

VIVIANE CRESPO GEBRAN

A IMPORTÂNCIA DO VÍNCULO AFETIVO MÃE-FILHO
NO TRABALHO DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE

Trabalho apresentado à Universi-
dade Federal do Paraná, Setor de
Ciências Humanas, Letras e Artes,
para obtenção do certificado de
Especialista em Educação Especial

Março, 1985

SUMÁRIO

1.	Introdução.....	1
1.1	Justificativa.....	1
1.2	O Problema.....	1
2	Objetivos.....	1
2.1	Definição de Termos.....	2
 Capítulo I - <u>A ESTIMULAÇÃO PRECOCE</u>		
	OBJETIVOS DO PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE....	6
	FUNDAMENTOS DOS PROGRAMAS DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE.....	7
	PLANO DE TRABALHO DOS PROGRAMAS DE ESTIMULA- ÇÃO PRECOCE.....	8
	CARACTERIZAÇÃO DA CLIENTELA.....	9
	Criança de alto risco.....	9
	Criança com distúrbios de desenvolvimento.....	9
	SERVIÇOS PRESTADOS NOS PROGRAMAS DE ESTIMU- LAÇÃO PRECOCE.....	10
	Setor Médico.....	10
	Setor Fonoaudiológico.....	11
	Setor Fisioterapêutico.....	11
	Setor Psicológico.....	12
	Setor Serviço Social.....	12

	Setor Pedagógico.....	13
1.6	ÁREAS ABORDADAS NOS PROGRAMAS DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE.....	13
1.7	O CENTRO DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE - APAE DE CURITIBA.....	15
	Capítulo II - <u>A CRIANÇA DE ALTO RISCO</u>	
2.1	FATORES DE RISCO.....	20
2.2	EXAME MÍNIMO DO RECÊM NASCIDO.....	23
2.3	A CRIANÇA DE BAIXO PESO.....	24
2.4	SINAIS DE ALERTA NO PRIMEIRO ANO DE VIDA.....	25
2.5	ALGUMAS MEDIDAS DE PREVENÇÃO ANTES, DURANTE E APÓS O PARTO.....	26
	Capítulo III - <u>A FAMÍLIA E A CRIANÇA DE ALTO RIS-</u> <u>CO.....</u>	29
	Capítulo IV - <u>DECORRÊNCIAS DO VÍNCULO AFETIVO</u> <u>NA ESTIMULAÇÃO PRECOCE.....</u>	35
4.1	O VÍNCULO AFETIVO NA CRIANÇA DE ALTO RISCO.....	39
	<u>CONCLUSÃO.....</u>	45
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	48

A IMPORTÂNCIA DO VÍNCULO AFETIVO MÃE-FILHO NO TRABALHO DE ESTIMULAÇÃO PRECOCE

1. INTRODUÇÃO

1.1 Justificativa

Justifica-se o presente estudo em trabalhos realizados por Eloisa di Lorenzo, Heloisa Marinho, Mary Ann NewComb e Aiydyl Queiroz na área de Educação Especial e Estimulação Precoce.

As referidas estudiosas dão ênfase à importância da participação dos pais como principais educadores junto à criança, tanto nas atividades de prevenção e estimulação, como na conscientização da comunidade. Ressaltam também a necessidade do desenvolvimento do vínculo afetivo entre pais e filhos indispensável à adaptação e evolução normal de todo ser humano; salientando assim a necessidade de uma atmosfera afetiva e acolhedora envolvendo a criança e facilitando seu desenvolvimento.

Com esta finalidade pretende-se oferecer aos profissionais envolvidos na área e aos pais, subsídios que facilitem sua tarefa dando-lhe apoio, encorajando a orientação necessária.

1.2 Formulação e Delimitação do Problema

Este estudo vai responder a seguinte questão:

"É importante o vínculo afetivo mãe-filho no trabalho de Estimulação Precoce.

2. OBJETIVOS DA MONOGRAFIA

Este estudo tem por objetivos:

- Analisar o material existente na área de Estimulação Precoce, mais precisamente a criança de alto risco e a relação de seu desenvolvimento com o vínculo afetivo entre ela e sua mãe.

Levantar alternativas para melhor orientação da mãe no relacionamento afetivo com seu filho que frequenta o programa de Estimulação Precoce,

3. DEFINIÇÃO DE TERMOS :

- Estimulação Precoce: é um programa que visa prevenir ou diminuir as consequências de um atraso de desenvolvimento proporcionando à criança aquisição de etapas de desenvolvimento de acordo com seu nível de desenvolvimento e idade cronológica.
- Criança de alto risco: é toda criança que devido a problemas ocorridos nos períodos de gestação, perinatal, neo-natal ou pós-natal possa vir a apresentar um atraso de desenvolvimento.
- Vínculo afetivo: é o relacionamento afetivo desenvolvido entre a mãe e filho desde os primeiros momentos de vida da criança.

CAPITULO I

A ESTIMULAÇÃO PRECOCE

Os programas de Estimulação Precoce começaram a aparecer nos Estados Unidos na década de 50, decorrentes da diminuição da incidência da mortalidade infantil, o que elevou o nº de crianças portadoras de deficiências, necessitadas portanto, de atendimento.

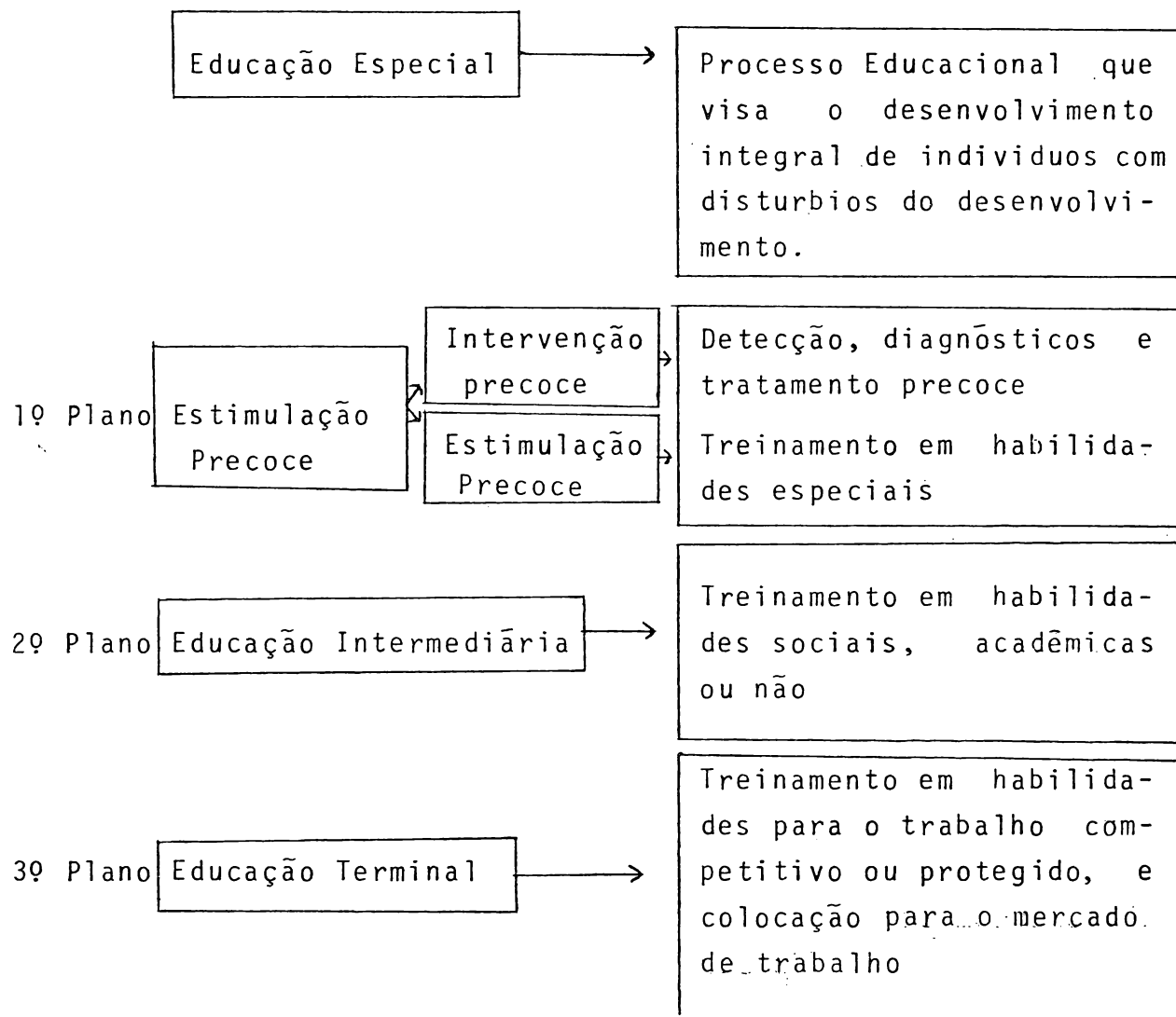
À partir de 1970, iniciaram no Brasil as ênfases teóricas e práticas sobre a importância do atendimento adequado e oportuno às crianças menores de 3 anos, com elevado risco psicossocial de excepcionalizar-se, ou, às que já apresentam-se excepcionalizadas em seu desenvolvimento psicomotor, seja por retardo mental, sensorial ou motor.

Os trabalhos neste campo baseiam-se no conhecimento do desenvolvimento infantil como processo evolutivo, na importância da estimulação, do afeto, da nutrição, do brincar, e do brincar, e principalmente vendo a criança como um ser a desabrochar, sendo ela o sujeito do processo, definindo seu próprio desenvolvimento numa interação através de múltiplas trocas afetivas com o ambiente que a cerca.

O programa de E.P. insere-se dentro do processo educacional especial com técnicas especiais, visando incrementar condutas e tornar o indivíduo mais próximo da normalidade para seu grupo etário.

Segundo Oliveira (1.983), com base no modelo educacio-

nal, visualizamos 3 grandes planos na educação especial, assim distribuídos:



Dentro da Educação Especial prefere-se denominar como Intervenção Precoce o processo que visa a detecção, diagnóstico e tratamento precoce dos distúrbios de desenvolvimento, ficando a Estimulação Precoce como uma metodologia de caráter educacional dentro do tratamento precoce.

Tem-se discutido muito sobre o termo Estimulação Precoce, pelo mesmo não traduzir exatamente o sentido "early Estimulation" ou Estimulation temprana". Para uns, este tipo de Educação deveria ser chamado de essencial no sentido de indis-

pensável e adequada, para outros é precoce no sentido de oportuna e antecipada, portanto preventiva como meio de evitar-se riscos ou dificuldades no desenvolvimento.

Entretanto ambos os posicionamentos colocam-se disponíveis para o atendimento das reais necessidades da criança nesta etapa de vida.

Segundo Dr. Alvaro de Oliveira (1983), a E.Precoce é a ação educacional que visa prevenir ou remediar os distúrbios do desenvolvimento infantil. Por tratar-se de um processo educacional, tem uma ação globalizadora e integral sobre o individuo e suas necessidades, visando o seu desenvolvimento total. Chama-se precoce por atingir a criança em etapas críticas de seu desenvolvimento motor, tendo como necessidades básicas: nutrição, estimulação e afetividade.

Para crescer e desenvolver-se, é necessário a criança proteinizar-se, nutrir-se. Além disso é preciso que haja estimulação, isto é; que a criança tenha oportunidade de experimentar seu próprio corpo descobrindo gradativamente a relação entre objetos e causalidade dos fatos ambientais. Este processo integra-se através da aprendizagem que tem por base a motivação. Segundo Wallon, a motivação é a afetividade recebida; daí a importância dos vínculos afetivos nesta etapa crítica.

No período de 0 a 3 anos de vida, são grandes as modificações do desenvolvimento através da experiência ambiental, É exatamente a fase em que a criança está totalmente voltada a assimilar as influências do meio, adquirindo rapidamente as etapas de desenvolvimento necessárias. Daí a importância de provocar-se modificações no curso do desenvolvimento, estimulando a potencialidade intelectual, motora e sensorial da criança, e minimizando ou remediando os distúrbios existentes.

Portanto o programa de E.P. tem por objetivos principais a PREVENÇÃO e/ou a DIMINUIÇÃO das consequências de um atraso de desenvolvimento.

Sabe-se através de estudos na área da psicologia infantil que a criança normal retira das condições ambientais habituais, todos os estímulos necessários para desenvolver-se

globalmente de acordo com a idade em que se encontra. Já a criança de alto risco embora apta a assimilar os "E" do meio, encontra dificuldades devido à limitação que possa ter, ritmo lento, maturação biológica não completa, e outros fatores que interferem em sua aprendizagem.

A Estimulação Precoce é então um programa que vai de encontro às dificuldades específicas de cada criança, selecionando os estímulos e adequando a forma de apresentá-los, facilitando a sua assimilação e propiciando o desenvolvimento.

1.1 Objetivo do programa de Estimulação Precoce

A Estimulação Precoce caracteriza-se pelo atendimento global da criança, visando a prevenção e tratamento dos distúrbios de desenvolvimento nas primeiras fases de vida, pela melhoria das áreas carentes, pelo desenvolvimento das potencialidades e pela formação de hábitos básicos de independência pessoal, de forma a possibilitar à criança uma evolução tão normal quanto possível, e sua adaptação às exigências de seu meio sócio-familiar

Segundo regimento interno do centro de Estimulação Precoce - APAE de Curitiba, os objetivos deste programa seriam:

1. Prestar atendimento as necessidades específicas da criança de alto-risco, ou daquela que apresente distúrbio de desenvolvimento, visando o desenvolvimento de suas potencialidades e formação de hábitos básicos de independência pessoal.
2. Proporcionar orientação à família a fim de possibilitar ambiente adequado ao desenvolvimento da criança e de evitar a incidência de condições que possam prejudicar sua evolução normal.
3. Desenvolver programa de prevenção propondo medidas sanitárias para proporcionar um ambiente sadio à criança e à família, a fim de melhorar sua saúde e mantê-la em bom nível.

1.2 Fundamentos do Programa de Estimulação Precoce

A estimulação sensorial, motora, cognitiva e de linguagem da criança de alto risco, ou daquela com distúrbio de desenvolvimento já instalado, inicia-se na realidade desde o momento de seu nascimento, com os estímulos que recebe e as trocas feitas com o meio ambiente que a cerca, como ocorre com qualquer criança recém-nascida.

À partir da detecção do deficit que apresente, ou de sua condição de alto risco, surge a necessidade de um trabalho ordenado e sistemático, objetivando necessidades específicas da criança, ou seja; um trabalho de Estimulação Precoce.

Os programas de Estimulação Precoce baseiam-se principalmente na interpretação e aplicação das diferentes teorias de aprendizagem e seu desenvolvimento.

Entre os estudos mais importantes neste campo destacam-se os de Kirch nos U.S.A., Bobath e Humphey em Londres e Lezime na Russia.

Segundo Aydil (1.972), o programa de E.P. deve basear-se na observação e em certos principios teóricos tais como:

- O desenvolvimento da criança depende da maturação biológica, da estimulação e do treino recebidos nos 1ºs anos de vida.

- Toda criança de alto risco está apta a assimilar a influência do meio, desde que esta seja gradual (respeitando as etapas de desenvolvimento infantil e seu ritmo próprio) e regular (um trabalho sistemático, diário).

- A Estimulação em todas as áreas trabalhadas deve sempre partir:

- . conhecido desconhecido
- . próximo distante
- . concreto abstrato

- Os resultados do programa de Estimulação Precoce, dependem da diferenciação e da sequência da apresentação dos estímulos para atingir áreas e etapas do desenvolvimento infantil, possibilitando assim equilibrio e harmonia que serão bases para

sua evolução futura.

- O nível ótimo de estimulação depende daquele que alcançado pela criança nas diferentes áreas e etapas de seu desenvolvimento

- A determinação do potencial e do limite das capacidades motora, sensorial, cognitiva e de comunicação, são os alicerces para o planejamento curricular.

- Todo o trabalho de estimulação deve desenvolver-se em uma atmosfera afetiva e de calor humano, sem a qual a criança torna-se insegura e ansiosa, não estando assim em condições de apreender e integrar apropriadamente a estimulação que se lhe é proporcionada.

1.3 Plano de Trabalho em Estimulação Precoce

Levando-se em consideração os princípios que regem a Estimulação Precoce e o conhecimento dos passos do desenvolvimento infantil normal; o plano básico de trabalho deste programa é o de selecionar os estímulos que a criança necessita assimilar em determinada etapa de seu desenvolvimento e adequar a forma de apresentá-los à criança, proporcionando que ela desenvolva-se de acordo com o esperado para seu nível de desenvolvimento de acordo com suas necessidades.

Deve-se elaborar e realizar cuidadosamente o plano de trabalho individual visando atingir aspectos específicos de cada criança, tais como: habilidades, potencialidades, carências, dificuldades e condições ambientais em que vive, num trabalho ordenado e sistemático para obter-se resultados semelhantes aos da criança normal.

Segundo Oliveira, "A metodologia utilizada na Estimulação Precoce deverá atingir a criança como um contínuo de assistência, a nível de berçário, maternal e jardim de infância, fornecendo-se os subsídios necessários ao próximo programa que a ingressar, após haver atingido os objetivos propostos pelo programa de Estimulação Precoce. Além disso o trabalho somente poderá ser executado dentro de total apoio e parceria com a fami-

lia, reforçando o modelo materno-paternagem na interação com a criança".

1.4 Caracterização da clientela no Programa de Estimulação Precoce.

Os programas de Estimulação Precoce tem por finalidade atender crianças de alto risco ou portadoras de distúrbios do desenvolvimento na faixa etária de 0 a 3 anos. Pode-se estender este atendimento até 6 anos de idade, dependendo dos recursos que a comunidade ou a entidade em que o programa estiver inserido, ofereçam para a continuidade do atendimento a criança.

A clientela do Programa de Estimulação Precoce divide-se:

A-Crianças portadoras de distúrbios do desenvolvimento

Entende-se por esta denominação toda criança que apresente atraso no seu desenvolvimento neuropsicomotor em qualquer uma das áreas de desenvolvimento, (sensorial, cognitiva, adaptativa, motora e linguagem), certo atraso, quando comparada ao desenvolvimento infantil normal.

Assim sendo, esta criança poderá apresentar um atraso global ou específico, dependendo das áreas atingidas. Quanto ao diagnóstico de tipo de deficiências apresentadas, ela pode ser: deficiente mental, visual, auditivo, físico e múltiplo.

Como exemplo de patologias que podem levar a criança a apresentar um distúrbio de desenvolvimento citam-se hidrocefalia, microcefalia, toxemias (toxoplasmose, rubéola, etc...), Síndrome de Edwards, Síndrome de Camélia de Hange, etc...

B-Criança de Alto risco

Por esta denominação entende-se toda criança que devido a fatores pré-natais ou pós natais, possa vir a apresentar atraso no seu desenvolvimento global se não for estimulada adequadamente.

Como fatores de alto risco podem-se exemplificar alguns, tais como:

- Anomalias genéticas ou cromossômicas
- Anomalias sérias na gestação (toxemia, diabe-

tes, insuficiência cardíaca, insuficiência respiratória, patologia placentária grave com hemorragia, etc...)

- Anomalias sérias durante o trabalho de parto como distoxia e o uso inadequado de fórceps.
- Condições do recém nascido:- prematernidade (37 semanas ou menos), pós-maternidade (mais de 43 semanas) com insuficiência placentária.
 - Icterícia prolongada
 - septicemia
 - Apjar de 5 minutos abaixo de 7
 - períodos de apnéia abaixo de 7
 - peso baixo ao nascer (menos de 1.500gr)

Investigações feitas apontadas por Lorenzo (1.983), para determinar as causas da deficiência mental mostram que mais de 2/3 dos chamados "lentos de aprendizagem" tinham estas dificuldades por terem sofrido carência e experiências nos primeiros anos de vida. Alerta-se com isto a necessidade de se difundir os programas de E.P., intervindo no ambiente onde estas crianças de alto risco vivem.

1.5 Serviços prestados nos programas de Estimulação Precoce

Os programas de Estimulação Precoce necessitam de uma equipe que avalie, oriente pais e professores acompanhando o caso e atuando direta ou indiretamente com a criança, assim composta:

- A- Setor médico: Tem por objetivo,
 - Observar o problema da criança dentro dos padrões da conduta social no qual vive e na qual vai estabelecer aptidões
 - Informar aos familiares e a equipe técnica o verdadeiro diagnóstico e possível prognóstico da criança.

- Manter um melhor relacionamento família-criança e vice-versa.
- Introduzir uma sistemática de divulgação a fim de sensibilizar a população para o problema da deficiência mental.
- Instituir exame clínico e físico bem como análise completa da criança acompanhando o seu desenvolvimento dentro do programa.
- Auxiliar o corpo técnico na discussão de casos atingindo os objetivos necessários

B- Setor Fonoaudiológico

Tem por objetivo primordial prevenir ou diminuir a instalação de problemática auditiva e de linguagem nas crianças que atende. Seu atendimento engloba:

- Anamnese com pais
- Avaliação do desenvolvimento da linguagem
- Montagem do plano de trabalho para cada criança
- Desenvolvimento da função auditiva
- Estimulação de linguagem
- Estimulação de fala
- Movimentação coordenada dos órgãos fonoarticulatórios (língua, lábios, bochechas, véu palatino)
- Desenvolvimento de funções neurovegetativas (sucção, mastigação, deglutição, e respiração)
- Desenvolvimento do sistema funcional da linguagem
- Orientação de pais e professores
- Atendimento da criança individualmente ou em grupo, de acordo com a necessidade.
- Reavaliação periódica da criança

C- Setor Fisioterapêutico

Tem por objetivo proporcionar à criança a capacidade de poder reprimir uma postura incorreta, controlar os movimentos involuntários e desenvolver os movimentos voluntários, os reflexos corretivos de postura e o equilíbrio. Engloba:

- Anamnese com os pais

- Avaliação motora
- Montagem do plano de trabalho de cada criança avaliada
- Orientação de pais e professores
- Atendimento da criança individualmente ou em grupo de acordo com a necessidade
- Reavaliação periódica

D- Setor Psicológico

Tem por objetivo prevenir ou diminuir os deficits de desenvolvimento nas áreas sensório-perceptiva, cognitiva, motora fina, e adaptativa social das crianças que atende. Engloba:

- Anamnese com pais
- Avaliação do desenvolvimento da criança nas áreas acima citadas através da aplicação de escalas de desenvolvimento infantil normal
- Montagem do plano de trabalho individual
- Orientação de pais e professores sobre o plano A de trabalho
- Aconselhamento familiar
- Atendimento da criança individualmente ou em grupo de acordo com as necessidades
- Participar das reuniões de equipe

E- Setor Serviço Social

Tem por objetivos trabalhar diretamente com a família atingindo assim indiretamente a criança no que se refere ao aspecto social familiar. Engloba:

- Anamnese preliminar com os pais
- Orientação dos pais
- Levantamento sócio-econômico quando necessário para a estipulação de taxas e/ou mensalidades a serem pagas
- Dirigir o grupo de mães
- Visitas domiciliares
- Participar de reuniões de equipe

F- Setor Pedagógico

Tem por objetivos orientar e dar os subsídios necessários às professoras no que diz respeito à área pedagógica.

- Supervisionar os planos de aula (semanais / mensais)
- Orientar professores no planejamento escolar.

1.6 Áreas abordadas nos programas de Estimulação Precoce

A- Área Motora:

Destina-se a desenvolver na criança habilidades motoras indispensáveis à sua independência, facilitar a integração de condutas motoras básicas como: equilíbrio, coordenação dinâmica geral e coordenação viso-motora, indispensável ao controle postural e aquisição da marcha.

B- Área Sensorio-perceptiva:

Destina-se a desenvolver na criança a capacidade de sentir e perceber estímulos sensoriais-ambientais e respondê-los convenientemente.

Engloba as seguintes sub-áreas:

B1- Percepção Visual: Tem por objetivo promover o desenvolvimento da percepção visual fazendo com que a visão seja instrumento de enriquecimento de experiências sensoriais em todos os campos.

B2- Percepção Auditiva: Visa favorecer o desenvolvimento da identificação, localização, discriminação e seleção de sons necessários para a compreensão do ambiente em que se desenvolve, e promover a ampliação do campo dos sons, da música, da natureza, da comunicação humana e da criatividade.

B3- Percepção Tátil: Tem por objetivo proporcionar oportunidades que enriqueçam as sensações da criança em termos de calor, frio e dor, noção de textura (liso, rugoso, esponjoso, áspero, macio etc...); consistência (mole, duro, viscoso, pegajoso, etc...); espessura (grosso e fino), resistência de materiais, etc.

B4- Percepção Gustativa e Olfativa: Visa favorecer ao máximo o desenvolvimento das faculdades gustativas e olfativas como meio de conhecimento e de relação da criança com o meio

B5- Percepção Cinestésica e Proprioceptiva vestibular:
Tem por objetivos levar a criança a praticar posturas e movimentos corporais seguindo a sequência do desenvolvimento motor e postural da criança

A área cinestésica engloba os movimentos de extensão e tonus muscular, já a propriocepção vestibular envolve os canais semimusculares do ouvido captando dados necessários para manter o corpo em equilíbrio.

C- Área cognitiva:

Tem por finalidade capacitar a criança na apreensão dos fatos e fenômenos essenciais do meio ambiente, facilitando-lhe sua exploração e resolução de problemas simples que se lhe apresentem.

Visa desenvolver os esquemas perceptivos do objeto e do espaço; a capacidade de imitação de gestos, movimentos e da linguagem; a atenção; a memória; a observação e a intencionalidade.

D- Área adaptativa-Social:

Visa proporcionar meios que ajudem a adaptação e socialização da criança no ambiente em que se desenvolve oferecendo oportunidades de participar em atividades sociais.

Sabendo-se que a socialização é um processo sócio-cultural permanente, tem-se por objetivo levar a criança a aprender os diferentes papéis, hábitos, valores e comportamentos necessários à vida em sociedade.

E- Área da Comunicação:

Tem por objetivo desenvolver na criança a capacidade de comunicar-se, estimulando-se a linguagem expressiva e compreensiva, permitindo-lhe que através de gestos, vocalização palavras e frases, expresse suas idéias.

F- Hábitos e higiene pessoal:

Visa proporcionar à criança condições de promover a

independência na prática de hábitos e higiene pessoal favorecendo o controle das necessidades fisiológicas.

Inclui-se nesta área a aquisição de hábitos tais como:

- de alimentação
- de higiene pessoal (alimentação correta, escovar dentes, pentear os cabelos)
- vestir e despir, etc...

1.7 O Centro de Estimulação Precoce - APAE de Curitiba

Atualmente no Brasil existem muitos programas que dão atendimento em Estimulação Precoce". Em Curitiba encontra-se o "Centro de Estimulação Precoce da APAE de Curitiba que foi escolhido para ser apresentado neste trabalho pelo mesmo ter sido o primeiro a dar atendimento na referida cidade à clientela infantil de alto risco.

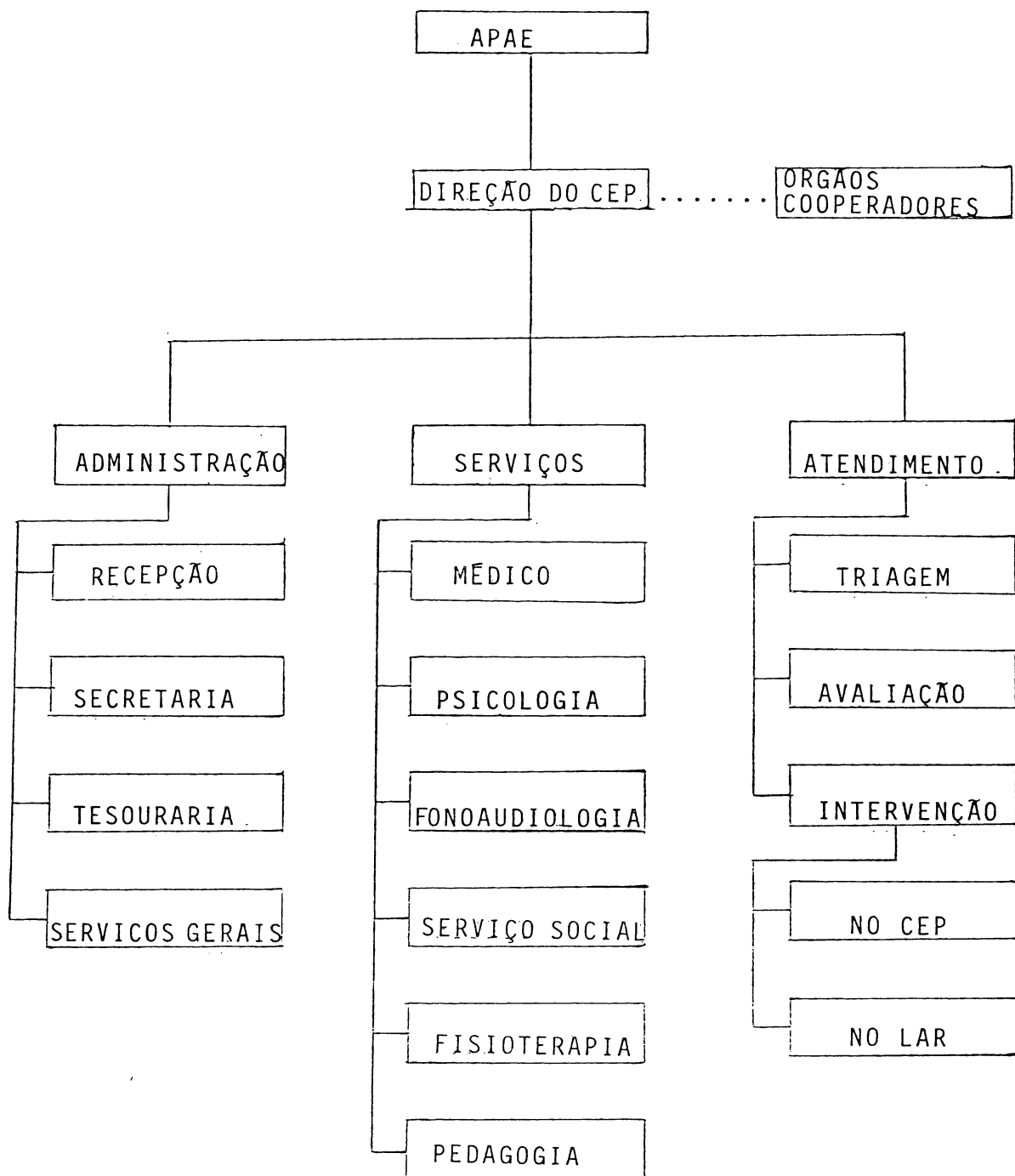
O programa de Estimulação Precoce surgiu da integração de esforços entre o departamento de Educação Especial que elaborou o projeto e a APAE de Curitiba, que assumiu a sua manutenção, tendo sido inaugurado dia 17/12/1981.

Tem por finalidade atender crianças na faixa etária de 0 a 3 anos compreendidas em 2 grupos:

A- Crianças de alto risco: que se não forem estimuladas adequadamente poderão apresentar futuramente um distúrbio de desenvolvimento. São atendidas em caráter preventivo.

B- Crianças com distúrbio de desenvolvimento: instalado podendo apresentar deficiência mental, sensorial, motora ou múltipla.

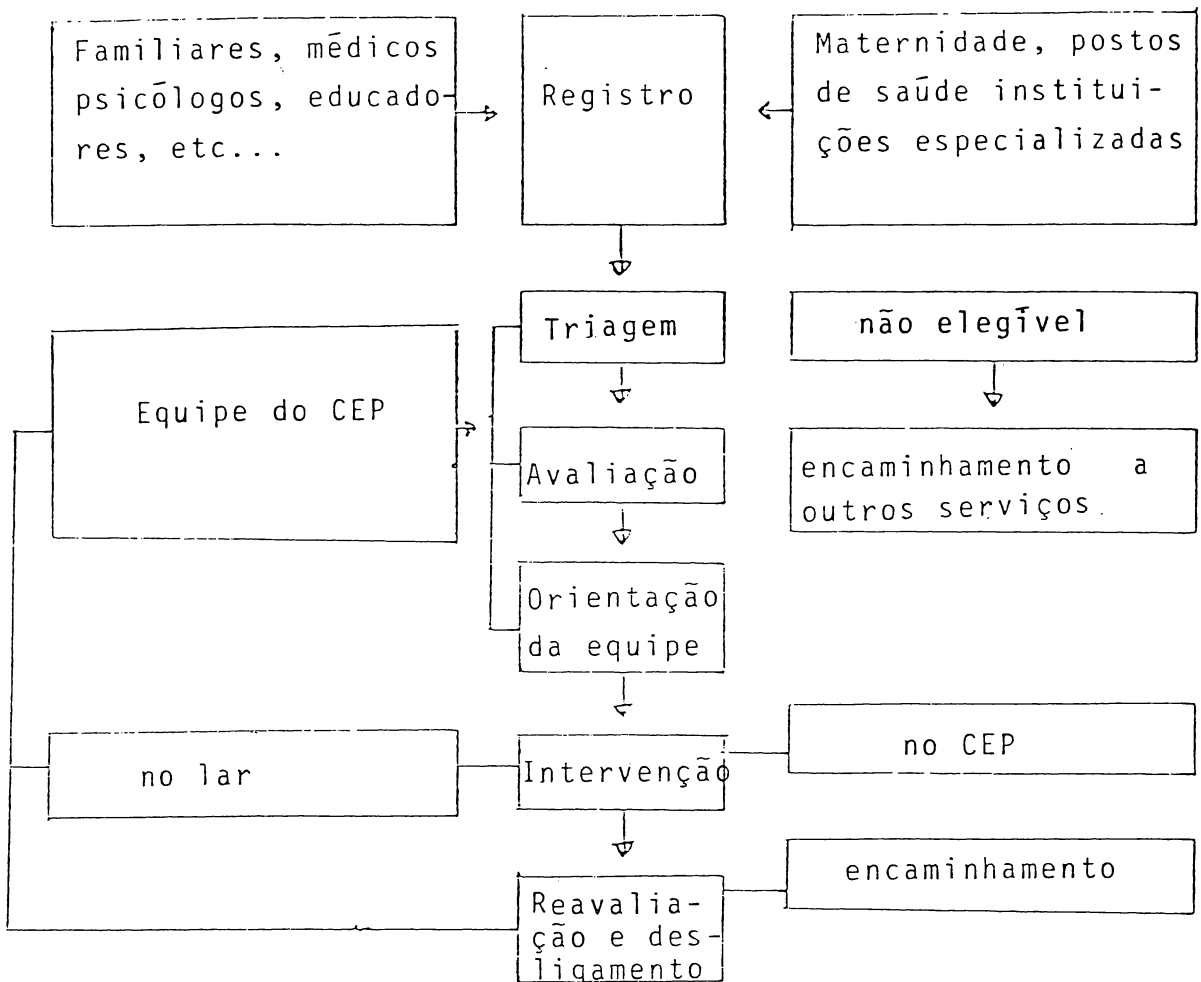
O funcionamento do CEP segue o seguinte fluxograma:



guinte equipe técnica:

- 1 (uma) Diretora
- 1 (um) Médico Pediatra
- 1 (uma) Psicóloga
- 1 (uma) Fonoaudióloga
- 1 (um) Assistente social
- 5 (cinco) Professores
- 3 (tres) Auxiliares de classe
- 1 (uma) Atendente

Sendo esta a equipe responsável pelo atendimento em Estimula o Precoce de 50 (cincoenta) crianças   partir do fluxograma abaixo demonstrado:



Após a criança ser admitida no programa de Estimulação Precoce e avaliada pela equipe elabora-se uma programação individual que deverá ser desenvolvida no CEP e/ou em casa pela família.

O atendimento à criança no CEP é feita em salas de estimulação observando-se:

- Nível de desenvolvimento
- idade cronológica
- Características individuais
- Dificuldades motoras acentuadas

Compreende os seguintes níveis de estimulação:

Nível I:- Atendimento individual: faixa etária de 0 a 1 ano ou crianças muito comprometidas cujo nível de desenvolvimento está compreendido entre 0 a 1 ano.

Nível II:- Atendimento grupal: faixa etária de 1 a 2 anos

Nível III- Atendimento grupal: faixa etária entre 2 a 3 anos

Nível IV - Atendimento grupal: faixa etária entre 3 a 4 anos

O programa tem por meta fazer o encaminhamento da criança o mais rápido possível, para dar continuidade ao atendimento precoce, com a seguinte orientação.

- Criança de alto risco: escola comum
- Criança com distúrbio de desenvolvimento: escola especial

Sendo que a equipe continua acompanhando o caso dando as orientações necessárias a família e à escola comum de acordo com as necessidades da criança

CAPITULO II

A CRIANÇA DE ALTO RISCO

Define-se bebê de alto risco aquela criança que devido a fatores prē-natais, peri natais e pōs-natais, de origem biolōgica, orgānica ou ambiental; possam ter alterado o seu curso de desenvolvimento em qualquer uma das áreas implicadas (sensorial, motora, cognitiva, linguagem e emocional).

Este conceito de alto risco tem sido motivo de muitos questionamentos e discussōes na classe mēdica em geral, por estar intimamente ligado ao problema da prevençāo da excepcionalidade.

Sabe-se que cerca de 3 a 4% da populaçāo mundial apresenta deficiēncia mental (QI abaixo de 70) e 3,5 por mil sāo portadores de forma grave e profunda desta deficiēncia (Krynski, 1978).

Assim sendo, a procura de meios de prevençāo da D.M.ē uma prioridade evidente e uma das formas de fazē-lo ē a detecçāo precoce da criançā de alto risco.

Esta prevençāo inicia-se com o reconhecimento da gestaçāo de alto risco, cujo produto deverā ser uma criançā necessitada de cuidados especiais. Uma gestaçāo aparentemente sem problema poderā resultar tambēem em um recēm-nascido de risco sendo necessārio o obstetra e pediatra estarem alertas no sentido de preservar a saūde da criançā e da mēe.

2.1 Fatores de risco

Segundo Ramos (1.983) são fatores de risco na detecção de uma gestação de risco, os seguintes itens:

1. Idade: Primipara 17 ou 28 anos
Multipara 17 ou 34 anos
2. Paridade: Primipara
Grande primipara (acima de 5 partos)
3. Raça: Negra ou Mulata
4. Patologias na gestação:
 - Hipertensão arterial
 - Gemilidade
 - Diabetes
 - Abortos ou partos prematuros habituais
 - Natimorto ou neomorto
 - Desnutrição
 - Tabagismo (acima de 5 cigarros)
 - Sífilis
 - Isoimunização Rh sensibilizado
 - Hidramnio
5. Patologias no parto:
 - Eclâmpsia
 - Prolapso de cordão
 - Trabalho de parto prolongado
 - Infecção intraparto
 - Mecônio
 - Placenta prévia
 - Parto prematuro
6. Intervalo inter-partal: 2 ou 9 anos
7. Condições sócio-econômicas:
Renda 2 salários mínimos

A prevenção de risco neo-natal pode ser tratada: já em fase final da gestação ou durante o período de parto com base na identificação de riscos precoces específicos intervindo-se assim com mais eficiência e presteza sobre o recém-nascido.

Segundo Ramos (1983), alguns fatores de risco que podem ocorrer no período pré-natal, podendo interferir no período neo-natal seriam:

- Sangramento anteparto após a 12ª semana
- Ruptura prematura de membranas-parto prematuro
- Cesária ou forceps progressivos
- Trabalho de parto prolongado
- Pós-maturidade
- Hipertensão ou doença renal
- Diabetes melítico (patente ou gestacional)
- Doenças cardiovasculares (febre reumática, cardiopatia congênita)
- Doença pulmonar, produzindo hipoxemia e hipercapnia
- Alteração da tireoide
- Neoplasia
- Doenças do colágeno
- Doenças hereditárias metabólicas
- Uso de drogas durante a gestação tais como: narcóticos e/ou LSD, barbitúrico, metinazol, Quinina sulfas de ação retardada durante o parto, etc...
- Toxemia
- Sensibilização do fator Rh
- Infecções e infestações gerais agudas e crônicas (rubeola, toxoplasmose, doença de chagas).

Alguns problemas que podem ocorrer durante o parto:

- Infecção intra-parto
- Anestesia geral
- Prolapso de cordão
- Presença de mecônio
- parto prolongado
-
- Descolamento prematuro da placenta
- Intervenção: Cesária eletiva
 - Forceps médio e alto
 - Parto pélvico
 - Vacuo extração

- Narco aceleração

Dados perceptíveis no recém-nascido ou nos anexos, por ocasião do parto ou após a chegada no berçário, que o levam a ser bebê de risco:

- Parto pélvico ou outro parto anormal
- Despressão neo-natal
- Dispneia imediata após o nascimento
- Dificuldade respiratória geral
- Cor da pele icterica , palidez, coloração meconial
- Hemorragia evidente em qualquer local
- Doenças hemolíticas graves
- Anomalias placentarias
- Artéria umbilical única
- Cianose, mal formação cardiovascular
- Convulsão
- Letargia, falta de sucção
- Vômitos
- Tremores
- Febre
- Epsódios de apnéia

Segundo Brown (1978) as causas principais da deficiência mental e que levam um recém-nascido a se tornar alto risco, podem ser enumeradas em dois grupos, a saber:

1- Deficiência mental sub-cultural:

- Herança de inteligência inferior
- Ambiental:
 - privação psicossocial
 - práticas educacionais restritas
 - deficiência nutricional

2- Doença orgânica

A) Defeitos genéticos

A1) Enosmiatos do metabolismo

A2) Problemas genéticos nos bioquímicos

A3) Defeitos estruturais provavelmente genéticos

B) Alteração Cromossômica

- B1) S. Down
- B2) Outras trissomias autossômicas
- B3) Anomalias dos cromossomos sexuais
- B4) Mosáicos
- B5) Síndromes de deleção

- C) Anormalidades durante a gestação:
 - C1) Infecção
 - C2) Tóxicos
 - C3) Deficiência grave de iodo
 - C4) Radiação
 - C5) Fenilcetonúria materna
 - C6) Desnutrição proteico-calórica grave

- D) Anormalidades do nascimento:
 - D1) Hipóxia perinatal
 - D2) Trauma craniano
 - D3) prematuridade

- E) Anormalidades neo-natais:
 - E1) Hipoxia
 - E2) Hipoglicemia
 - E3) Hiperbilirrubinemia
 - E4) Meningite
 - E5) Hipernatremia
 - E6) Hipertiroidismo

2.2 Exame mínimo do recém-nascido

Levando -se em conta a necessidade da detecção precoce, alguns sinais apresentados pelo bebê logo ao nascer, através de um exame mínimo do ponto de vista neurológico, são suficientes para encaminhar a criança a um exame mais apurado. São eles:

- Avaliação da maturidade
- Observação do choro
- Observação da face
- Olhos (opacidade devido à retinoblastoma)
- Movimentos (para qualidade, quantidade e simetria)
- Postura (para extensão excessiva como na espasticidade)

- Palpação da fontanela anterior e das suturas craneanas
- Estimativa de tonus muscular
- Reflexo de moro e de agarrar
- Medida de circunferência da cabeça
- Exame dos quadris
- Reflexo dos joelhos e clonus do calcanhar
- Exame das costas para "dermal serius" congênito
- Se possível um teste grosseiro para audição
- Triagem para fenilcetonúria
- Se houver dúvida quanto a existência de hidrocefalia o crânio deverá ser transiluminado

2.3 A criança de baixo peso

O baixo peso ao nascer (menos de 2.500gr) constitui importante indicador de risco neo-natal merecendo ser considerado individualmente. Observa-se segundo Ruggia (1982) que a incidência na América Latina deste fator estão ao redor de 10% de todos os partos, constituindo 75% de todas as mortes neo-natais.

O grupo de recém-nascidos de baixo peso, está constituído por 2 subgrupos:

- Os R.N. pequenos para a idade gestacional
- Os R.N. pré termos (menos de 37 semanas de gestação)

Ambos os subgrupos relacionam-se com uma série de circunstâncias adversas, entre os quais destacam-se os transtornos nutricionais maternos, infecção e deficiente atenção médica.

Destacam-se em quase todas as investigações o grande risco que tem estes bebês de apresentarem uma seqüela psiconeurológica. Também observam-se neste grupo uma maior incidência de defeitos visuais, auditivos e maiores problemas no rendimento intelectual, aprendizagem escolar e adaptação do meio ambiente.

Outro fator importante que envolve a problemática da criança de baixo peso é a prolongada separação da mãe devido à necessidade de permanecer na incubadeira recebendo atendimento especial. O nascimento condiciona a uma das trocas mais ricas e importante que o indivíduo passa em sua vida necessitando de al-

guém que o conheça e compreenda suas necessidades, sua maneira de comunicar-se simplificando este mundo confuso e indeterminado que o rodeia.

A relação mãe-filho, segundo Brazelton, deve ser concebida como uma interação de condutas, já que através de sinais que o bebê lhe dirige evoca determinadas respostas da mãe. A perda do contato direto com seu filho leva a ter dificuldades em retomar a este contato quando a criança recebe alta.

Com isto o fator social e emocional passa a ser o que melhor correlaciona-se com o rendimento intelectual posterior.

2.4 Sinais de alerta no 1º ano de vida

Muitas vezes a criança ao nascer ou nos primeiros dias de vida não demonstra sinais evidentes que a elejam ser de alto risco.

Por esta razão ela deve ser observada durante o 1º ano de vida ao aparecimento ou não de determinados sinais que são indicadores de uma situação de risco ou lesão já instalada.

Segundo Oliveira (1972) estes sinais seriam:

A) 1º trimestre (0 a 3 meses)

- Posição assimétrica persistente
- Prevalhecimento da postura extensora
- Assimetria de tono ou movimento
- Assimetria de reflexos
- Ausência de fixação ocular
- Mãos predominantemente fechadas
- Polegares aduzidos persistentemente
- Pernas em tesoura em decúbito dorsal
- Ausência de interesse pelo rosto humano
- Não diminui atividade pelo estímulo sonoro
- Não fecha os olhos à fonte luminosa
- Ausência de sorriso facial

B) 2º trimestre (3 a 6 meses)

- Prevalece postura em flexão
- Atitude assimétrica prevalece

- Ao tentar sentá-lo a cabeça não segue
- Não rola nos decúbitos laterais
- Não se defende do pano no rosto
- Não dirige a mão ao objeto
- As mãos não se encontram
- Assimetria no reflexo de paraquedas
- Reflexo de moro de baixo limiar

C) 3º trimestre (6 a 9 meses)

- Sentado não se mantém
- Não leva o pé à boca
- Não passa de sentado à posição prona
- Não transfere objetos de uma mão para a outra
- Não se desloca para apanhar objetos
- Não tem interesse nos objetos que saem do campo visual
- Não se apoia quando segurado pelas axilas
- Não imita sons familiares
- Não tem preensão digito-radial

D) 4º trimestre (9 a 12 meses)

- Não gira ou se torce quando sentado
- Não se põe de gatinhas
- Não assinala com o indicador
- Não busca a fonte sonora
- Não se desloca para alcançar o objeto
- Não tem proteção
- Não usa pinça na preensão palmar
- Não tem interesse em lançar objetos

2.5 Algumas medidas de prevenção antes, durante e após parto

Durante todo o período peri-natal, muitas agressões de variados tipos podem atingir o feto e o recém-nascido através de agravos maternos ou de comprometimentos das trocas nutricionais mãe/feto, incluindo as alterações útero-placentarias e o aporte de oxigênio. O período de parto é o momento onde os riscos peri-natais aumentam tendo mais oportunidade de aparecer e se traduzir

em lesões graves para o recém-nascido. Após o nascimento, muitas são ainda as oportunidades de agressão ao sistema nervoso central, principalmente as infecções graves e alguns problemas metabólicos difíceis de evitar.

Como tentativas de prevenção destas condições pode-se enumerar:

- a) Alto índice de suspeita, erros inatos do metabolismo e uso de métodos de triagem em massa, quando praticável
- b) Aconselhamento genético, quando indicado
- c) Detecção laboratorial e clínica de infecção maternas, capazes de produzir infecção fetal e tratamento da mãe quando necessário.
- d) Evitar quando possível, a medicação materna, especialmente no 1º trimestre (inclua-se o alcoolismo e o tabagismo)
- e) Esquema de atendimento do recém-nascido na sala de parto evitando ou minimizando a anoxia perinatal
- f) Cuidados com a nutrição materna, nos aspectos proteicos e calóricos
- g) Ter em mente a prevenção da prematuridade em parte provendo meios adequados de estimar a maturidade fetal e lançando meios de prolongar a estada do feto no útero
- h) Cercar o ambiente do recém-nascido de condições que impeçam a infecção hospitalar.

Os fatores ambientais exercem também grande influência na aquisição de um atraso de desenvolvimento como a desnutrição, infecção crônica e a carência de experiências sensoriais e afetivas, fundamentalmente quando o cérebro está em crescimento. Estima-se que 75% do total dos denominados retardados mentais tem origem sócio-cultural.

O deterioramento econômico associa-se a um menor número de consultas pré-natais, a famílias mais numerosas, desnutrição, etc...

A incidência de crianças de baixo peso, cuja relação

com a mortalidade peri-natal esta comprovada, é maior nas classes sociais inferiores.

Segundo Ruggia (1977), durante o Seminário Internacional sobre Estimulação Psico-social do Latente, no Chile, alguns pontos são fundamentais em termos de prevenção, a saber:

- 1- Elaboração de programas específicos para a prevenção primária da privação sócio-cultural. Existem evidências suficientes que justificam o esforço em canalizar a estimulação. Num esforço continuado através da família, serviços pré escolares e escola.
- 2- Aperfeiçoamento do sistema de diagnóstico e tratamento no campo do desenvolvimento infantil mediante esforços conjuntos dos setores da Saúde e Educação.

A população a atender pode ter:

- 1- Um dano estabelecido: trissomia, má formação congênita. Corresponde a iniciar um plano de tratamento
- 2- Um alto risco biológico ou de privação combinados. Caso dos recém nascidos de baixo peso. Corresponde formular um plano de estimulação.
- 3- Um alto risco de dano biológico mas com possibilidade de recuperação. Corresponde a um plano de estimulação.

CAPITULO III

A FAMÍLIA E A CRIANÇA DE ALTO RISCO

A família existe na espécie humana seja qual for seu tipo sociológico, poli ou monogâmico, exo ou endogâmico.

As organizações sociais e religiosas interviram sempre para manter sua coerência, justificando desta forma seu papel de instituição básica da sociedade, uma unidade integrada que possui sua própria história.

Não existem regras universais quanto a formação e organização de um grupo familiar sendo que se formam segundo Levy-Strauss, de acordo com as pressões sócio-culturais de cada tipo de sociedade.

Segundo Fernandes Azevedo (1963) família é definida como: "Instituição social básica que compreende um ou mais homens vivendo maritalmente com uma ou mais mulheres, os descendentes vivos e, às vezes, outros parentes e agregados".

Quanto às suas características, a família apresenta segundo Levy-Strauss os seguintes aspectos:

- 1- Tem origem no casamento
- 2- É constituída pelo esposo, esposa, filhos dessa união;
- 3- Seus membros estão unidos entre si por: traços legais; direitos e obrigações econômicas, religiosas e outras; entrelaçamento definido de direitos e proibições sexuais e uma quantidade de sentimento.

A família então tem seu início com a união entre um homem e uma mulher, legal ou não, e que se aperfeiçoa com o nascimento dos filhos e termina com a morte dos cônjuges ou com o estabelecimento de outro laço matrimonial que substituirá o anterior. Toda pessoa torna-se membro de uma entidade natural o organismo familiar ao nascer.

Na sociedade brasileira, a família encontra-se amparada legalmente conforme o artigo 175 da Legislação Federal, que reza:

"A família é constituída pelo casamento e terá direito a proteção de poderes públicos"

Encontra-se na literatura específica várias funções designadas à família, sendo que quatro destas são consideradas básicas e devem se apresentar inter-relacionadas para garantirem o desenvolvimento de seus membros e de sua unidade. Estas estão vinculadas a fatores sócio-culturais de cada sociedade, num momento histórico específico à nível: biológico; a família se perpetua através de sua função reprodutora; psicológico: os membros da família encontram-se inter-ligados na busca de satisfação de suas necessidades afetivas; econômico: a família desenvolve atividades a fim de prover suas necessidades materiais; social: a família é regida em geral por normas e costumes da sociedade da qual participa, cabendo-lhe em parte propiciar a educação e a criação de seus membros.

Perturbações nesses fatores poderão criar sintomas nesta dinâmica, variando desde pequenos problemas de relacionamento entre seus membros ou entre a família e o social mais amplo, até a desagregação.

As relações entre os filhos e a família caracterizam-se basicamente pelo jogo entre dependência. É desse processo que vai se formando a individualidade dos filhos, propiciando ou não o amadurecimento progressivo e adequado a cada fase do desenvolvimento, permitindo o caminho para a saúde ou o desequilíbrio mental.

Uma das principais funções da família é a de permitir e acompanhar o processo de amadurecimento, individualização e

socialização de seus membros o que requer flexibilidade às mudanças, ao mesmo tempo que a manutenção de sua identidade neste processo de mudança.

A família irá contribuir para o amadurecimento emocional de seus filhos oferecendo oportunidades de dependência em grau elevado, separação e ingresso nas unidades sociais cada vez mais amplas.

A participação ampla na sociedade constitui-se no produto final de algo que se iniciou geralmente com os cuidados maternos. A família então seria o campo de treinamento para esse traço essencial de crescimento do indivíduo depender e inter-depender. As relações entre filhos e família caracterizam-se por uma delicada interação dos processos de união e separação emocional.

É dentro do clima emocional em que vive na família que ocorre a formação da personalidade da criança e sua adaptação social: sua identidade. Amor, aceitação e estabilidade são as três colunas da segurança; condição primordial para o desenvolvimento infantil. O meio da criança é, em princípio, sua família. Por este motivo suas relações familiares serão responsáveis pela sua evolução tornando-o adulto psicologicamente normal ou não.

O que melhor define este grupo social tão particular é a coexistência dos grupos de seres humanos, pais e filhos, entre si numa relação de progenitores e descendentes.

O casal apenas não pode considerar-se suficiente para que exista uma família. A chegada do filho é que cria a família. As relações familiares normais se ordenam em torno, em função e para o filho, e a estrutura e qualidade das relações familiares irão variar segundo o caráter e equilíbrio destes membros constituintes.

Um dos papéis primordiais da família é permitir que a criança experimente o mundo que a cerca desenvolvendo assim o domínio de si mesma.

A criança para desenvolver-se evolue em três planos paralelos e profundamente interados: físico, intelectual e afetivo.

Antes de mais nada necessita de segurança que resume na prática o conjunto das condições necessárias para uma boa evolução afetiva. Para isto a criança deve ter em seu redor a presença de um adulto, de quem conheça o poder protetor.

O amor dos que a rodeiam, e antes de mais nada a mãe são necessários à criança para desenvolver-se sadiamente.

A família exerce a função tanto de orientadora como de protetora constituindo-se o traço de união entre o indivíduo e a sociedade.

Toda vez que um novo membro nasce, ele torna-se o repositório das ambições e desejos desta família, no sentido de uma realização individual e social.

Quando os pais esperam o nascimento de um bebê acalentam durante toda a gestação uma expectativa de como será a criança, o que poderá fazer e ser no futuro. O nascimento de um filho com problema geralmente desestrutura não só os pais mas toda a família que está intimamente ligada à ele. Geralmente se revoltam ou tentam negar o problema e a ansiedade gerada é muito grande em relação ao futuro.

As atitudes dos pais decorrentes do reconhecimento do filho de alto-risco, não raro, modificam o comportamento social do grupo familiar. Após um período inicial de angústia, revolta desorientação em face do problema, há uma gradativa adaptação à realidade. Procura-se por todos os meios enfrentá-la e minorisá-la, com isto; todo um processo de ajustamento faz-se necessário. Não raras vezes, ve-se a falência do lar em função deste filho que de alto-risco muitas vezes passou a portador de uma deficiência mental. A autojustificativa, a projeção da culpa no outro conjugue, o desagrada face ao presente, a aflição e as responsabilidades do futuro, levam a família a uma desestruturação devassadora. Outras vezes atitudes positivas tão desejáveis, de compreensão e atendimento melhor de todo grupo familiar se une e se concentra, às vezes exageradamente em torno do problema e suas possíveis soluções.

Atualmente tem sido dada grande ênfase à preparação dos pais e familiares da criança de alto risco em relação aos aspec-

tos s̄ocio-econômicos culturais e afetivos. N̄o raro, toda a estrutura econ̄mica da fam̄lia desmorona face ao problema da criançã. Quanto ao aspecto afetivo, os pais precisam ser orientados em relaç̄o ao amor e assist̄ncia que dever̄o assumir frente a seu filho.

A familia deve ser preparada para participar como unidade de tratamento na complexa terapeutica da criançã de alto risco. J̄ã v̄o longe os dias em que a institucionalizaç̄o parecia resolver o problema da familia. A tendencia moderna ̄ fugir das instituiç̄es fechadas, focos de alienaç̄o da criançã deficiente reservando-os exclusivamente aos casos irrecuperaveis.

̄ na familia que a criançã deve passar o maior numero de horas de seus dias j̄ã que ̄ dentro dela que encontra-se os maiores v̄nculos-afetivos, principalmente com a m̄e. Sendo assim a familia ̄ decisiva no desenvolvimento destas criançãs. Sabe-se que o amor, o afeto e a segurançã s̄o a mola propulsora de toda evoluç̄o da criançã. ̄ necessario para tal que os pais criem um ambiente tranquilo, harmonioso e seguro, facilitador da aprendizagem. Assim a criançã poder̄ aprender, assimilar e integrar apropriadamente os estímulos ambientais que a rodeiam crescendo e acreditando em si e no futuro que a espera.

CAPITULO IV

DECORRÊNCIAS DO VÍNCULO AFETIVO NA ESTIMULAÇÃO PRECOCE

O termo apêgo ou vínculo afetivo foi introduzido por Bowlby (1958) e tem sido motivo de inúmeros estudos feitos por Ainsworth, Ainsworth e Bell e outros.

Define-se o apêgo como um laço afetivo que uma pessoa estabelece com outra, que manifesta-se mediante intentos de alcançar e manter um certo grau de proximidade com o objeto de apêgo, o qual se favorece mediante condutas específicas.

No bebê muito pequeno, a sucção, o reflexo de procura, dos pontos cardeais e as adaptações posturais ao ser colocado no colo, nos braços; se identificam como manifestação de apêgo e como condutas favorecedoras da proximidade. Logo aparecem novas condutas como sorriso, o pranto e a vocalização como meios de chamar a atenção da mãe. Posteriormente no bebê mais maduro esta conduta se expressa através da aproximação e comunicação verbal.

A mãe constitui a base firme de quem se torna possível alojar-se e a quem pode voltar-se cada vez que se deseje, já que ela está pronta a socorrê-lo em caso de perigo. Esta pessoa que protege, também inter-atua, estimula a exploração e oferece segurança e força constituindo-se num marco facilitador para que a criança desenvolva-se de forma adequada. As observações têm demonstrado que as crianças em sua tenra infância e que tenham experimentado uma boa relação de apêgo, crescem seguras de si mesmas; podem confiar em quem devem fazê-lo e são colaborado-

res e participantes.

Pelo contrário, em geral ; às alterações emocionais apresentam-se quando na atenção materna não tenha existido continuidade, coerência e respostas às condutas da criança.

Desde o ponto de vista da teoria evolucionista, Bowlby (1958) tem postulado que o apego mãe-bebê desempenha um rol muito importante, que permite a sobrevivência da espécie. Ainsworth, tem sugerido que no período prolongado em que o bebê é indefeso, o código genético prevê condutas que facilitam a habitual união mãe e seu filho.

Diz-se que existe uma pré determinação genética que estabelece um equilíbrio entre as condutas do bebê e das que sua mãe lhe manifesta reciprocamente. Por exemplo; o bebê de um ano que tenha desenvolvido o apêgo, explora significativamente mais em uma situação estranha se sua mãe está presente (Ainsworth e Bell). O apêgo de uma criança com sua mãe ou com outro membro da família tem demonstrado estar estreitamente relacionado com a frequência de seu pranto (Ainsworth e Bell), o desenvolvimento social (Ainsworth, Bell e Staylon) e o momento em que adquire o conceito de permanência de pessoas e objetos (Bell).

Em termos gerais é possível destacar dois aspectos facilitadores do apêgo por parte do bebê.

A- A sensibilidade da mãe em compreender, perceber e responder aos sinais que seu filho emite.

B- O nº e natureza das interações que faz. No período neo-natal o repertório de conduta do bebê é limitado, assim sendo a mãe deve esforçar-se em manter a proximidade física e iniciar trocas sociais com ele.

Desde os dois meses, os bebês começam a tomar cada vez mais a iniciativa na interação com suas mães. O êxito ou fracasso nos espaços adaptativos do bebê é proporcional à habilidade da mãe em reconhecer e responder a seus sinais; e isto depende do grau da sensibilidade materna para perceber pequenos sinais, e estimar-se a si mesma como modelo estimulatório.

Alguns estudos tem tentado decifrar os primeiros dados

por meio dos quais os bebês dão informações a mãe, facilitando assim a iniciação das condutas de reciprocidade. Woolff (1966) sugere que o contato ocular tem importante efeito nas mães, e as estimula a promover interações ao analisar a conduta do sorriso, descreve tanto a situação em que a mãe inicia como a que responde ao sorriso de seu filho. Portanto, o estado de alerta da criança, sua conduta visual, seu nível de atividade e os movimentos faciais constituem sinais de afeto, com os quais a mãe elabora uma fantasia sobre a personalidade da criança já na 2ª semana de vida.

Os critérios pelos quais se determina, se o apêgo está presente e o momento de sua 1ª aparição, estão menos claramente definidos do que as condutas por meio das quais se faz a proximidade. Em torno dos 4 meses se pode observar que os bebês respondem de maneiras distintas às suas mães, entretanto não se considera que exista um laço afetivo, já que não se observa que o bebê tente manter a proximidade com ela. Bowlby (1969) sugere que por volta dos 6 meses de idade a maioria dos bebês criados no ambiente familiar mostram sinais de apêgo, mas nem sempre ocorre assim, concluindo que o desenvolvimento do apêgo continua durante a 2ª metade do 1º ano de vida da criança.

Tem-se observado que as crianças que não tenham experimentado suficiente interação com suas mães, evidenciam um certo atraso na expressão do apêgo e que os fatores de desenvolvimento são proporcionais à adequada atenção materna que torna-se assim vital para o desenvolvimento da criança.

A atenção materna envolve fatores como:

- manipulação
- contato físico
- estimulação vestibular

Que estão mais relacionados com a atenção visual que o bebê presta ao ambiente que o cerca.

O bebê que está em estreito contato com a mãe, que é pêgo, trocado de posição em sua cama, etc... está mais alerta. A partir destas observações, estudos sugerem que o desenvolvimento precoce do esquema viso-motor é facilitado pela

estimulação vestibular e o manejo que recebe o bebê.

Piaget(1952) enfatiza o valor crítico que tem as primeiras experiências da criança. Seus trabalhos implicam que o desenvolvimento da inteligência tem suas raízes no esquema criado nos primeiros meses de vida. Sendo assim, se não existir um intercâmbio contínuo da criança com seu meio ambiente durante o período de desenvolvimento sensorio-motor (primeiros 18 meses), produzir-se a um deterioramento de sua inteligência e adaptação futura ao meio.

Durante as primeiras semanas e meses, a criança necessita da mãe para poder construir em sua mente a imagem desta. Um dos motivos da criança necessitar fundamentalmente de sua mãe, é também devido ao fato de que ela deverá simplificar o mundo demasiadamente confuso e complicado para seu bebê.

Os trabalhos de Spitz são de indubitável valor para explicar as perturbações do desenvolvimento mental que podem ocorrer devido à carências afetivas. Para este autor, o sorriso social é a causa e consequência de fenômenos psíquicos importantes vinculados à interação entre a criança e meio externo, considerando-o mais do que uma etapa de desenvolvimento; um "ponto organizador". O sinal que provoca o sorriso é uma parte do rosto humano que não se limita apenas ao da mãe. Mas a grande parte das vezes, o sinal é o da mãe que se une a satisfação de necessidade como alimentação, a proteção e a segurança. Durante o primeiro ano de vida, a mãe serve de interprete de toda percepção, ação e conhecimento. As mãos, dedos e o peito da mãe, oferecem à criança todos os estímulos táteis para a aprendizagem da prensão, do equilíbrio de seu corpo e sua voz proporcionará à criança os estímulos auditivos necessários para a formação da linguagem.

Nestes processos os sentimentos da mãe em relação a seu filho numa atitude afetiva, tem uma importância primordial. A ternura da mãe lhe permite oferecer à criança uma extensa gama de experiências vitais e sua atitude afetiva representa a qualidade da experiência da mesma.

Spitz mencionou que a mãe é influenciada pelas atitudes e personalidade de seu filho, num processo circular. A crian-

ça ao nascer é provido de uma lavagem congênita individual que exercerá sua influência nos sentimentos da mãe. De acordo com a personalidade desta, a diferença será muito grande se a criança é precoce ou apresenta um desenvolvimento lento.

As primeiras relações com a mãe proporcionam ao bebê experiências satisfatórias, possibilitando assim maiores condições de desenvolver-se numa sensação de bem estar interior e confiança.

4.1 O vínculo afetivo na criança de alto risco

Existe vasta bibliografia sobre o desenvolvimento do vínculo afetivo no bebê normal. Pelo contrário, é muito pouco o material que podemos encontrar sobre o vínculo da criança de alto risco ou na discapacitada.

Algumas mães são sensíveis e respondem adequadamente a seus filhos normais mas fracassam em adquirir padrões comparáveis de atitude materna com seus filhos biologicamente em risco.

Os padrões de interação na população de crianças atípicas em geral; são distintos do que ocorrem nas famílias que têm crianças normais.

Estudos com bebês cegos demonstram, segundo Eloisa Marinho, que ante a incapacidade de um bebê cego em responder aos sinais visuais, existe o risco de que o vínculo entre ele e seus pais não se estabeleça.

De Hirche (1973) descreve que o apêgo entre bebês com disfunção cerebral e suas mães é menor que o de crianças normais, já que neste caso, o adulto não se sente estimulado a continuar promovendo respostas.

A relação precoce entre mãe e filho existe numa bidirecionalidade ou seja, as condutas maternas influem no funcionamento do bebê e vice-versa, as condutas deste modificam o comportamento da mãe.

Stone e Chesney realizaram um estudo mediante o qual

observaram quinze mães e seus bebês descapacitados que frequentavam um programa de Estimulação Precoce para crianças de alto risco e com atraso de desenvolvimento e que se apresentavam nos seguintes itens em comum:

1. Exames clínicos e/ou de laboratório indicando a presença de um determinante orgânico do atraso de desenvolvimento originado antes do nascimento e/ou descoberto dentro dos primeiros 5 meses de vida da criança.
2. Ausência de antecedentes de transtornos emocionais na mãe. Em onze das famílias havia um ou mais irmãos maiores cujo funcionamento emocional e cognitivo era normal. Nas outras quatro famílias este filho era o primeiro.

Inclui-se nas quinze famílias, 8 (oito) crianças com síndrome de Down, três crianças com lesão cerebral, três cegos e uma com deficiências múltiplas congênitas.

As mães responderam a um formulário que continha uma lista de condutas das quais deveriam escolher aquelas expressadas por seus filhos. Os dados obtidos foram logo verificados nas entrevistas posteriores e observações das interações mãe-bebê. Um dos autores atuou como participante observador no programa de intervenção durante o ano em que se realizou a observação.

Escolheu-se para o estudo aquelas condutas de vínculo que devem aparecer na criança antes da etapa de desenvolvimento em que é capaz de aproximar e seguir sua mãe. Por exemplo a adaptação frente a manipulação, o sorriso, pranto e vocalização. As respostas à manipulação melhor identificadas pelas mães foram: rigidez, tensão e falta de resposta. Tendo em conta o rol importante que desempenha o bebê na iniciação dos intercâmbios sociais, também observaram-se seus níveis de atividade, de procura visual e o contato ocular.

O quadro apresentado a seguir mostra a presença de transtornos em uma ou mais condutas de apego nos quinze bebês estudados, sendo o mais frequentemente mencionado o de vocalização. Dez das quinze mães mencionaram transtornos na vocaliza-

ção; nove das quinze mães indicaram que seus filhos nunca sorriam ou o iniciaram tardiamente; e nove informaram que seus filhos permaneciam hipotônicos ao serem manipulados. O transtorno de menor ocorrência foi a da postura de tensão ao serem manipulados. Três das quatro crianças cujas mães mencionaram que ficavam tensos ao serem manipulados apresentavam lesões cerebrais.

As crianças portadoras de Síndrome de Down e a que apresentava deficiências congênitas múltiplas evidenciaram um elevado nº de transtornos em todas as categorias apresentadas no quadro, exceto no de adaptação postural de tensão.

Observa-se neles bipotinia ao serem levantados nos braços, falta de resposta, passividade, ausência de contato visual, não exigiam atenção e raramente sorriam ou vocalizavam.

Os transtornos mais frequentemente mencionados pelas mães de crianças com lesão cerebral foram: tensão a manipulação, falta de resposta e sorriso escasso. Não mencionou-se o transtorno no pranto ou na atenção.

Por último, o grupo de mães de crianças cegas foi, de todos os estudados, o que menor número de transtornos mencionou. Somente uma delas ficava tensa ao ser manipulada e um não reclamava atenção. Os demais transtornos nas condutas de apêgo incluídas no quadro não foram mencionados pelas mães das três crianças.

Síndrome de Down	08	0	08	02	04	05
esão Cerebral	03	03	0	03	02	0
Cego	03	01	0	0	0	01

As expressões de conduta precoce dos estados afetivos de um bebê, permitem a sua mãe dar um significado a determinados aspectos desta conduta. Se o bebê não é capaz de emitir sinais adequados à sua mãe, esta vê dificultada sua tarefa de recepção e compreensão das mesmas.

É de crucial importância para o desenvolvimento do apêgo entre mãe e filho que ela reconheça haver percebido, compreendido e efetivamente respondido a uma mensagem de seu filho, o que ocorre por exemplo, através da sequência do choro do bebê e seu posterior apaziguamento mediante a atitude da mãe.

Além da cessação do choro, as primeiras mensagens do bebê de reforço positivo à mãe, transmitem-se através das vias táteis e cinestésicas. Treze dos quinze bebês nesta informação foram incapazes de comunicar-se efetivamente através de respostas ao manuseio; e seis dos quinze bebês raramente choravam.

Tem-se demonstrado que o sorriso inicia desde uma conduta geneticamente pré-programada, não relacionada com estímulos externos no período neo-natal, passando por uma sucessão de etapas. Nos primeiros dois meses de vida aparece o sorriso exógeno em resposta a uma ampla gama de estímulos visuais, auditivos e cinestésicos do meio ambiente. Aos dois meses e meio ou três de vida, o sorriso de um bebê vidente se origina pelo rosto humano e o de um bebê cego pela voz e o tato, concomitantemente; as respostas de sorriso ante outros estímulos decresce. Este sorriso social opera positivamente como reforço das condutas de cuidado materno, já que as mães alegram-se ao provocá-lo. O atraso ou infrequência do sorriso infantil reduz as recompensas que recebe a mãe e com as quais sente-se reforçada.

Nove das quinze mães do estudo informaram este transtorno no funcionamento das respostas da criança.

O fato de só utilizar-se como conduta de saudação e expressão de afeto as manifestações táteis, o abraço e o aninhar-se no colo da mãe, podem representar um atraso na evolução da conduta do apêgo já que outras modalidades de conduta podem ser exploradas.

Quando se consola um bebê que esta chorando levando-

o aos braços, ele acalma-se e aumenta seu estado de alerta, mas quando um bebê fracassa em estimular sua mãe, esta não interage e portanto o ambiente vai decrescendo, criando apatia e depressão tanto na criança como na mãe, acrescentando-os aos problemas que a criança já possui, em lugar de resolvê-los. Assim sendo um ambiente social pré-adaptado para atender as necessidades da criança normal estimulam no bebê de alto risco ou com atraso de desenvolvimento um ambiente com respostas patológicas afetando seu funcionamento e concomitante desenvolvimento em todas as áreas envolvidas.

CONCLUSÃO

O presente trabalho teve como problema responder a seguinte questão:

É importante o vínculo afetivo mãe-filho no trabalho de Estimulação Precoce?

Após estudo conclui-se:

. Um vínculo afetivo satisfatório não é necessariamente o resultado do contato imediato entre pais e filhos no momento do nascimento mas sim um processo que se desenvolve com a continuidade do relacionamento dia após dia e do reconhecimento da criança e de sua maneira própria de expressar suas necessidades e sentimentos.

A palavra desenvolvimento está impregnada pelo significado de "trocas". Sendo que para um bom vínculo são necessárias trocas qualitativas no transcurso da vida principalmente nos primeiros anos.

. Nenhuma característica no bebê de alto risco o impede de se comunicar e de estabelecer bons vínculos afetivos. Suas respostas podem ser mais lentas ou atenuadas devido à hipotonia, desorganização do sistema nervoso central, enfermidade ou medicação. A combinação de uma resposta infantil atrasada ou diminuída com um componente de ansiedade dos pais, pode sim dificultar a comunicação, apesar de ter a capacidade de responder

e interagir com seu ambiente social. Esse fator influencia diretamente na mãe acarretando muitas vezes dificuldade de formar um bom vínculo-afetivo e conseqüentemente de se tornar uma facilitadora do processo de desenvolvimento de seu filho.

. Com o passar dos anos, desde que iniciaram-se os programas de estimulação precoce, houveram muitas mudanças sendo uma das mais importantes a passagem do atendimento antes puramente clínico, para o familiar. Isso devido à crescente importância que se tem dado aos contatos iniciais entre mãe e filho para o desenvolvimento psicológico sadio da criança, envolvendo as demais áreas de evolução. Busca-se assim que a família e em particular a mãe, seja a mediadora do processo de estimulação.

. Faz-se necessário que educadores e técnicos envolvidos na área de estimulação reconheçam o papel fundamental dos pais e principalmente da mãe não os utilizando "simbolicamente" mas sim "funcionalmente", vendo-os como indispensáveis no desenvolvimento de seus filhos.

. Os profissionais da área devem ver os pais não como pessoas que necessitem de apoio por terem um filho excepcional mas como seres humanos com as mesmas necessidades, vontades e dificuldades como todas as demais pessoas sendo capazes de amar, odiar, sentir pena e culpa, simpatia, cansaço, desconsolo.

Que estes sentimentos são respostas legítimas a um problema que requer um longo processo a ser caminhado.

Por isso, a equipe técnica de um programa de estimulação precoce deve estar preparada a acolher, esclarecer e entender estes pais orientando-os da melhor forma possível. Assim eles serão capazes de atuar como facilitadores da aprendizagem e evolução de seus filhos.

. A intervenção na família é muito importante no trabalho de estimulação precoce, devendo-se alertar aos pais que uma boa interação parental é composta de flexibilidade, sensi-

bilidade e percepção facilitando a progressão do tratamento.

. Os pais devem ser orientados sistematicamente aprendendo novas habilidades paraprofissionais para poderem intervir favoravelmente no desenvolvimento de seu filho nas áreas a serem trabalhadas numa ação terapeutica e de amor. Deverão ter em mente que não serão uma extensão dos especialistas mas sim pais conscientes e atuantes num processo de sucessivas aquisições por parte da criança.

. Não basta apenas organizar uma atuação de envolvimento de pais mas sim abrir caminhos para uma nova filosofia de vida, atribuindo-lhes função. Uma filosofia que encare os familiares como participantes nas deliberações do que deva ou não ser feito com o próprio filho em todos os sentidos: educação, reabilitação ou de saúde.

. O objetivo primordial da orientação de pais, principalmente da mãe no trabalho de estimulação precoce seria o de alertar sobre a importancia do estabelecimento de um relacionamento emocional duradouro entre pais e filhos envolvendo interação recíproca frequentes em torno de atividades que sejam desafiantes à criança. Isso implicará num fortalecimento do elo entre pais e filhos fornecendo a motivação, aumentando a frequência e o número de respostas decorrentes.

. Para que a criança desenvolva-se em toda sua plenitude faz-se necessário que os pais e principalmente a mãe crie uma atmosfera afetiva e envolvente transmitindo à criança amor, segurança e tranquilidade demonstrando-lhe que acredita em suas potencialidades e no seu desenvolvimento; dando-lhe assim condição de melhor apreender e assimilar os estímulos ambientais que a cercam.

Buitiba, março de 1985

Siriane Cespo Gelvan

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 01 BRAZELTON, T.B. Bebês e Mamães. São Paulo, Campos 1.981
- 02 BRINKWORTH, B.A. Como cuidar e treinar o Bebê com Síndrome de Down
- 03 DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL, PARANÁ. A Estimulação Precoce, Curitiba, DEE
- 04 DEPARTAMENTO DE EDUCAÇÃO ESPECIAL PARANÁ. Intervenção, Curitiba, DEE
- 05 GESSEL, A et alii. Diagnóstico del desarrollo. Buenos Aires, Paidós, 1966
- 06 KRINSKI, Stanislau. Deficiência Mental. Rio de Janeiro Atheneu, 1969
- 07 LORENZO, Eloisa Garcia E de. Importancia da Estimulação Precoce no retardo mental. Sociedade Pestalazzi do Brasil. Rio de Janeiro, 1972
- 08 LORENZO, Eloisa Garcia E de. Estimulación Precoce accion preventiva è remedial. Foz do iguaçu, 1976
- 09 LORENZO, Eloisa Garcia E de. Aplicacion en el área del retardo mental de las teorías de diagnostico de Piaget e Inhelder. Montevideo, OEA, 1977
- 10 LORENZO, Eloisa Garcia E de. Sugerências para analisis conductual en un plan de intervencion temprana, OEA 1977.
- 11 LORENZO, Eloisa Garcia E de. El apego un llamado de atencion para las estratégias de intervencion e estimulacion temprana. Montevideo, OEA, 1983.
- 12 LORENZO, Eloisa Garcia E de. Nuevas tendencias y responsabilidades de los especialistas de desarrollo infantil que trabajan con niños em alto riesgo biologico e sus

familias. Montevideo, OEA 1984.

- 13 MARINHO, Eloisa Estimulação Precoce. São Paulo, Cenesp 1976
 - 14 MORA, J.O. et alii Estimulação Precoce. Sociedade Pestalozzi do Brasil. Rio de Janeiro, 51: 76-7, 1979
 - 15 MUSSEN, C. Desenvolvimento e personalidade de criança. São Paulo, Haha, 1977
 - 16 PIAGÉT, J. El nacimiento de la inteligência em el niño Madrid, Agrular, 1969
 - 17 POROT, Maurice La familia y el niño. Barcelona, Luis Mirade, 1955
 - 18 QUEIROZ, Aidyl M de et alii. Estimulação Precoce Brasília, Cenesp, 1975
 - 19 QUEIROZ, Aidyl M de et alii. Estimulação Precoce, informações básicas aos pais e aos profissionais Brasília, Departamento de documentação e divulgação, 1978
 - 20 RUGGIA, Raul Diagnóstico precoce. Revista Brasileira de Deficiencia Mental. ABDM, Florianópolis, 17(2): 35-50, jul/dez, 1982
 - 21 SALK, Lee. O que toda criança gostaria que seus pais soubessem. Rio de Janeiro, Record, 1972
 - 22 SCHAMALZ, Nanci. Es este tu hermano? La respuesta de nuestra familia. Montevideo, OEA, 1984
 - 23 SPITZ, R.A. El primer año de vida del niño. Madrid, Aguilar, 1968.
 - 24 TARANDACH, Ester Rosemberg. Diagnóstico psicossocial da familia, Petropolis, Vozes, 1978
 - 25 WERINGER, Nina M. Rangel. Alguns aspectos da orientação no psico diagnóstico. Sociedade Pestaloxzi do Brasil. Rio de Janeiro, 46:17.09, 1976
 - 26 WILLIANS, Lucia Cavalcanto de Albuquerque. Provenção de retardo no desenvolvimento: a contribuição da familia. Revista Brasileira de Deficiencia Mental. ABDM, Florianópolis. 17(1):7-15, jan/jun, 1982
-