ser considerado é a opção pelo aprendizado constante do educador. A perspectiva da formação continuada vem de encontro a essa opção, rompendo com o que Freire (1985) chamou de Educação Bancária, que aponta para o educador como uma autoridade instituída. Nesse sentido, tanto o papel do educador da Educação Infantil como o do especialista (Psicólogo, Fonoaudiólogo, Psicopedagogo, etc.) encarregado de dar subsídios à atuação prática desse educador devem ser repensados, já que nem um nem outro possuem um saber cristalizado e que dá conta de todas as dimensões da Educação Infantil, mas é a construção de saberes que propicia a atuação crítica. É pensar que nem a criança é privada de algo e por isso o educador irá suprir essa falta e nem o educador é privado de conhecimento técnico e irá receber a (in) formação do especialista. A reflexão constituída na constante formação reflexiva é que dará subsídios para a atuação consciente no processo ensino-aprendizagem na Educação Infantil.

Em terceiro lugar, e retomando as opções anteriores, diz respeito ao rompimento com a alienação. Gayotto *et al.* (1992) sistematizam em três pontos básicos essa reflexão: a) tendo claro a opção de educador; b) reconhecendo a coerência de seu papel na prática, e c) possibilitando, a partir da reflexão, que a comunidade quebre com o sistema assistencialista a partir de suas próprias concepções previamente construídas. É o ponto mais importante na construção de uma Educação Infantil que possibilite a cidadania: o rompimento com as práticas embasadas por uma Psicologia do Desenvolvimento que pautou-se numa leitura do Desenvolvimento Infantil típico e ideologicamente (PATTO, 2000) utilizou-se desses conhecimentos para estabelecer quem é aquele que aprende e quem é aquele que não aprende, destituindo aqueles que são os verdadeiros interessados no processo (criança e família) do poder de decisão e impondo uma submissão aos modelos educacionais assistencialistas.

A Formação do Educador: pilar essencial de uma Educação Infantil de qualidade

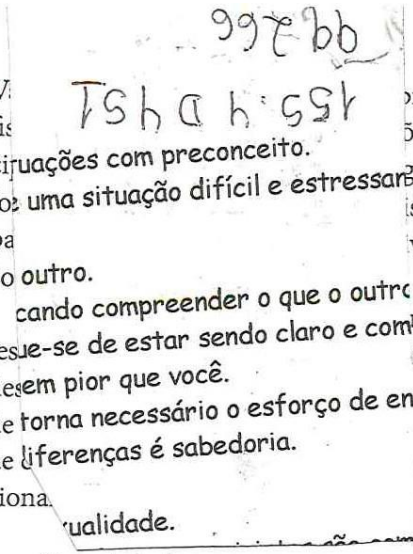
Para atingir os objetivos propostos nas Políticas Educacionais para a Educação infantil, torna-se essencial a Formação de educadores. Como exposto anteriormente, o pensamento acerca do papel do educador deve ser repensado num sentido mais amplo, que envolve as dimensões sociais de sua atuação. Mas é também necessário o (re) pensar sobre as teorias de ensino-aprendizagem que o educador tem acesso em sua formação e na forma com a qual essas são enfocadas em cursos de formação. Saviani (1987), chama de "transplante cultural" o que ocorre no sistema educacional brasileiro que, principalmente por uma insuficiência teórica por parte dos educadores acaba-se por assimilar, sem crítica ou reflexão nem mesmo adaptação, idéias de outros sistemas educacionais que têm experiências positivas em outras culturas, para a realidade brasileira, o que acaba criando um certo fazer técnico em detrimento de um fazer reflexivo e com opções políticas.

Segundo Libaneo, Oliveira e Toschi (2003), a escola também é local de aprendizagem, o que conflui com as idéias de Gayotto *et al.* (1992), quando essas autoras enfocam o processo de aprender a aprender na Educação Infantil. Entretanto, alguns autores, como Vasconcellos (2001) relembram que saberes básicos são também necessários, não excetuando a necessidade de uma formação continuada de educadores. Como apontam Libaneo, Oliveira e Toschi (2003), na LDB:

> *a formação docente para a educação básica deve ser realizada em cursos superiores de licenciatura plena, sendo admitida a formação mínima de nível médio, na modelidade normal, para o exercício do magistério na educação infantil (...) (Libaneo; Oliveira; Toschi, 2003, p. 273)*

Sendo assim, as competências básicas são construídas em cursos específicos para o magistério, entretanto, como discute Tanamachi (2002) a respeito das considerações acerca dos conhecimentos sobre as teorias de desenvolvimento infantil advindas da Psicologia e ensinadas aos profissionais de Educação, deve haver um pensamento crítico que embase uma reflexão acerca dessas teorias, no sentido de verificar se estas estão de acordo com as propostas de uma escola que visa uma universalização do ensino.

Para operacionalizar não apenas uma crítica, mas uma proposta de superação das dificuldades encontradas pelos educadores na Educação Infantil (e vale lembrar que também são educadores aqueles chamados de auxiliares de desenvolvimento infantil, pajens, monitores de creche, cujas formações não são específicas em magistério), a iniciativa de formações continuadas se tornam cada vez mais eminentes. Como aponta Silva (2001), as propostas de Formação de educadores da Educação Infantil deve atingir o objetivo de compreendê-los com identidade própria, já que há uma especificidade no trabalho nessa modalidade de ensino.



99766
155.4 D451

V... ...re sua experiência com a formação de pro-
fis... ...õe que, apesar de considerar como eixo prin-
ci... ...gica adotada seja a criança, a perspectiva da
fo... ...isso e o investimento pessoal no processo, a
pa... ...vas de trabalho, tendo como início o próprio
co...

...um engajamento por parte dos próprios agen-
tes... ...iar a reflexão e a construção das possibilida-
des... ...ar-se de teorias enclausuradoras do processo
de... estes sejam "assimilados" pelos educadores
de... ...ve ser conjunta, em ambos os níveis educa-
ciona... ...os profissionais de Educação Infantil.

...uações com preconceito.
...uma situação difícil e estressan...
...outro.
...cando compreender o que o outr...
...ue-se de estar sendo claro e com...
...em pior que você.
...torna necessário o esforço de en...
...iferenças é sabedoria.
...ualidade.

Concluindo...

Ao terminar esse breve reflexão, os resultados de pesquisa discutidos por um grupo que coordenei sobre educadoras de creche (GUIMARÃES; BARBIERI; LUTZ, 2005) são extremamente emblemáticos. Na mudança do processo de compreensão da creche e da educação infantil de forma geral de uma perspectiva mais assistencialista para uma perspectiva mais educacional, evidenciado principalmente na última década do século passado, os pensares/fazeres em Educação Infantil ainda se confundem com a perspectiva que a história privilegiou, ou seja, a questão de atendimento é voltada ao cuidado.

As observações realizadas nesta pesquisa demonstram que as educadoras tanto em escolas públicas como em escolas privadas tiveram um bom desempenho no que tange aos cuidados e à afetividade no trato com crianças pequenas, entretanto, as necessidades educacionais são postas de lado. Há ainda, no entender das próprias educadoras (e no seu fazer cotidiano) o foco do cuidado, da assistência, do *lócus* provisório, do suprimento da falta que a família faz.

As educadoras trocam fraldas com o devido cuidado, são responsivas afetivamente às crianças, alimentam-nas com cuidado, mas no que tange às suas necessidades educacionais, não apenas de aprendizagem cognitiva, mas de uma aprendizagem cidadã, estas são deixadas de lado. Há ainda cristalizado um pensar acerca da Educação Infantil que se reflete na prática das educadoras. Somente experiências de formação que levem em consideração a reflexão e a construção de saberes próprios que vão de encontro aos verdadeiros objetivos da Educação Infantil levarão à superação desse paradigma.

Referências

ÁRIES, P. **História social da criança e da família.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1978.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição (da) República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Ministério da Educação e do Desporto. **Lei de Diretrizes e bases no. 9394/1996,** de 20 de dezembro de 1996. Brasília, 1997.

DIDONET, V. Creche: a que veio... para onde vai... **Em aberto,** Brasília, v. 18, n. 73, p. 11-27, jul. 2001.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

GAYOTTO, M. L. *Et al.* **Creches:** desafios e contradições da criação coletiva da criança pequena. São Paulo: Ícone, 1992.

GUIMARÃES, R. S.; BARBIERI, C. R.; LUTZ, D. Análise da relação educador - criança em ambiente de creche. **Anais do VII Congresso Nacional de Psicologia Escolar e Educacional,** 2005.

LIBANEO, J. C.; OLIVEIRA, J. F., TOSCHI, M. S. **Educação escolar:** políticas, estrutura e organização. São Paulo: Cortez, 2003.

MIRANDA, M. G. O processo de socialização na escola: a evolução da condição social da criança. In: LANE, S. T. M.; CODO, W. (Orgs.) **Psicologia social:** o homem em movimento. São Paulo: Brasiliense, 1984, p. 125-135.

PATTO, M. H. S. **A produção do fracasso escolar:** histórias de submissão e rebeldia. 2 ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

SILVA, I. O. A creche e suas profissionais: processos de construção de identidades. **Em aberto,** v. 18, n. 73, p. 112-121, jul. 2001.

TANAMACHI, E. R. Mediações teórico-práticas de uma visão crítica em Psicologia Escolar. In: TANAMACHI, E. R.; PROENÇA, M.; ROCHA, M. L. (Orgs.) **Psicologia e educação:** desafios teórico-práticos. São Paulo: casa do Psicólogo, 2002, p. 73-104.

VASCONCELLOS, V. M. R. Formação dos profissionais de educação Infantil: reflexões sobre uma experiência. **Em aberto,** Brasília, v. 18, n. 73, p. 98-111, jul. 2001.

CAPÍTULO 11

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES SOBRE O FAVORECIMENTO DO PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO E APRENDIZAGEM

Ana Paula Zaboroski
Jáima Pinheiro de Oliveira

O processo de desenvolvimento e aprendizagem ocorre durante todo o ciclo de vida, tendo início antes mesmo do nascimento. Desta forma, a aquisição e o desenvolvimento das habilidades físicas, emocionais e cognitivas, dentre outras, não dependem apenas de fatores orgânicos, pois é necessário que haja uma interação entre essas características e os cuidados que a criança recebe ao longo de todo o seu desenvolvimento. Os tipos de incentivos, ensinamentos e relacionamentos que estão presentes em sua vida, têm interferência direta em todo esse processo.

Tendo como objeto de estudo a comunicação humana, a fonoaudiologia se depara com um grande desafio: compreender os principais aspectos do desenvolvimento humano e todas as questões ligadas ao mesmo. Isso implica em entender o significado da comunicação humana no mundo e as repercussões da ausência dela na vida de um indivíduo.

Quando nos referimos à necessidade de compreender o desenvolvimento humano, estamos mencionando a exigência de pensar sobre aspectos fundamentais dele, ligados ao objeto de estudo da fonoaudiologia. Por exemplo, como se dá a aquisição da linguagem e quais os fatores que interferem diretamente nesse processo.

Com isso, é claro que iremos nos remeter à importância de outras questões do desenvolvimento, a saber: habilidades auditivas, motoras, mentais, dentre outras. Ao ser aberto esse leque, logo se observa que não será possível, de modo algum, ignorarmos a existência de fatores biológicos e ambientais que interferem diretamente no processo de desenvolvimento humano. Portanto, este deverá ser analisado do ponto de vista individual e ambiental (PAPALIA; OLDS, 2001; NEWCOMBE, 1999; BEE, 1989).

Do ponto de vista individual, têm-se as questões biológicas. A isso, relacionam-se intercorrências com a mãe durante o período gestacional, durante o parto e fatores genéticos. Ressalta-se aqui que nem sempre o fato da mãe ter contraído uma determinada doença na gravidez, o feto sofrerá alterações. Claro que isso depende de outros fatores, como a época e o tratamento que foi dispensado para tal situação. Esse exemplo também indica que o tempo inteiro os fatores biológicos estão em interação com os ambientais. Poderiam ser expostas aqui, inúmeras

https://doi.org/ 10.36311/2009.978-85-98176-22-2.p117-127

situações que interferem de modo negativo no nascimento de uma criança, mas este não será o foco de discussão do presente texto.

Sem se perder de vista a comunicação, é possível considerar que alguns dos aspectos do desenvolvimento estão mais ligados a ela, e passaram a ser fundamentais ao longo da construção dos saberes e das práticas fonoaudiológicas. Este é o caso do desenvolvimento do pensamento e conseqüentemente da aprendizagem.

Em relação ao desenvolvimento do pensamento, duas teorias se destacam: os pressupostos de Piaget (1896-1980) e os de Vigotsky (1897-1934).

Estes dois teóricos se opõem em relação à teoria empirista, que tem como base a evolução da inteligência como produto apenas da ação do meio sobre o indivíduo. Eles também se opõem à teoria racionalista, na qual existe a concepção de que o ser humano já nasce com a inteligência pré-formada.

Tanto Piaget quanto Vigotsky apresentam idéias construtivistas em seus pressupostos, isto é, o pensamento é construído a partir das relações do indivíduo com o meio. Porém, o valor cultural, pouco enfatizado na teoria piagetiana, é o aspecto essencial na teoria de Vigotsky. Assim, para Piaget, o homem tem um valor mais biológico do que social.

Este é um dos fatores mais marcantes da teoria de Piaget, pois isso fornece um caráter evolucionista ou de maturação ao desenvolvimento intelectual. Esse teórico apresenta fases desse desenvolvimento, marcadas por dois conceitos principais (acomodação e assimilação). A seguir serão expostas as principais idéias de Piaget, tendo como base as discussões de Terra (2006), Faria (1994) e La Taille (1992).

Para Piaget, há níveis para o desenvolvimento mental, sendo que todos eles apresentam significações. Na faixa etária entre 0 a 2 anos, encontra-se o nível sensório-motor, caracterizado pela *inteligência prática*. Nesta etapa, os significantes são percepções e os significados são ações; as significações resultam de *esquemas sensório-motores*, permitindo a adaptação do indivíduo ao meio através da ação. Exemplo: a criança ao ver o objeto bola irá associá-la a uma ação, desta forma, simultaneamente rolará, chutará, lançará e pronunciará a palavra bola, pois para a criança estes esquemas são inseparáveis. Por esta razão, é o período em que há um equilíbrio entre a *assimilação* e a *acomodação*, sendo o *esquema* sensório-motor caracterizado por percepções e ações; e a linguagem é representada pelo indício, em que a palavra ocorre apenas na presença do objeto.

A *assimilação* ocorre quando há incorporação dos objetos ou dos acontecimentos (como no exemplo acima: bola) aos esquemas existentes (como rolar, chutar, lançar). A *acomodação* ocorre quando há modificação dos *esquemas* existentes para atender às novas exigências do ambiente, ou seja, a criança ao perceber que quando chuta a bola, a mesma escapa dela, a criança modifica o *esquema* sensório-motor de chutar formando um novo *esquema*, o de segurar.

Na faixa etária entre 2 a 7 anos, encontra-se o nível representativo simbólico, caracterizado pela *inteligência simbólica*. Nesta etapa o processo começa a ocorrer

com o início da construção da imagem, resultando da imitação interna daquelas ações que foram executadas sobre o objeto presente. Assim, nesta fase o equilíbrio entre o processo de *assimilação* e *acomodação* é incompleto, pois a palavra apenas acompanha a imagem, sem funcionar como significante propriamente dito.

Aproximadamente aos 5 ou 6 anos, aparecem as configurações perceptivas, já que os elementos perceptivos e motores captados no passado são trazidos para o consciente e começam a ser combinados com os percebidos no presente, caracterizando um começo de equilíbrio entre a *assimilação* e a *acomodação*. Desta forma, a criança passa a realizar uma associação mental parcial relativa aos objetos. Exemplo: a criança pode afirmar que o cão é um animal, mas se solicitarem para que defina o conceito de animal, ela não conseguirá fazê-lo, ou seja, a criança já reúne, em pensamento, as características captadas dos objetos, mas não o faz ainda por meio da linguagem.

Na faixa etária entre aproximadamente 7 a 11 anos, encontra-se o nível representativo conceptual, caracterizado pela *inteligência conceptual*. Nesta etapa ocorre o equilíbrio entre o processo de *assimilação* e *acomodação* de forma completa, pois a criança faz o uso de signos ou palavras, na ausência do objeto, para referir-se aos significados como conceitos de classe, série e números de objetos.

Assim, quando uma criança diz "flor", não está designando uma determinada flor ou uma classe de flores que apresenta apenas características semelhantes; está nomeando uma classe de vegetais que apresenta tanto características semelhantes quanto características diferentes. Verifica-se que a criança conseguiu *assimilar* e *acomodar* suas *representações* parciais passadas e presentes numa associação mental única, porém o pensamento verbalizado só se completa quando os significantes puderem evocar os significados e o indivíduo conseguir combiná-los numa fala clara e coerente.

Enfim, a cada situação apresentada pelas estruturas do meio, ocorre um processo de *assimilação* pelo indivíduo. Ao ocorrer esse processo, a estrutura *assimilada* encontrará aquelas também *assimiladas* anteriormente, tornando-se um processo cíclico que exige uma *reorganização*, tendo por sua vez, como conseqüência a acomodação das estruturas antigas com as novas.

Esse processo é constante, permanecendo por toda a vida e será ativado todas as vezes que o indivíduo se deparar com um novo estímulo ou uma nova estrutura; ele também é responsável, de acordo com esses pressupostos teóricos, pelo desenvolvimento cognitivo e lingüístico, fornecendo base, por sua vez para toda a aprendizagem.

Por outro lado, para Vigotsky o desenvolvimento do pensamento e a aprendizagem, de modo geral, ocorrem paralelamente, embora os dois se cruzem, por volta dos dois anos de idade, passando a ter uma relação de interdependência. Para este teórico, o processo de desenvolvimento do pensamento ocorre fundamentalmente por meio da interação da criança com o adulto, sendo este um mediador nesse processo, fornecendo valores sociais e culturais a esse aprendizado (LA TAILLE, 1992, VIGOTSKY; LURIA; LEONTIEV, 1994).

Inicialmente a criança apresenta apenas funções psicológicas elementares (reflexos), posteriormente nessas interações com o mediador, o desenvolvimento do pensamento vai se consolidando e, grande parte dessas funções se transforma em funções psicológicas superiores (consciência, planejamento e deliberação). Ainda, na teoria de Vigotsky para explicar o avanço do desenvolvimento intelectual, há um conceito fundamental que é o de "zona de desenvolvimento proximal". De modo geral, essa zona se refere à distância entre o nível de desenvolvimento real, isto é, as situações-problema que a criança consegue resolver sozinha e o nível de desenvolvimento potencial que seriam as situações-problema que a criança conseguiria resolver por meio da ajuda de um adulto. Esse talvez seja o principal indicativo da necessidade de um mediador em todo o processo de aprendizagem da criança e também uma das principais contribuições de Vigotsky para a Educação Infantil.

Independentemente da forma como se analisa o desenvolvimento intelectual, seja de modo paralelo ou subseqüente, observa-se uma ligação direta entre este e o processo de aprendizagem. Sendo assim, faz-se necessário também compreender, ainda que de modo geral, as principais explicações ou teorias para a aprendizagem humana. Dentro de um grande número destas, podemos agrupá-las em duas categorias: as teorias do condicionamento e as teorias cognitivistas.

Nas primeiras, a aprendizagem seria uma mudança de comportamento originada das condições ambientais fornecidas, isto é, a aprendizagem seria a ligação entre *estímulo* e *resposta*. Neste caso, poderíamos citar a *imitação* da criança, na fase de aquisição e desenvolvimento da linguagem oral, como um indício de aprendizado: a mãe solicita à criança que diga "mamãe" olhando para a criança e esta emite uma repetição aproximada ("mamã") da palavra emitida pela mãe. Indício, porque para ser considerado um aprendizado, seria necessário emitir essa *resposta* em outras situações, dependendo, portanto, de outros fatores.

Nas teorias cognitivistas, o processo de aprendizagem se daria por meio da relação do indivíduo com o mundo. Nessa situação este encontraria possibilidades de organizar internamente seu conhecimento por meio de uma espécie de "arquitetura cognitiva". Poderíamos citar o exemplo da aquisição da função de localização do som, pela criança. Nos primeiros meses de vida, ela "não percebe" o som emitido pelo móbile em seu berço; à medida que vai acontecendo a maturação neuropsicomotora, a criança amplia suas interações com o meio, e passa a procurar as fontes sonoras produzidas por este brinquedo.

Como nas mais diversas teorias, há controvérsias relacionadas à forma como o indivíduo aprende, como se mantém esse aprendizado e principalmente sobre a resolução de problemas frente a uma nova situação. De modo geral, para os teóricos do condicionamento, a resposta do indivíduo seria a solução para praticamente todas estas questões, pois por meio das respostas, ocorreriam as generalizações.

Para os cognitivistas a solução para estas controvérsias, estaria ligada principalmente aos processos mentais centrais: a atenção e a memória. Quanto à possibilidade

de resolver uma nova situação, isso não poderia ser garantido sempre, mas a organização cognitiva possibilitaria ao indivíduo pensar em tentativas diferentes das anteriores.

A teoria cognitivista é baseada em pressupostos voltados para uma *arquitetura cognitiva* responsável pela aquisição e processamento de informações. Essa estrutura seria dividida em quatro níveis: *arquitetura cognitiva, representações mentais, processo de tarefas e processos de execução* (DOCKRELL; MACSHANE, 2000).

Cada um destes níveis tem sua determinada função ao longo do processo de desenvolvimento da criança. E, embora cada um dependa de inúmeros fatores, é consenso que para o mesmo ocorrer sem alterações, é necessário que não haja intercorrências pré e peri natais, o que possibilitaria o nascimento de uma criança com uma rica estrutura para o processamento de informações, isto é, para a aquisição de conhecimentos. Essa estrutura, por sua vez, denominada de *arquitetura cognitiva* seria modificada ao longo do desenvolvimento da criança pela influência de diversos fatores.

Os principais sistemas que permitem essa aquisição de informação são os sistemas sensoriais da audição e da visão. Por isso essa teoria também enfatiza a importância dos processos perceptuais em todo o desenvolvimento. E, uma outra importante função desse modelo cognitivo é a memória, responsável por sua vez, pelas *representações mentais*, que segundo Dockrell e MacShane (2000, p. 28), "... é o termo genérico para a estrutura da informação" e é importante ressaltar que o conhecimento armazenado sofre ao longo do tempo modificações pelo sistema cognitivo.

Em relação ao *processo de tarefas*, ele vai sendo aperfeiçoado ao longo da primeira infância, à medida que a criança vai utilizando de estratégias que ela mesma cria, isto é, ela mesma consegue resolver os problemas impostos pelo meio. Nesse sentido, o papel do mediador é extremamente importante, no sentido de fornecer condições-problema para a criança.

Sobre o desenvolvimento da linguagem, cita-se o exemplo do uso desta como forma da criança adquirir os conceitos. Nas fases iniciais do processo de aquisição da linguagem, os aspectos pragmáticos têm fundamental importância na ampliação do vocabulário e no aperfeiçoamento de aspectos formais deste processo. Esse poderia ser um exemplo de *processo de tarefas*, pois a criança, na maioria das situações associa os conceitos dos objetos ao seu uso e assim consegue, aos poucos, adquirir o seu significado, bem como o seu nome.

Por fim, têm-se os processos de execução que são responsáveis pelo planejamento e regulamento das atividades. Nesses casos, cita-se a atenção. Esse processo, de modo geral, desenvolve-se em níveis cada vez mais elevados de consciência à medida que a criança se desenvolve. Um dos indícios dessa evolução, pode ser observada quando a criança, em algumas situações, seleciona àquela na qual ela quer focar sua atenção (DOCKRELL; MACSHANE, 2000).

As teorias cognitivistas conseguem explicar, em parte, algumas dificuldades que a criança apresenta ao longo do seu processo de desenvolvimento e apren-

dizagem. Para complementar tais explicações é fundamental considerarmos os fatores extrínsecos ao indivíduo, que também interferem diretamente no seu processo de desenvolvimento. Como abordado anteriormente, as primeiras relações sociais que são estabelecidas com a criança também influenciam nesse processo. Aqui podemos indicar a família e a escola como as instituições mais relevantes nessas sucessões de mudanças, relacionadas à socialização. Sendo assim, um ambiente familiar ou social que forneça a quantidade e a qualidade de oportunidades suficientes de interdependência entre adultos e crianças são condições mínimas requeridas para o desenvolvimento potencial de aprendizagem.

A partir dessas considerações, qualquer que seja a forma de entender o processo de desenvolvimento e aprendizagem, observa-se que este é estruturado fundamentalmente na primeira infância e aperfeiçoado ao longo de toda a vida. E, para que ocorra de modo satisfatório é necessário haver harmonia entre diversos fatores, destacando-se a interação da criança com o ambiente domiciliar e social – representado principalmente pela escola – e também a organização desse ambientes.

Possibilidades de estimulação do processo de desenvolvimento e aprendizagem

Alguns estudos sobre a associação entre estimulação ambiental e o desenvolvimento cognitivo, como o de Andrade *et al.*, (2005) relatam que quando a mãe e/ou cuidador estimulam seus bebês, por meio de uma variedade de experiências perceptivas com pessoas, objetos e símbolos, contribuem para o desenvolvimento cognitivo da criança, observando conseqüências positivas em longo prazo.

Segundo Meio *et al.*, (2004) as brincadeiras devem ser direcionadas de acordo com a faixa etária da criança. Assim, alguns exemplos de estimulações que podem ser realizadas com crianças de 0 a 3 meses de vida seriam:

- Durante a gestação passe a mão na barriga e converse com seu bebê, assim ele conhecerá a sua voz após o nascimento. Quando seu bebê estiver deitado de costas, vá até um dos lados do berço e chame-o pelo nome, continue dizendo seu nome até que ele mova os olhos ou a cabeça na direção da voz. Repita novamente do outro lado do berço;
- Enquanto tocar em seu bebê, sorria e olhe nos seus olhos, chamando-o pelo nome e conversando com ele, atribuindo-lhe significados às suas lalações e balbucios (formas de comunicação dos bebês);
- Faça diferentes expressões faciais e sons com a língua e os lábios para desenvolver a visão e a audição de seu filho. Coloque músicas suaves ou canções de ninar para o seu bebê;
- Propicie diferentes contatos entre o corpo de seu bebê e texturas como cetim, lã, tecidos felpudos e malha. Isso aumenta a propriocepção em relação ao seu corpo e noções físicas dos objetos.

Figura 1: oportunidade para estimulação do processo de aquisição da linguagem (interação cuidador-criança). Obtida em Marino e Figueiredo, (1988).

Figura 2: oportunidade para estimulação do processo de aquisição da linguagem (hora do banho). Fonte: www.uol.com.br/cliparts

Dos 3 aos 6 meses:

• Pegue as mãos do seu bebê e bata palminhas delicadamente em frente ao seu rosto. Ao fazer isso cante uma música: bate palminha bate...;

• Usando o indicador e o dedo médio, dê batidinhas bem delicadas em diferentes partes do corpo do seu bebê. Ao dar a batidinha, diga o nome daquela parte do corpo;

• Disponibilize vivências diversificadas ao seu bebê, leve-o a vários lugares onde ele esteja em contato com a natureza, movimentação de pessoas e carros, entre outros;

• Estimule o desenvolvimento da coordenação motora grossa (corporal) por meio de ações como chutar, rolar, etc.

Figura 3: oportunidades para estimulação motora global e de aspectos proprioceptivos. Adaptada de Marino e Figueiredo (1988).

Figura 4: oportunidades para estimulação motora global e de aspectos proprioceptivos. Adaptada de Marino e Figueiredo (1988).

Dos 6 aos 9 meses:

• Relacione a linguagem verbal (fala) com a linguagem não-verbal (expressões corporais), assim sempre que alguém se despedir dizendo tchau, pegue a mão do seu filho e acene para a pessoa que se despede, quando alguém pedir beijo, jogar um beijo com o auxílio das mãos, etc;

• Brinque todos os dias com os livros junto com o seu filho. Escolha aqueles com frases curtas e ilustrações simples, deixando que o bebê segure e passe as páginas, citando primeiramente o nome das ilustrações e depois conte a história utilizando as entonações adequadas para interpretar a fala dos personagens; também pode-se utilizar de jornais e revistas;

• Empilhe almofadas no chão e deixe que seu filho as explore e se divirta com elas.

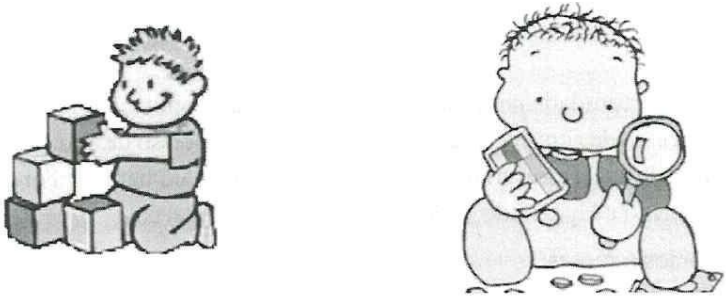


Figura 5: oportunidade para estimulação de aspectos psicomotores e cognitivos. Fonte: www.uol.com.br/cliparts

Dos 9 aos 12 meses:

• Utilize músicas que falem sobre noções corporais, espaciais e temporais. Durante o banho ou momento de brincar com seu filho associe o que a música diz com as ações corporais que as representam. Você pode utilizar o próprio corpo da criança ou brinquedos para representar os movimentos;

• Sente de frente para seu filho fazendo vários movimentos, expressões faciais, vocalizando sons e articulando palavras, incentivando-o a imitá-lo. Também pode ser feito de frente ao espelho;

• Brinquedos de empilhar oferecem o desenvolvimento por meio do elemento lúdico (brincadeira). Incentive-o a empilhar ordenando tamanhos, posições como dentro, fora, etc.

• Leve seu bebê para passear e faça com que ele explore o ambiente, ajudando-o a focalizar uma coisa de cada vez. Pare diante de coisas interessantes para conversar a respeito, converse sobre três a quatro coisas em cada passeio.

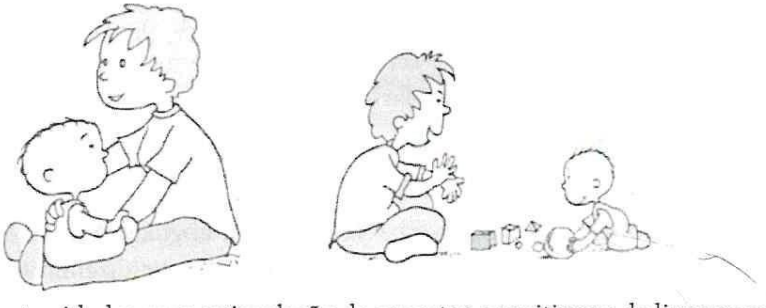


Figura 6: oportunidades para estimulação de aspectos cognitivos e de linguagem. Fonte: www.uol.com.br/cliparts

Considerações finais

É comum as pessoas restringirem o conceito de aprendizagem somente aos fenômenos que acontecem na escola, como resultado de ensino, entretanto, o termo tem um sentido muito mais amplo: abrange os hábitos que formamos, aspectos de nossa vida afetiva e a assimilação de valores culturais, construídos desde o nascimento. Enfim, a aprendizagem resulta de toda estimulação ambiental recebida pelo indivíduo no decorrer da vida. Para ser significativa, é necessário que a aprendizagem envolva raciocínio, análise, imaginação e o relacionamento entre idéias e acontecimentos (JOSÉ; COELHO, 1995).

Desta forma, para a estimulação do desenvolvimento cognitivo devem-se inserir cuidados quanto à organização do ambiente, interações familiares, experiências com materiais para estimulação cognitiva e variação da estimulação diária (ANDRADE *et al.*, 2005), principalmente com a inserção da criança na pré-escola.

Reafirma-se aqui o papel fundamental da família e da pré-escola nos primeiros anos de vida da criança em relação ao seu desenvolvimento como um todo. A brincadeira, sem dúvida, configura-se aqui como fundamental nesse processo, pois além de proporcionar experiências diversificadas para a criança, possibilita também várias formas desta se organizar no meio e agir sobre o mesmo, criando cada vez mais níveis de organização mental avançados.

Referências

ALENCAR, E. M. L. S. **A criança na família e na sociedade**. Petrópolis: Vozes, 1985.

ANDRADE, S. A.; SANTOS, D. N.; BASTOS, A. C.; PEDROMÔNICO, M. R. M.; FILHO, N. A.; BARRETO, M. L. Ambiente familiar e desenvolvimento cognitivo infantil: uma abordagem epidemiológica, **Rev. Saúde Pública**, 39 (4); p. 606-611, 2005.

BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. 3. ed., São Paulo, SP, Harbra, 1989.

BOSSA, DRA. N. A. "Do nascimento ao início da Vida Escolar: o que fazer para os filhos darem certo?". In: **Revista Psicopedagogia**. Vol. 17, São Paulo, Salesianas 1998.

BUSCAGLIA, L. **Os deficientes e seus pais: um desafio ao aconselhamento.** Rio de Janeiro: Record, 1993.

DOCKRELL, J; McSHANE, J. **Crianças com dificuldade de aprendizagem: uma abordagem cognitiva.** Porto Alegre: Artmed, 2000.

FARIA, A. R. de. **O pensamento e a linguagem da criança segundo Piaget.** 2. ed. São Paulo: Ática, 1994.

FERRAZ, M. G. C. F. **Sujeito psíquico e sujeito lingüístico – uma introdução à psicopatologia aplicada à fonoaudiologia.** Unesp Marília Publicações, Marília, SP, 2001, 100p.

FONSECA, V. **Introdução às dificuldades de aprendizagem.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1995.

JOSÉ, E. A; COELHO, M. T. **Problemas de aprendizagem.** 6. ed. São Paulo: Ática, 1995.

LA TAILLE, Y. O lugar da interação social na concepção de Jean Piaget. In: LA TAILLE, Y.; OLIVEIRA, M. K; DANTAS, H. **Piaget, Vygotsky, Wallon: teorias psicogenéticas em discussão.** 13. ed. São Paulo: Summus, 1992, p.11-22.

MARINO, C. G.; FIGUEIREDO, A. S.; **La educación del nino ciego, em la família, em los primeros años de vida.** Editorial Pueblo Y Educación, Playa, Ciudad de La Habana, 1988.

MEIO, M. D. B. B.; LOPES, C. S.; MORSCH, D. S.; MONTEIRO, A. P. G.; ROCHA, S. B.; BORGES, R. A.; REIS, A. B. Desenvolvimento cognitivo de crianças prematuras de muito baixo peso na idade pré-escolar. **Jornal de Pediatria.** Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: www.sbp.br Acessado em: 03/11/06.

MILICIC, N. Estratégia de tratamento para famílias de crianças com baixo rendimento escolar. In: SCOZ, B.J.L. (Org). **Psicopedagogia: o caráter interdisciplinar na formação e atuação profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

NEWCOMBE, N. **Desenvolvimento infantil.** Porto Alegre : Artes Médicas, 1999.

OLIVEIRA, J. P.; BRAGA, T. M. S. Participação de familiares em práticas educativas de equipes multidisciplinares. **Revista de Extensão e Pesquisa em Educação e Saúde.** Marília, SP, n. 2, p. 95-103, 2004.

OLIVEIRA, J. P; FORMIGA, C. K. M. R; SANTIAGO, A. M. Proposta interdisciplinar de estimulação do desenvolvimento infantil voltada para famílias de crianças atendidas em um setor neuropediátrico. In: GIACHETI, C. M; FERRARI, C. (orgs.). **Coletânea de Comunicações Científicas – VIII Jornada de Fonoaudiologia da Unesp de Marília/SP**, p. 238-247, 2002.

OLIVEIRA, J. P.; SCHIER, A. C.; GAI, E. Manifestações dos distúrbios de aprendizagem e suas implicações educacionais e terapêuticas. In: SOUZA, O. A.; ROMANO, M. A.; SIMIONATO, M. M.; WEIDE, D. F. (Org.). Universidade: Pesquisa, Sociedade e Tecnologia, Guarapuava, PR, **Coleção Seminários de Pesquisas da UNICENTRO**, ISBN – 858934629-3, 2005.

PAPALIA, D. F.; OLDS, S. W. **Desenvolvimento Humano**. 7. ed. São Paulo: Artmed, 2000.

PILETTI, N. **Psicologia educacional**. São Paulo: Ática, 1984.

TERRA, M. R. **O desenvolvimento humano na teoria de Piaget.** Disponível em: www.unicamp.br/iel/site/alunos/publicacoes/textos, acessado em: 01 de novembro de 2006.

VIGOTSKY, L. **A formação social da mente.** SP, Martins Fontes, 1987.

VIGOTSKY, L. **Pensamento e linguagem.** SP, Martins Fontes, 1988.

VIGOTSKY, L. S.; LURIA, A.; LEONTIEV, A. R. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem.** SP, Icone, 1994.

CAPÍTULO 12

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

https://doi.org/ 10.36311/2009.978-85-98176-22-2.p128-141

cooperação dos pais. Assim, o termo 'estimulação' está mais relacionado à promoção do desenvolvimento 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 Simeonsson 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 significante 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. Silvares (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 Bronfrenbrenner (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 associado 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. **Detecção 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 detecção 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 vunerable children: A developmental perspective. **American Journal of Mental Retardation,** 102, n.4, pp; 319-345, 1998.

HARRIS, S. The effectivennes 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, Chuchill 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 Vezzá. 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: Amercian 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, Uiversidade 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.

CAPÍTULO 13

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) E EDUCADORES EM SAÚDE: UMA PARCERIA PARA A PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL EM AMBIENTE DOMICILIAR

Jáima Pinheiro de Oliveira
Michelly Santos de Andrade
Eliziane Gai
Gilmar de Carvalho Cruz

Panorama geral da infância no Brasil e questões do desenvolvimento infantil

O cuidado, enquanto forma de atenção à criança vem sendo desenhado ao longo dos tempos, influenciado diretamente pelas concepções que a sociedade tem com relação à criança. E isto só se tornou possível após várias transformações na organização social que incluíram a infância e a adolescência como categorias socialmente constituídas (ARIÈS, 1981 *apud* MENDONÇA, 2002). O resultado destas transformações é hoje percebido a partir do reconhecimento de que as crianças são sujeitos de direito, sem distinção de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política, origem nacional ou social, posição econômica e nascimento (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 1990; CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988).

A idéia de promoção do desenvolvimento infantil está implícita na realização do cuidado com a criança e esta abarca a saúde e todos os demais setores a ela interligados, como a educação. Nesse sentido, a Organização pela Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) aponta que na expressão – *educação e cuidado na primeira infância*[1] – estão inclusas todas as modalidades que garantem a educação e o cuidado das crianças antes da idade da escolaridade obrigatória, independentemente da organização do espaço, do financiamento, dos horários de funcionamento ou do conteúdo do programa (BARBA *et al.*, 2003).

Esta organização ressalta que outrora, a educação na primeira infância era tida apenas como responsabilidade privada, ou seja, dos pais e não da sociedade. Atualmente, este conceito foi revisto a ponto da UNESCO (2002) comentar o seguinte:

"[...] os serviços destinados à primeira infância oferecem a possibilidade de identificar crianças com necessidades especiais ou em situação de risco; neste

[1] Grifo do autor

https://doi.org/ 10.36311/2009.978-85-98176-22-2.p142-150

caso, tem a possibilidade de intervir o mais cedo possível a fim de prevenir ou reduzir as dificuldades ulteriores". (p.60).

Dessa maneira, entende-se que os cuidados aqui explicitados e desenvolvidos pelos governos assumem um papel complementar aqueles realizados pela família e não substitutivos, como argumenta Barba *et al.*, 2003. Cabe ressaltar, que ao observamos as políticas de atenção à primeira infância em países como os EUA e o Brasil, notam-se semelhanças e diferenças quanto a essas práticas. Segundo Freitas e Shelton (2005), as semelhanças estão na oferta dos serviços voltados a essa população que restringiam os cuidados às crianças de famílias de pais trabalhadores e àquelas de famílias abastadas. Enquanto, para as primeiras exerciam uma "função guardiã" como alimentar, proteger e etc; para as segundas, objetivavam, essencialmente, o desenvolvimento e a educação.

Na atualidade, o Brasil parece sair ganhando em relação à política de atenção à criança quando comparado com os EUA. Isto porque, os serviços de cuidado e educação já estão integrados ao sistema de educação desde a LDB de 1996, enquanto que nos Estados Unidos só estão integrados os jardins de infância (FREITAS; SHELTON, 2005). Pode-se concluir que este fato resulta da:

Exigência de inclusão da política de assistência social na agenda das políticas públicas, visando uma intervenção nos grupos de risco social em seu próprio ambiente, família e comunidade, rompendo com a perspectiva de assistência meramente individualizada, indicando uma intenção de alargar o alvo a ser atingido no processo de desenvolvimento social (MENDONÇA, 2000, p.119).

Isto se torna importante quando analisamos os indicadores sociais encontrados na "Síntese de Indicadores Sociais – 2004" (IBGE, 2005) e no relatório "Situação da Infância Brasileira 2006" (UNICEF, 2006) que apontam números preocupantes. Segundo o relatório, o Brasil obteve avanços importantes nos cuidados com crianças de até 6 anos de idade, tendo o Índice de Desenvolvimento Infantil (IDI) subido de 0,61 para 0,67 entre 1999 e 2004. O IDI é composto pelo indicador de escolaridade dos pais, do acesso das mães ao pré-natal, das taxas de imunização e de acesso à pré-escola para crianças de 4 a 6 anos. O Índice é voltado para o desenvolvimento nos primeiros seis anos de vida da criança. O Brasil tem hoje 23 milhões de brasileiros com até 6 anos de idade.

O relatório "Situação da Infância Brasileira 2006" (UNICEF, 2006) aponta que garantir o desenvolvimento da criança não é função apenas dos governos e das organizações sociais. A família tem um papel essencial, e para isso precisa estar capacitada a cumprir sua função. Fortalecer as competências familiares tem sido, portanto, uma das prioridades da UNICEF.

Cabe ressaltar ainda que a promoção da saúde pode ser realizada aproveitando-se os recursos humanos e materiais encontrados na própria comunidade e assim intensificar a auto-ajuda e o apoio social, no sentido de reforçar a participação popular no que se refere às práticas de saúde (Brasil, 2002). Dessa forma, um dos

compromissos com a promoção da saúde como está proposto na Carta da 1ª Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde realizada em Otawa em 1986 é reconhecer as pessoas como principal recurso para a saúde; *apoiá-las e capacitá-las*[2] para que se mantenham saudáveis a si próprias, as suas famílias e amigos.

Na Declaração de Santafé de Bogotá - 1992, na qual também foi tratada a questão da promoção da saúde, focando a América latina, um dos compromissos apontados é reconhecer como trabalhadores e agentes de saúde todas as pessoas comprometidas com os processos de promoção da saúde, da mesma maneira que os profissionais formados para a prestação de serviços assistenciais.

Essa afirmação abre espaço para contemplarmos não somente a família como agente responsável pelo desenvolvimento infantil, mas também a própria figura do agente comunitário de saúde (ACS), o qual está envolvido dia-a-dia com as questões trabalhadas no Programa de Saúde da Família (PSF). No momento em que o PSF configura-se como uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde, não pode deixar de ser usado como um ambiente favorável à promoção da saúde infantil, uma vez que pode ser concebido como um espaço politicamente construído.

Nesse sentido, este capítulo tem por objetivo apresentar possibilidades de promover o desenvolvimento infantil em ambiente domiciliar; promoção entendida como "processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo" (Brasil, 2002) e ambiente domiciliar entendido como "cenário que facilita e favorece a saúde [...] que compõem a agenda da saúde" (BUSS, 2000 *apud* GUIMARÃES, 2003).

A formação continuada e a educação como mediadoras das práticas em saúde

Ainda que existam vários fatores que influenciam a participação efetiva da comunidade em relação às ações de educação em saúde, principalmente referentes às condições sócio-culturais, à população devem ser proporcionadas atividades que insiram-na dentro dessa dinâmica e promova de fato seu bem estar físico, social e mental. É nesse sentido que deverão estar direcionadas as práticas educativas, a fim de confirmar a Educação, como um dos recursos responsáveis pela participação da comunidade no seu processo de desenvolvimento coletivo e individual (OLIVEIRA; BRAGA, 2004; CAMPOS, 2003; MENDES; VIANA, 2000).

Porém, é necessário que haja uma reflexão sobre a intervenção profissional na área da saúde, a qual não pode prescindir de debates relacionados ao processo de formação dos profissionais que assumirão a responsabilidade de implementar quaisquer proposta que sejam. Deste modo, o Programa de Saúde da Família também vem sendo tema de debates de interesse para a área. Entre as reflexões sobre o Programa de Saúde da Família é possível destacar a realizada por Silva (2004,

[2] Grifo do autor

p.98), que aponta para os "riscos graves a sua saúde e a necessidade de um investimento muito elevado na sua terapia".

Neste sentido, Campos e Belisário (2001) apontam que a superação das dificuldades enfrentadas no aprimoramento do Programa de Saúde da Família deve apoiar-se na realização de programas de formação continuada e em uma perspectiva interdisciplinar de relacionamento entre os integrantes da equipe multiprofissional. Algumas reflexões realizadas no âmbito da formação profissional de professores sugerem ser de interesse para a problemática da formação continuada dos profissionais que compõem as equipes multiprofissionais do Programa de Saúde da Família.

Um destes pontos refere-se à prática reflexiva. O caráter sedutor das idéias veiculadas pela expectativa de formação de um professor reflexivo, capaz de problematizar o cotidiano escolar e encontrar soluções adequadas aos conflitos que dele emergem, é alvo de críticas que merecem ser observadas.

Uma dessas críticas é feita por Pimenta (2002), ao demonstrar sua preocupação com o esvaziamento do conceito de professor reflexivo, que por sua vez pode sucumbir a mais uma temporada de moda nos grandes salões da Educação brasileira. Ela aponta a "excessiva (e mesmo exclusiva) ênfase nas práticas" (PIMENTA, 2002, p.43) como um dos problemas que deve ser superado na perspectiva de formação do professor reflexivo. Para a autora é preciso colocar "sob suspeita" propostas educacionais formuladas em contextos estranhos à nossa realidade. Em sua opinião a idéia de professor reflexivo representa um "conceito político-epistemológico que requer o acompanhamento de políticas públicas conseqüentes para sua efetivação. Caso contrário, transforma-se em mero discurso ambíguo, falacioso e retórico" (PIMENTA, 2002, p.47).

Portanto, é necessário que seja feita uma leitura aprofundada desta novidade chamada prática reflexiva. Investir na prática reflexiva de profissionais da área da Saúde não pode significar adesão a modismo. Entretanto, envoltos que estamos pelo apelo sócio-educacional imbricado ao tema formação de profissionais da Saúde, somos perseguidos por inquietações que nos acompanham insistentemente. Uma delas diz respeito à explicitação de caminhos que desvelem possibilidades de contribuição efetiva de um programa de formação continuada no enfrentamento dos desafios cotidianos na área da saúde, mais especificamente nos Programas de Saúde da Família.

A formação – em nível de ensino superior – dos profissionais que atuam no Programa de Saúde da Família, apresenta necessidade de aprimoramento com o intuito de oferecer o devido suporte aos seus futuros profissionais. Ter isso em mente é importante para que se desvincule a idéia da formação continuada/permanente/em serviço, como sendo redentora de uma formação superior deficiente, ou mesmo como encarregada de preencher as lacunas observadas nessa formação. A noção de que a graduação oferece uma formação profissional inicial, formação esta que continua se processando ao longo da vida profissional, é fundamental para que a constante aproximação de estudos e experiências mais recentes não seja negligenciada.

Nesse sentido, a necessidade de se avançar nas discussões e práticas educativas, na área de saúde, reflete também na possibilidade de mudança curricular nos cursos mais ligados às necessidades do SUS. O objetivo é o de deslocar o eixo da formação dos profissionais de saúde, de modo geral, centrado na assistência individual prestada em unidades hospitalares e outros setores públicos, para um outro no qual a formação esteja sintonizada com o SUS (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; BRASIL, 2000).

Ainda, cabe reunir às reflexões e proposições anteriores as ponderações de Fusari (1999) ao sinalizar que a proposição de programas de formação contínua, ou em serviço, não deve ignorar circunstâncias históricas que podem agir como deformadoras do professor em seu exercício profissional. Avançando em suas considerações sugere ainda que tais proposições "sejam mais próximas de um paradigma que propicie a formação do educador como um processo permanente, composto pela articulação entre a formação inicial e a contínua", levando o professor à produção de conhecimento amparado pela "prática profissional coletiva reflexiva" (FUSARI, 1999, p.223). Ele nos alerta também para o fato de que:

> *As modalidades de educação contínua são meios, portanto, subordinados a determinados princípios e objetivos. A experiência mostra que, numa avaliação das nossas vivências com modalidades de formação contínua, sejam elas quais forem, algumas foram muito importantes, propiciando, de fato, desenvolvimento pessoal profissional, e outras não (FUSARI, 1999, p.224).*

Em meio a estes desafios, é preciso ter claro que o delineamento de propostas de educação em saúde deve ser elaborado por equipes multiprofissionais em constante formação e aperfeiçoamento e, sobretudo, devem visar à aproximação entre a comunidade e o serviço oferecido. E essas propostas deverão ter como principais objetivos o incentivo à promoção, proteção e recuperação da saúde – princípios contemplados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Nesse sentido, embora ainda em expansão, principalmente em relação à composição da equipe, o PSF (Programa de Saúde da Família) mostra-se como uma das maiores possibilidade dessa proximidade entre os profissionais e a população. Sendo assim, o PSF passou a ser um dos principais instrumentos de concretização dos princípios estabelecidos pelo SUS. As possibilidades de atuação direta com a comunidade, sem dúvida, foram ampliadas para todas as áreas de saúde e educação. Porém, é necessário que haja uma preocupação maior em relação à formação dos profissionais, conforme exposto anteriormente, para que os mesmos se voltem para esse modelo, isto é, trabalhando com várias formas de diagnóstico da população, identificando riscos dentro do contexto sócio-cultural e familiar e, conseqüentemente, favorecendo seu bem estar físico, social e mental.

Esse vínculo pode ser garantido por meio dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), já que estes normalmente residem nas respectivas áreas de atuação e têm como uma de suas principais funções o desenvolvimento de atividades de educação em saúde individual e coletiva. Para que essa função seja desempenhada, o agente recebe uma formação contínua, por meio dos profissionais da equipe do PSF, em especial, pela enfermagem. Ao longo de sua atuação, essa formação é aperfeiçoada com orientações, acompanhamentos e reavaliações, para que, se necessário, sejam feitas reorganizações de acordo com as necessidades identificadas. Esse trabalho é de extrema importância, pois a estratégia principal de ação desse profissional é a visita domiciliar, agendada conforme as necessidades identificadas na comunidade.

Falando especificamente da Fonoaudiologia dentro deste contexto, sabe-se que infelizmente, ainda não é comum a participação de um profissional dessa área no PSF, embora já se tenha discutido e indicado sua fundamental importância nesse programa. De modo geral, as ações desse profissional deverão estar voltadas para aconselhamentos gerais sobre a aquisição e o desenvolvimento da comunicação humana, bem como, para as necessidades específicas da família com histórico de riscos para alterações nesse processo (LESSA; MIRANDA, 2005).

De modo a reforçar a importância desse trabalho, será apresentada uma possibilidade de favorecimento de aspectos importantes do desenvolvimento infantil, tais como: habilidades auditivas; de linguagem (oral e escrita); habilidades psicomotoras, dentre outras. Esse programa visa à promoção destes aspectos, em ambiente domiciliar e, poderá ser aplicado por um agente comunitário de saúde em parceria com um profissional da área de fonoaudiologia, ambos devidamente preparados para tal. Ressalta-se que nesse caso as habilidades a serem destacadas estão mais voltadas para a área de fonoaudiologia, o que não impede adaptações ao programa de acordo, é claro, com a equipe envolvida no trabalho como um todo.

Proposta de trabalho com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

1ª etapa: num primeiro momento, deve-se escolher um local para viabilização de um mini-curso voltado para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Este local pode ser na UBS de atuação destes ou em uma instituição pública de fácil acesso, em horários que não interfiram em seu trabalho de rotina. Em seguida deverão ser elaborados roteiro e cronograma iniciais, contendo os temas a serem tratados, bem como as sugestões de aplicação dos conhecimentos adquiridos pelos agentes. É importante que seja distribuído material durante o mini-curso, que deverá ser organizado de acordo com as necessidades da população.

2ª etapa: realização propriamente dita dos encontros. O mini-curso pode ser oferecido em encontros semanais com períodos de duração "curtos" (40 minutos em média). Normalmente destina-se um encontro para apresentação da equipe, do material a ser utilizado, realização de uma entrevista individual com roteiro

previamente elaborado e disposição de uma caixa de sugestões durante cada sessão; caso seja possível, é interessante ter sempre um observador independente para registrar as sugestões ou dúvidas dos participantes. Em dois ou três encontros poderão ser feitas discussões dos temas pertinentes ao mini-curso, podendo acontecer mudanças de acordo com sugestões ou dúvidas dos participantes. Nesses encontros também poderão acontecer diversas práticas (por exemplo: de maneira simultânea à confecção de um brinquedo, explicar quais os aspectos do desenvolvimento podem ser favorecidos com o uso adequado daquele material). Por fim, destina-se um ou dois encontros para finalização da prática, com esclarecimento de dúvidas, aplicação de uma entrevista final, com o objetivo de avaliar o mini-curso e obter sugestões para aperfeiçoar os próximos trabalhos. Ficará a critério da equipe, as formas de orientar os agentes em relação às possíveis identificações de alterações que necessitam de encaminhamentos, tanto em relação às crianças, como adultos.

3ª etapa: início da aplicação dos conhecimentos em ambiente domiciliar: a escolha dos locais, bem como das famílias para iniciar o programa poderá ficar a critério dos agentes, que estão mais familiarizados não só com as áreas de atuação, bem como, com cada família visitada. Inicialmente o agente explicará para a família sobre a importância de estar atenta às questões do desenvolvimento infantil, comentando sobre os profissionais que lidam com essas questões, dentre estes o fonoaudiólogo, foco do trabalho. Após essa explicação, o agente esclarecerá que durante alguns dias ele irá acompanhar a família com o intuito de orientar sobre alguns destes pontos, no sentido de auxiliar na promoção ou no favorecimento do desenvolvimento infantil e também de verificar a necessidade de uma atenção maior de um profissional especializado.

4ª etapa: promovendo o desenvolvimento infantil em ambiente domiciliar: nesta etapa destina-se um número de visitas para cada tema e os agentes devidamente orientados aplicam os conhecimentos adquiridos no mini-curso. De modo geral, as crianças e os pais participam das atividades e são trabalhados os seguintes aspectos: orientações gerais para eliminação de hábitos nocivos orais e orientações sobre saúde vocal infantil; oficinas de confecção de brinquedos com sucata; oficinas de leitura e escrita; uso dos brinquedos confeccionados, dentre outros. Para finalizar, com o contato ao longo das visitas, o agente terá a possibilidade de identificar possíveis casos que necessitam de uma atenção maior ou até mesmo de uma avaliação específica. Nestes casos, ele poderá realizar um encaminhamento para a Unidade Básica de Saúde mais próxima ou diretamente para os serviços especializados da cidade, de acordo com orientações recebidas no mini-curso.

Considerações finais

É importante reafirmar que a proposta ora apresentada se trata de uma sugestão de um trabalho educativo voltado para familiares, a ser desenvolvido em ambiente domiciliar. Porém, é um delineamento de uma proposta que visa, sobretudo, à busca de novos elementos para avançar tanto em relação às pesquisas na área, quanto à integração dos pais nas questões vinculadas ao desenvolvimento dos seus filhos, uma das prioridades da UNICEF, atualmente (UNICEF, 2006). Destacamos ainda, o papel educativo que todos os profissionais devem desempenhar, independentemente de sua formação, a fim de que os pais e os profissionais da saúde e da educação sejam efetivamente *agentes favorecedores do desenvolvimento infantil*[3].

A idéia principal é divulgar a importância de se estar atento às questões fonoaudiológicas e do desenvolvimento infantil de modo geral e também esclarecer à população sobre os serviços prestados nessas áreas. Em muitos casos a comunidade desconhece alguns destes serviços por ser ainda uma proposta em expansão na região (GAI, 2006).

Em experiências anteriores, foi possível observar um efetivo envolvimento dos pais nas questões que permeavam o desenvolvimento dos seus filhos. Dessa forma, reafirmamos a relevância e necessidade de serem planejadas e executadas práticas educativas com essa população (OLIVEIRA; FORMIGA; SANTIAGO, 2002). A contribuição de ações como essas, acontece não só em relação aos pais, mas também para os integrantes das equipes.

Referências

BARBA, P.C.S.D. *et al.* **Promoção da Saúde e educação infantil:** caminhos para o desenvolvimento. Paidéia; Vol.13(26), jul.-dez. 2003, p. 141-146.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde.Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002, Disponível em: www.saude.gov.br Acessado em: 10/10/2006.

_____ Congresso Nacional. **Constituição**, 1988. Estatuto da Criança e do Adolescente. 2002. Disponível em : www.mj.gov.br Acessado em 10/10/2006.

CAMPOS, C. E, A. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família**, CIênc Saúde Coletiva, vol 8, n. 2, pp. 569-584, 2003. Disponível em : www.scielo.br, acessado em: agosto de 2006.

CAMPOS, F.E.; BELISÁRIO, S.A. O programa de saúde da família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação,** v.5, n.9, p.133-142, ago. 2001.

[3] Grifo do autor

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade, **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v. 20, n. 5, 2004. Disponível em : www.scielo.br, acessado em: agosto de 2006.

FREITAS, L.B.de.L.; SHELTON, TL. **Atenção à primeira Infância nos EUA e no Brasil.** Psicologia: Teoria e Pesquisa.Vol.21 (2), maio-ago, 2005, p.197-205.

FUSARI, J.C. Avaliação de modalidades convencionais e alternativas de educação contínua de educadores: preocupações a serem consideradas. In: BICUDO, M.A.V.; SILVA JR., C.A. **Formação do educador e avaliação educacional: formação inicial e continuada**. São Paulo: Editora UNESP, 1999. p.221-224.

GUIMARÃES, G.R.de.A. **Promoção da saúde na escola: a saúde bucal como objeto de saber.** Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do grau de Mestre. Rio de Janeiro: s.n., 2003. Disponível em: www.bireme.br/lilacs Acessado em 05/10/2006.

IBGE. **Síntese de indicadores sociais,** 2004. Rio de Janeiro, IBGE, 2005. Disponível em: www.ibge.gov.br Acessado em 05/10/2006.

LESSA, f. J. D. MIRANDA, G. D. M. Fonoaudiologia e saúde pública, in: BRITO, A. T. B. O. (Org). **Livro de Fonoaudiologia**, 1ª edição, são José dos Campos, SP, Pulso, 2005.

MENDES, D; VIANNA, R. D. Educação em Saúde – Tendência atual, in: VIEIRA, R. M; vieira, M. M; ÁVILA, C. R. B; PEREIRA, L. D (orgs.). **Fonoaudiologia e Saúde Pública**, editora Pró-fono, Carapicuiba, SP, 2000.

OLIVEIRA, J. P; FORMIGA, C. K. M. R; SANTIAGO, A. M. Proposta interdisciplinar de estimulação do desenvolvimento infantil voltada para famílias de crianças atendidas em um setor neuropediátrico, in: GIACHETI, C. M; FERRARI, C (orgs.). **Coletânea de Comunicações Científicas – VIII Jornada de Fonoaudiologia da Unesp de Marília/SP**, pp. 238-247, 2002.

PIMENTA, S.G. Professor reflexivo: construindo uma crítica. In: PIMENTA, S.G.; GHEDIN, E. (Org.). **Professor reflexivo no Brasil:** gênese e crítica de um conceito. São Paulo: Cortez, 2002, p.17-52.

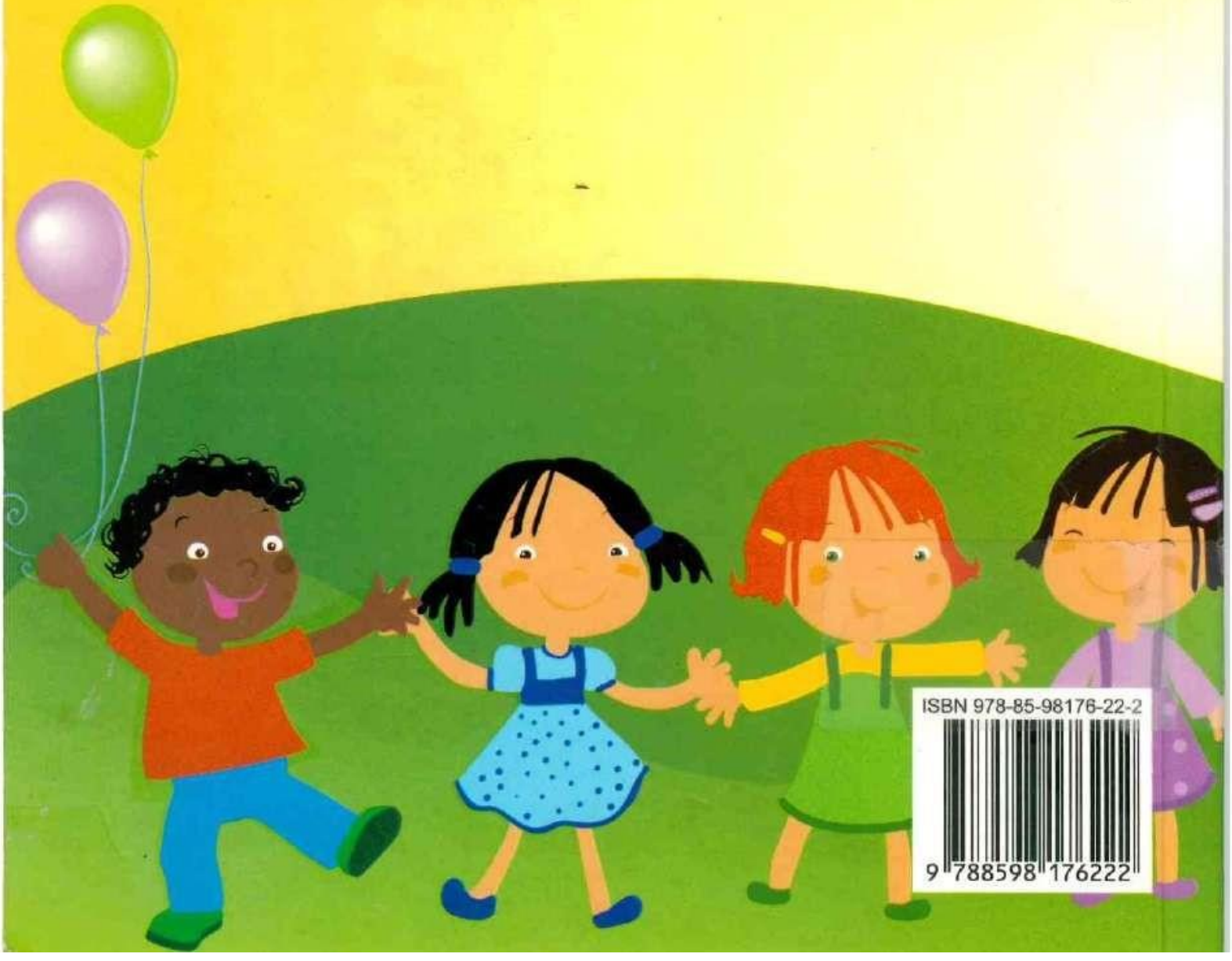
SILVA, C.A.B. Os dez anos do Programa de Saúde da Família – PSF. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v.17, n.3, p.97-98, 2004.

UNESCO. **Educação e cuidado na primeira infância: grandes desafios.** Tradução de G.J.F. TEIXEIRA. Brasília: UNESCO, OECD, Ministério da Saúde, 2002.

UNICEF. **Situação da Infância Brasileira 2006.** UNICEF Brasil, Brasília, 2006. Disponível em: www.unicef.org.br acessado em 15/10/2006.

"...a obra organizada pelas Professoras Jáima Pinheiro de Oliveira e Tania Moron Saes Braga, reúne textos que analisam diferentes aspectos do desenvolvimento infantil, com as contribuições que se situam na interface entre a saúde e a educação. Nessa análise, embora cada capítulo aborde aspectos específicos, os autores tiveram a preocupação de buscar a integração de diferentes temáticas tratadas, de modo a favorecer a visão global do processo evolutivo. É visível também o esforço para que concepções sociais acerca do desenvolvimento infantil e práticas educativas destinadas a crianças componham o quadro de referência para a análise de questões específicas. A presença de capítulos que tratam de questões relativas à família, educação infantil e serviços de atendimento em saúde mostra claramente a preocupação em contextualizar convenientemente o fenômeno do desenvolvimento infantil. O leitor poderá fazer a sua leitura nessa perspectiva, interpretando o desenvolvimento infantil como um fenômeno cuja constituição depende também de construções sociais..." (Sadao Omote).

"Desenvolvimento infantil: Perspectivas de Atuação em Educação e Saúde é um esforço para contribuir com as pessoas que atuam com crianças"
(Tania Moron Saes Braga)



ISBN 978-85-98176-22-2
9 788598 176222