

FUNDAMENTOS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

DA GESTAÇÃO AOS 3 ANOS



Fotos capa, da esquerda para a direta:

Primeira linha: 1. Shutterstock / 2. Léo Sanches / 3. Léo Sanches / 4. Léo Sanches

Segunda linha: 1. Léo Sanches / 2. Léo Sanches / 3. Léo Sanches / 4. Thinkstock

Terceira linha: 1. Shutterstock / 2. Thinkstock / 3. Léo Sanches

Quarta linha: 1. Thinkstock / 2. Shutterstock / 3. Léo Sanches / 4. Thinkstock



FUNDAÇÃO
MARIA CECILIA
SOUTO VIDIGAL
PELA PRIMEIRA INFÂNCIA

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Fundamentos do desenvolvimento infantil : da gestação aos 3 anos / [organizador Saul Cypel]. -- São Paulo : Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2011.

Vários autores.
Bibliografia.

1. Crianças - Desenvolvimento 2. Puericultura
I. Cypel, Saul.

11-14120

CDD-649.1
NLM-WA 320

Índices para catálogo sistemático:

1. Desenvolvimento infantil : Puericultura
649.1

FUNDAMENTOS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

DA GESTAÇÃO AOS 3 ANOS

Programa Primeira Infância
Fundação Maria Cecília Souto Vidigal
Maio 2013



FUNDAÇÃO
MARIA CECILIA
SOUTO VIDIGAL
PELA PRIMEIRA INFÂNCIA

FUNDAMENTOS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL
DA GESTÃO AOS 3 ANOS

ORGANIZADOR – SAUL CYPEL

Consultor técnico do Programa de Primeira Infância da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal.

COLABORADORES

Adriana Friedmann, doutora em Antropologia pela PUC/SP. Mestre em Metodologia do Ensino pela UNICAMP. Pedagoga pela USP. Consultora, palestrante e docente sobre a temática da infância, brincar, espaços, programas e desenvolvimento de educadores. Fundadora da Aliança pela Infância. Criadora e docente do curso de pós graduação “Educação Lúdica em contextos escolares, não formais e corporativos” no Instituto Superior de Educação Vera Cruz.

Anna Maria Chiesa, enfermeira, professora livre-docente da Escola de Enfermagem da USP. Consultora técnica do Programa de Primeira Infância da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal.

Claudia Medeiros de Castro, doutora em Ciências. Mestre em Psicologia Social. Especialista em Psicologia Hospitalar. Psicóloga. Docente do curso de Obstetrícia da Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo.

Conceição Aparecida Mattos Segre, doutora em Pediatria Neonatal pela Universidade Federal de São Paulo. Atualmente é professora visitante do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual, professora do curso de pós graduação em Perinatologia do Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Albert Einstein, membro associado da Associação de Pediatria de São Paulo e editora executiva da revista Einstein.

Lia Rachel Colussi Cypel, psicanalista, analista didata e membro efetivo da Sociedade Brasileira de Psicanálise de SP (SBPSP). Coordenadora do Grupo de Casal e Família da SBPSP e coordenadora do Departamento de Família da Fepal.

Sandra Regina Souza, pediatra, mestre em saúde pública pela Faculdade de Saúde Pública da USP, departamento de Saúde Materno-Infantil. Responsável pela coordenação da Área Técnica de Saúde da Criança da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, desde 2007.

Saul Cypel, professor livre-docente de Neurologia Infantil pela FMUSP (Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo). Consultor técnico do Programa de Primeira Infância da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal.

Umberto Gazi Lippi, graduado em Medicina pela Universidade Federal de São Paulo, com especialização em Administração Hospitalar pela Faculdade de Saúde Pública de São Paulo. Doutor em Medicina (Obstetrícia) pela Universidade Federal de São Paulo. Livre-Docente de Obstetrícia pela UNITAU. Atualmente é docente da Disciplina Saúde da Mulher no curso de Medicina da Universidade Cidade de São Paulo

A Fundação Maria Cecília Souto Vidigal informa que a responsabilidade dos textos é dos respectivos autores.

AGRADECIMENTOS

É com muito orgulho e satisfação que a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) entrega ao público esta obra que, ao elencar os fundamentos do desenvolvimento infantil da gestação aos 3 anos, acabou por determinar, de fato, os fundamentos, ou melhor, as fundações do trabalho da FMCSV.

Foi orientada pelo conhecimento contido neste livro que a FMCSV abraçou definitivamente a causa da Primeira Infância e que, em 2009, a equipe concebeu o Programa Primeira Infância, com seus Projetos de Intervenção Local, aplicados com sucesso em seis municípios, e que agora ganham vida própria se expandindo por novas cidades.

Também foi o ensejo de divulgar os princípios apresentados nos textos deste livro que impulsionou a FMCSV a desenhar seus cursos, definir suas publicações e organizar workshops e eventos.

Por isso, a FMCSV só tem a reconhecer e admirar aqueles pioneiros que souberam escolher um caminho e construíram uma bússola que os orientou e ainda orienta os colaboradores atuais. Para esse grupo, nas pessoas de Marcos Kissil e Saul Cypel, assim como os membros dos Conselhos e Comitês, a FMCSV quer expressar seu mais profundo agradecimento pela grande tarefa realizada.

Eduardo de C. Queiroz
Diretor-Presidente
Fundação Maria Cecília Souto Vidigal



Saul Cyper

PRESENTAÇÃO

FUNDAMENTOS DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL DA GESTAÇÃO AOS 3 ANOS

O investimento na Primeira Infância, e mais especificamente nos três primeiros anos de vida, incluindo a gestação, vem adquirindo enorme importância em quase todos os países e seus programas de governo. Existe o pleno reconhecimento de que cuidar e favorecer o desenvolvimento saudável da criança nesse período promoverá a organização de alicerces que favorecerão o indivíduo, no futuro, a lidar com as complexas situações que a vida venha a lhe apresentar.

Em todos os programas voltados para essa fase, sempre é enfatizado que a atenção à criança deve ser integral e integrada. Entretanto, na realidade, verificamos com frequência que as ações são fragmentadas e dependentes dos setores que as desenvolvem, ora na saúde, ora na educação ou em outras áreas.

Em 2007, o Conselho de Curadores da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal tomou a decisão de criar a área programática do Desenvolvimento Infantil, mais recentemente renomeada para Desenvolvimento na Primeira Infância. Houve um claro entendimento, já naquela ocasião, de que o foco deveria centrar-se no período de 0 a 3 anos, pois as evidências acenavam para a importância dessa etapa da vida, considerando também a gestação.

A partir de então, com esse propósito, organizou-se um Comitê de Especialistas de diversas áreas do conhecimento para elaborar de modo integral o conteúdo que deveria orientar as estratégias a serem adotadas para favorecer o melhor desenvolvimento das crianças nessas idades.

O esforço vigoroso daquele grupo de trabalho redundou neste compêndio (ou referencial) que estamos editando, no qual procuramos ampliar o olhar para os cuidados com as crianças, com aquele propósito integral e integrado, tratando de construir os fundamentos que dão suporte a um conjunto de ações. Trata-se de uma obra aberta e passível de futuras revisões à medida que novas evidências venham a ser colocadas.

Esperamos com esta contribuição participar e auxiliar aqueles que buscam estratégias para melhor planejar e implementar os programas de desenvolvimento na Primeira Infância.



NDICE

INTRODUÇÃO	12
A SAÚDE INTEGRAL DA CRIANÇA	18
O DESENVOLVIMENTO INFANTIL	32
O PRÉ-NATAL.....	40
Assistência materna.....	41
Consulta pré-natal com o neonatologista	54
Aspectos emocionais	55
O NASCIMENTO	66
Parto	67
Assistência materna.....	67
Assistência ao recém-nascido	78
Aspectos emocionais	89
Puerpério.....	90
Assistência materna.....	90
Assistência ao recém-nascido	94
Aspectos emocionais	99
A CRIANÇA DO 1º AO 12º MÊS	104
O neurodesenvolvimento	105
Aspectos emocionais	110
Expressões e estímulos	119
A CRIANÇA DOS 13 AOS 24 MESES	138
O neurodesenvolvimento	139
Aspectos emocionais	140
Expressões e estímulos	145
A CRIANÇA DOS 25 AOS 36 MESES	152
O neurodesenvolvimento	153
Aspectos emocionais	154
Expressões e estímulos	160
SUGESTÕES DE BRINQUEDOS	168



Saul Cypel

INTRODUÇÃO



Foto: Shutterstock

Os primeiros anos de vida da criança são fundamentais para estabelecer os alicerces das suas aquisições futuras. Reconhece-se que investimentos para aprimorar as condições de vida nesse período permitem a criação de sociedades harmônicas, acolhedoras e respeitosas com o ser humano. Um ambiente assim estruturado oferecerá oportunidade para que as pessoas adquiram e desenvolvam melhor suas potencialidades humanitárias, com maior produtividade econômica.

Os progressos tecnológicos têm sido fartos em nosso tempo, e os avanços na comunicação permitem uma difusão rápida das informações. Ao mesmo tempo, a expectativa de vida cresceu mais nos últimos 40 anos do que nos quatro mil anos anteriores. O mundo tornou-se muito competitivo, passando a incluir, no ano de 2000, cerca de 6 bilhões de pessoas participando do mercado econômico, comparados aos 3 bilhões de 1980.

Entretanto, nesse período houve um aumento de 100 milhões de pessoas a mais vivendo em estado de pobreza comparado aos números de dez anos anteriores, sendo que muitas destas são crianças.

Estimativas mencionadas em 2007 por Joy Phumaphi, do Banco Mundial, indicam que 219 milhões de crianças com menos de 5 anos não

terão oportunidade de se desenvolver plenamente. Os fatores que mais influenciam essa determinação são pobreza, condições precárias de saúde e nutrição e, especialmente, uma estimulação muito escassa. São barreiras trágicas com consequências devastadoras sobre o aprendizado, a produtividade e o potencial dos indivíduos. Num prisma mais amplo, serão evidentes as repercussões para a organização e o sustento das famílias, e mesmo para a economia dos países.

Embora essas perspectivas sejam mais sombrias para determinadas regiões, como Ásia e África, sabemos que esses problemas atingem mesmo países em boa condição de desenvolvimento. Em um mundo no qual as distâncias geográficas são menos importantes e onde as relações econômicas são interdependentes, as limitações impostas pelas vicissitudes sociais, pela pobreza, determinam repercussões mesmo nos locais mais privilegiados.

Muitos são os desafios que vão nos mobilizar nos próximos anos. Sabidamente, tecnologias avançadas serão necessárias para os vários setores, mas, com a velocidade das comunicações e a facilidade de aquisição, poderão ser introduzidas pelos vários países em prazos relativamente curtos.

O que de fato fará diferença será a educação – esta foi a tônica unânime durante o 1º Congresso de Educação Inicial e Pré-escolar, realizado em 2007, na cidade de Monterrey (México). A educação será não só o grande diferencial, como o grande equalizador, e todo esforço deverá ser feito para que as oportunidades sejam oferecidas à maior parte das crianças. Esse empenho deve incluir a educação formal, escolar, mas principalmente a não formal, sobretudo para crianças de 0 a 3 anos, no que se chama de educação inicial. Esse é o período decisivo para a estruturação física e psíquica do indivíduo, que lhe oferecerá a possibilidade de um melhor desempenho na vida.

Há todo um conjunto de ações com objetivo de favorecer o desenvolvimento infantil nas etapas iniciais. Para que modificações nesse sentido possam ser estabelecidas, será necessária uma conscientização dos vários setores da sociedade, desde o público, passando pela mudança de atitude das empresas e do conjunto de forças da sociedade civil.

Como já foi enfatizado no ano 2000, por ocasião da 1ª Conferência do Banco Mundial sobre Desenvolvimento Infantil Inicial: “Nunca é muito cedo para começar a envolver-se, mas facilmente poderá ser muito tarde”. A urgência dessas ações permanece, pois continua alto o número de crianças em condições marginais e, por outro lado, são evidentes os benefícios observados em muitos programas nos quais as intervenções foram realizadas.

A escolha feita pela Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMCSV) – organizar programas de intervenção para promover o Desenvolvimento Infantil – expressa a preocupação com o tema e significa uma mobilização por meio de uma proposta que visa atender as crianças de modo integral e integrado. Estão sendo implantados, nesse sentido, projetos sociais em municípios de São Paulo, reunindo o setor público, os serviços universitários e as forças da sociedade civil. As ações têm caráter intersetorial, favorecendo com isso a participação dos serviços de saúde, educação e bem-estar social e atuando para que as atenções (no pré-natal, durante o parto e logo após o nascimento) incluam os cuidados físicos e psíquicos necessários à promoção das melhores condições para a criança que está sendo gerada e para seus familiares.

Esse atendimento estende-se até a idade de 3 anos, com os mesmos objetivos. O programa agora chamado de Primeiríssima Infância mostra a preocupação da FMCSV em considerar a saúde mental como alicerce indispensável para a construção de uma sociedade democrática com justiça, liberdade e respeito pelas diferenças.

A consciência de que a base da formação bio-psico-social do indivíduo está na família e nos primeiros anos de vida faz com que se planeje a concentração de investimentos e esforços nessa direção. Busca-se, assim, oferecer nesse período as condições mais favoráveis possíveis para que o ambiente familiar possa ajudar a constituir um ser humano integral e integrado.

Nessa perspectiva, torna-se imperioso resgatar a família como responsável pelo desenvolvimento da pessoa até torná-la sujeito de si mesma, possibilitando sua individuação e autonomia, seu senso de respeito ao outro e a si mesma, com espírito de cidadania e de solidariedade ao sofrimento alheio, e capacitada a lidar de modo responsável com a sua própria vida e com os aspectos sociais e culturais, protegendo-a deste modo da marginalidade e da violência.

A elaboração e a implantação desse projeto baseiam-se em reconhecidos conceitos das Neurociências e da Psicanálise sobre Vincularidade nos primórdios da vida humana. Daí constata-se a necessidade de respeitar o binômio de interdependência mente/corpo em qualquer ação profilática ou terapêutica. Fica claro, também, como as relações afetivas entre mãe e filho, da gestação até os três anos, são importantes para definir a saúde física e emocional de ambos e para ajudar a criança a alcançar sua futura realização pessoal e profissional.

As pesquisas da neurociência vêm enfatizando a importância da genética e a influência do ambiente (entorno) na organização da estrutura psíquica do indivíduo. Embora o bebê, por fatores hereditários, tenha tendência a desenvolver determinados comportamentos, eles passarão a ser modulados pela intervenção dos primeiros cuidados (pai e mãe) desde os momentos mais precoces da vida (epigenética).

O modo como esses vínculos forem se estabelecendo determinará a formulação neurobiológica cerebral, com a consequente organização das

redes circuitárias neurais, como se fossem aprendizados sucessivos, interdependentes e de complexidade crescente – de tal forma que o mais complexo necessitará da boa organização dos mais simples para sua adequada instalação. Servirão como alicerces seguros para o desenvolvimento integral do indivíduo e, mais especialmente, para a sua progressiva maturidade emocional.

Para alcançar esses objetivos, o Programa Primeiríssima Infância enfatiza, em todo o processo, a intervenção profissional mais humanizada na relação com os familiares. A finalidade é valorizar esses aspectos e criar condições para que desde a gestação os pais possam estabelecer uma ligação mais íntima e afetiva com seu bebê. Essa postura humanizada deverá fazer parte dos cuidados de rotina, iniciando-se no pré-natal, seguindo-se depois no nascimento e puerpério, mantendo-se nas outras faixas etárias incluídas no Programa. Tais cuidados deverão estar inseridos entre as atuações que habitualmente privilegiam os aspectos relativos à saúde física, alimentação, higiene etc.

A valorização dos vínculos afetivos familiares do início da vida expressa a relevância da preocupação em constituir e preservar a condição de humanização da pessoa, o que demanda vê-la de maneira holística. Esse ângulo de visão norteia a atitude de todos os profissionais do projeto envolvidos em cada área de intervenção.

Toda a equipe estará consciente de que a aquisição dessa humanização se dá única e exclusivamente no contato, na relação com outro. E de que todo ser humano precisa de outro ser humano para se tornar humano. E de que as características dessas ligações primordiais influenciarão a instauração da vida mental e definirão a qualidade da subjetividade resultante. Do mesmo modo, gradativamente vão determinar as rotas mais favorecedoras ou não de desenvolvimento das potencialidades físicas, cognitivas e afetivas do indivíduo, certamente dentro dos limites de sua constituição biológica. Os vínculos afetivos iniciais entre mãe e bebê, pai, e eventualmente irmãos, dependem certamente do amor e do carinho espontâneos de que são investidos. Porém, embora imprescindíveis, esses elementos muitas vezes não são suficientes, demandando um preparo para que as ligações aconteçam de modo adequado e

eficiente para o desenvolvimento do bebê. Convém lembrar que, ainda nos tempos atuais, e independentemente da classe social, costuma ser muito pouco conhecida pelas próprias gestantes e famílias a importância das transformações físicas e psicológicas da mulher durante a gravidez, do feto e de ambos após o nascimento. Além disso, não é dada devida importância para a necessária interdependência da psicodinâmica entre eles no início da vida.

O QUE FAZ A DIFERENÇA

Uma reflexão importante a ser feita é por que inúmeros projetos de desenvolvimento infantil, mesmo os de boa qualidade e com condições significativas de apoio público ou privado, encontram dificuldades de implantação e de continuidade e, com certa frequência, fracassam.

Acreditamos que possivelmente este pouco sucesso esteja ligado à ênfase dada à transmissão teórica e racional dos conhecimentos, privilegiando os aspectos físicos e objetivos do empreendimento, em detrimento da vivência emocional nos diferentes vínculos, que deve permear toda a implantação do projeto. Desde a etapa inicial de capacitação até todo e qualquer contato que os diversos profissionais venham a estabelecer com a mãe, o bebê e a família – começando pela gestação, passando pelo parto e período perinatal até o 3º ano de vida – deve estar presente a consideração pelos momentos que propiciam contato concreto, aparente, objetivo da realidade externa e fazem parte da realidade interna do outro ser humano que pertence à relação (seu estado emocional, seus sentimentos e anseios, suas angústias, expectativas, seus medos, suas fantasias, suas idealizações sobre as vivências relativas à maternidade, à criação de filhos e ao contexto familiar).

Nossa base é a convicção de que qualquer conteúdo a ser transmitido, seja no contato com os profissionais incluídos nos projetos ou na relação direta destes com mãe/bebê/família, deve levar em conta a singularidade daquele vínculo e as condições e necessidades emocionais que vigoram naquele encontro.

Em decorrência da convicção de que seja esta a abordagem de sustentação do Programa Primeiríssima Infância, elegemos como eixo organiza-

dor teórico e operativo o conceito de Continência, que abrange o que foi descrito anteriormente. Por Continência entende-se a qualidade intrínseca potencial do vínculo afetivo de um modo geral, a ser desenvolvida como espaço na relação para o acolhimento dos estados emocionais pertinentes a determinada situação. Particularmente, na relação afetiva mãe/bebê, a Continência é uma condição da função materna de estar presente afetivamente e dando acolhimento ao filho em suas demandas emocionais.

Haver Continência num determinado vínculo significa que existe, antes de tudo, uma escuta sensível, uma atenção ao que está sendo vivenciado emocionalmente pelo outro. Inclui uma atitude franca e genuína de:

- Esclarecimento (sobre o conteúdo objetivo necessário a ser transmitido tanto aos profissionais quanto destes à mãe, ao filho e ao pai);
- Compreensão (em relação ao contexto emocional presente e também ao contexto relacional significativo – ligado à família nuclear da gestante, família de origem ou no caso de capacitação, da situação vivida pelos profissionais e suas demandas);
- Acolhimento com segurança e permanência (atitude amorosa de sustentação afetiva, consideração e respeito pela dor do outro, e disponibilidade para ajudar na elaboração dos conflitos).

Esse modelo de Continência, no sentido de poder conter, dar guarida e ajudar a sustentar a realidade emocional presente, só pode acontecer de fato numa experiência emocional vivenciada. Ou seja, o aprendizado, seja qual for, acontece pela própria situação vivida – é o aprendizado pela experiência. Que será justamente aquela “aprendizagem” que se faz com sentido, com significado, e que somente assim poderá ser assimilada e “transmitida”.

Coerente com o modelo adotado, a condição de Continência deve ser buscada ou estar disponível em todos os vínculos do processo e estar presente em todas as etapas, começando pela capacitação.

Também quanto aos profissionais se procura, com a própria experiência

de serem acolhidos em sua singularidade de demandas emocionais, que aprendam com a experiência e possam ser efetivamente acolhedores com as gestantes. Estas, por sua vez, ao vivenciar isso, também poderão oferecer acolhimento ao seu bebê, porque haverá mais do que uma orientação sendo passada, haveria transformação pessoal, o que será decisivo para o desenvolvimento benigno do bebê.

Trata-se de um modelo que se replica, porque terá um significado vivenciado, e nisso consiste seu diferencial. E, esperamos, também suas possibilidades de êxito.

É um grande desafio, que demanda ousadia e extrema responsabilidade, ingredientes indispensáveis quando se busca o que se considera essencial e verdadeiro.

Para trabalhar com desenvolvimento infantil, consideramos ser necessário abordar o cuidado desde o período pré-natal. Portanto, é preciso discutir a maternidade, ou, mais precisamente, os sentidos da maternidade e da família para os grupos que são objetos de nossa intervenção. Assim, ainda que seja fundamental cuidar da dimensão orgânica, dos acontecimentos fisiológicos da gravidez e do parto, consideramos importante abordar o tema como fenômeno historicamente construído e produto de construções sociais. Ao aceitar plenamente o caráter histórico da maternidade, destacamos, porém, que, assim como são múltiplas as histórias das mulheres que vivenciam a gravidez e múltiplos os sentidos dados para a maternidade – dado que as experiências são singulares –, estas são marcadas por semelhanças referentes à linguagem social própria dos grupos aos quais pertencem.

Historicamente, a valorização da maternidade acompanha as mudanças de atitudes em relação à criança, que começou a “reinar” nos lares. Nesse processo, o amor materno se naturalizou e a maternidade, se por um lado passou a ser considerada vocação natural da mulher, por outro foi revestida de um aspecto místico, divino, que contribuiu para a criação, no imaginário popular, da figura da “santa mãezinha”.

Parece-nos necessário também destacar que a valorização da maternidade como a principal função social da mulher é uma ideia que persiste em

vários extratos sociais e que parece ser especialmente forte nas classes socioeconômicas menos favorecidas. O que explica, em parte, o fato de mulheres que engravidaram em situação adversa e sem planejamento qualificarem o evento como algo maravilhoso e muito vinculado com um projeto de realização pessoal. Assim, quando uma mulher suspeita estar grávida, ou encontra-se nos primeiros dias/semanas da confirmação da gravidez – no primeiro trimestre da gestação – e vive a ambivalência de sentimentos característica do período, dificilmente encontrará espaço junto à sua rede familiar ou nos serviços de saúde para falar de suas dúvidas, suas fantasias e seus medos relacionados à gestação, pois terá de confrontar seus sentimentos com as expectativas sociais de que se sinta plena e realizada. Portanto, quando propomos a Continência como eixo estruturante de nossa intervenção, é fundamental que os serviços de saúde garantam espaço adequado para o acolhimento emocional da gestante desde o primeiro trimestre gestacional. Consideramos que o acolhimento

na fase inicial é que propiciará à gestante ter condições emocionais para aderir a outras atividades, bem como estar disponível para receber as informações sobre as modificações corporais, os cuidados com ela própria e com o futuro recém-nascido. Esperamos que os serviços de saúde passem do pré-natal convencional para o “pré-natal abrangente”, o que significa dar atenção aos aspectos biopsicossociais da gestante e valorizar sua rede de apoio social (parceiro, familiares, amigos), bem como aceitar os diversos arranjos familiares que poderão ser apresentados aos serviços. Este investimento inicial já a partir da gestação estará mobilizando os pais e sensibilizando-os para os subsequentes aspectos afetivos que estarão existindo nas relações que irão se estabelecer com seus filhos e que certamente deverão permear o desenvolvimento da criança daí para diante. Estar atento e lidar com este olhar mais diferenciado para o dia a dia de seus filhos permitirá aos pais atitudes acolhedoras e adequadas para a melhor promoção do seu desenvolvimento integral e integrado.



CAPÍTULO 1

SAÚDE INTEGRAL DA CRIANÇA

Sandra Regina Souza



Foto: Thinkstock

INTRODUÇÃO

Os primeiros anos de vida da criança, a Primeira Infância, são essenciais para seu desenvolvimento físico, emocional, cognitivo e cultural. A mesma neuroplasticidade que deixa a regulação emocional, a adaptação do comportamento e as habilidades vulneráveis ao rompimento precoce por causa de ambientes estressantes, também permite seu desenvolvimento bem sucedido com intervenções adequadas durante períodos sensíveis na sua maturação. Nessa fase da vida deve ser combinado o favorecimento do enriquecimento cognitivo com uma maior atenção na prevenção de adversidades significativas para o desenvolvimento do cérebro (SHONKOFF, 2011).

O investimento na Primeira Infância é a melhor maneira de reduzir as desigualdades, enfrentar a pobreza e construir uma sociedade com condições sociais e ambientais sustentáveis.

A promoção da saúde integral da criança e o aprimoramento das ações de prevenção de agravos e assistência são objetivos que, além de reduzirem a mortalidade infantil, apontam para o compromisso de se pro-

ver qualidade de vida. Assim, ela poderá crescer e desenvolver todo o seu potencial (BRASIL, 2008 e BRASIL, 1990). Alguns estudos mostram que, com investimento em creches e pré-escolas, aumenta em 18% o poder de compra dessas crianças quando adultas. Também melhoraram a sua escolaridade e a chance de colocação no mercado de trabalho (UNICEF, 2008). A organização de uma rede integrada de assistência se baseia nos princípios garantidos na Constituição Federal, no Estatuto da Criança e do Adolescente e no Sistema Único de Saúde. São eles: o direito de acesso aos serviços de saúde, hierarquizados e com enfoque no indivíduo e na sua assistência, garantindo atendimento adequado e equidade. Deve contemplar o processo de trabalho integrado entre os diversos níveis de complexidade da assistência: atenção básica, atenção especializada, serviços de urgências, ações complementares de assistência (assistência farmacêutica, apoio diagnóstico) e atenção hospitalar. Também integram o processo ações intersetoriais, que envolvem creches e abrigos para o grupo etário de 1 a 36 meses, assim como ações para controle das injúrias, promoção da segurança e criação de rede promotora da paz.

INTERSETORIALIDADE

“É preciso toda uma aldeia para cuidar de uma criança”

Provérbio africano

Aproximadamente 11,5 milhões de crianças – 56% dos brasileiros de até 6 anos de idade – vivem em famílias com renda mensal per capita inferior a ½ salário mínimo por mês, segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2006 (BRASIL, 2008). Impossível falar em promoção da saúde e do desenvolvimento infantil e ignorar o contexto no qual a criança nasceu e vive: família, casa e comunidade (FIGUEIRA, 2006).

Avanços na neurociência, biologia molecular, epigenética, ciências sociais vêm mostrando que durante o processo de desenvolvimento, começando na vida intrauterina, o cérebro é influenciado por condições ambientais. Isso inclui modo de criação, cuidado e estímulos que o indivíduo recebe. O funcionamento cerebral depende da passagem rápida e eficiente de sinais de uma região do órgão a outra. Os neurônios fazem conexões sinápticas entre si. Esses processos, essenciais para o aprendizado, unem-se para formar os circuitos neurais.

Quando uma criança interage com o meio, novos estímulos transitam por esses caminhos, implicando um aumento muito rápido na produção das sinapses durante os três primeiros anos de vida.

O cérebro humano tem a incrível capacidade de moldar-se de maneiras

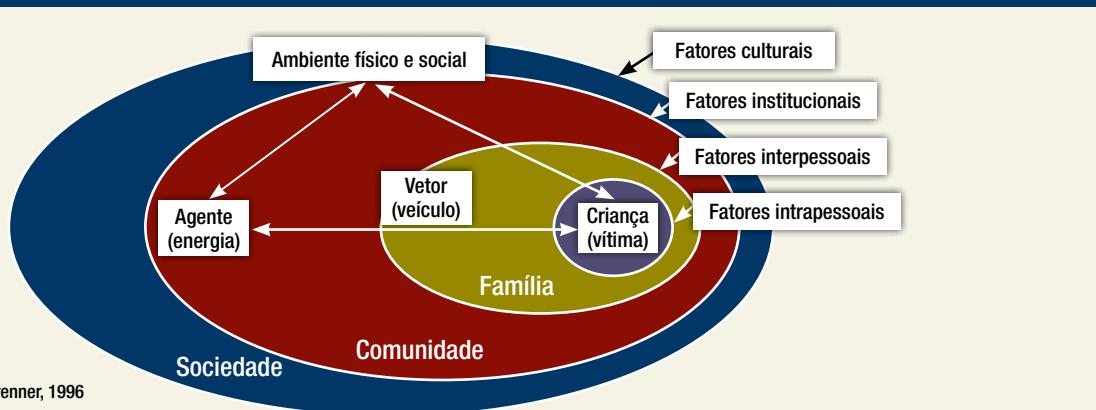
diferentes em resposta às experiências (neuroplasticidade). Pode mudar, por exemplo, o modo de resolução de problemas, o que acontece principalmente na Primeira Infância. Como o órgão vai se moldando, são muitas as oportunidades para incentivar, promover e apoiar o desenvolvimento das crianças (SHORE, 2000).

O cuidado inicial e a criação têm impacto decisivo em como as pessoas formam a capacidade de aprendizado e o controle emocional. As maneiras como os pais, as famílias e outros cuidadores irão relacionar-se com as crianças pequenas e assim como a mediação que fazem entre a criança e o ambiente, poderão afetar diretamente os circuitos neurais. Um ambiente de relações estáveis, estimulantes e protetoras com cuidadores atentos e carinhosos parece ter uma função biológica protetora contra traumas e o estresse, e construir um terreno sólido para uma vida de aprendizado efetivo.

Com base nesses conhecimentos, políticas e práticas para a Primeira Infância devem ser estruturadas em um entendimento crescente da dimensão com a qual experiências vividas na infância são incorporadas no desenvolvimento do cérebro para melhor ou para pior (SHONKOFF, 2011).

Assim, parece estratégico considerar o modelo socioecológico de Uri Bronfenbrenner (1996) na construção de estrutura para promover saúde e desenvolvimento infantil. O autor conceitua a ecologia do desenvolvimento humano como o estudo científico da acomodação progressiva mútua entre um ser humano ativo e as propriedades mutantes dos am-

MODELO DE GRÁFICO SIMPLIFICADO*



* Modificado de Bronfenbrenner, 1996

bientes imediatos em que a pessoa em desenvolvimento vive.

As intervenções para resolução dos diversos problemas vão se tornar eficazes definindo-se as prioridades para a saúde e o desenvolvimento da população infantil local, e estabelecendo-se as interfaces com a articulação das diversas políticas sociais e iniciativas implementadas no município e nas unidades de saúde e educação.

Deve-se pensar a saúde e o desenvolvimento da criança envolvendo o maior número de equipamentos públicos ou privados disponíveis (FLA- GUEIRA, 2006). A intersectorialidade pressupõe a definição de objetivos comuns, para os quais cada ator contribuirá com o seu saber específico e com sua prática, que somados e compartilhados resultarão na articulação de ações já existente ou na produção de novas ações. Esse conceito desperta para a necessidade de participação da unidade de saúde e educação nas redes sociais locais, sempre com foco na criança e a partir da família.

DA INTEGRALIDADE DA ASSISTÊNCIA

A assistência integral da criança contempla todas as ações de saúde e educação para a produção do cuidado adequado e oportuno e para a promoção de saúde e desenvolvimento da criança em toda a sua potencialidade. Não se restringe apenas às demandas apresentadas e, sempre que possível, envolve toda a comunidade, contexto real e dinâmico em que vive a criança.

Compreende, ainda, a integração entre todos os serviços de saúde: desde a atenção básica integrada à rede de creches e família até a atenção hospitalar de maior complexidade, passando pelo cuidado especializado, com apoio diagnóstico e terapêutico e pela assistência farmacêutica.

COMO A CRIANÇA CHEGA NO SISTEMA?

“...Lhe damos as boas vindas, boas vindas, boas vindas

Venha conhecer a vida...”

Caetano Veloso

A “porta” do sistema de promoção de saúde e desenvolvimento infantil deve estar sempre aberta para receber a criança e sua família. Isso só é alcançado com a adequada organização em rede dos equipamentos de saúde e educação da comunidade e do município. Implica receber a família que leva o filho para o serviço de saúde com disponibilidade para atendimento, definindo o encaminhamento mais adequado para a resolução das situações identificadas. Deve-se adotar o acolhimento como uma atitude, que efetivará a entrada da criança na rede de atenção, evitando fazer desse processo de acolhimento uma prática burocrática, que distancia o usuário e posterga o encontro com o serviço que está procurando. O acolhimento acontecerá na primeira oportunidade para cada criança, seja no retorno ao hospital onde nasceu, seja na visita domiciliar, seja na sala de vacinação ou na primeira consulta na unidade de saúde. A Atenção Básica (unidade/equipe) preferencialmente assume o paciente, estabelecendo compromisso e responsabilidade sobre suas necessidades de saúde e desenvolvimento. A consulta médica não deve ser a única proposta de abordagem da criança. Toda a equipe deve acompanhar o problema do usuário, potencializando-se a capacidade de resposta e intervenção. São, dessa forma, encaminhadas para a consulta médica apenas as crianças que dela necessitam (BRASIL, 2004). Uma vez, acolhida, essa criança deve ser acompanhada e receber cuidados oportunos na família, na creche, na unidade de saúde, feito que só será possível com a instalação e a manutenção de comunicação clara e dinâmica entre todos os cuidadores e os serviços.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento e a avaliação da assistência prestada devem ser ações permanentes para identificar eventuais problemas. Utilizando o monitoramento como importante ferramenta de gestão, é possível fazer ajustes em tempo real no planejamento da assistência, alcançando melhores resultados, com incremento nas relações de custo-efetividade e aumentando o leque de intervenções oportunas.

A LINHA DE CUIDADO E A GARANTIA DA INTEGRALIDADE

Na perspectiva do cuidado, podemos definir a atenção à saúde e educação como um processo baseado na valorização de cada pessoa no seu contexto, ou seja, no seu lugar e no seu tempo.

O cuidado em saúde e desenvolvimento demanda visão integral do usuário em todos os aspectos de sua vida: emocional, social, cultural e biológico. É necessário presença no cuidado, convidar para captar preconcidente, acolher, escutar com atenção, possibilitando o estabelecimento de vínculo com os profissionais e com o serviço, levando a responsabilização sobre o cuidar.

Linha de Cuidado é entendida como o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento dos riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida, a ser ofertado de forma articulada por um dado sistema de saúde. Uma linha de cuidado deve se expressar por meio de padronizações técnicas que explicitem informações relativas à organização da oferta de ações de saúde em um dado sistema.

A linha de cuidado pressupõe assistência em equipe para que os diferentes saberes gerem uma visão global da criança ampliando a promoção da saúde e desenvolvimento e melhoria da qualidade de vida. Da mesma maneira, é preciso uma visão integral da rede de assistência, potencializando os recursos disponíveis para oferecer a resposta mais adequada e completa à necessidade do usuário. Organizar a assistência de saúde e desenvolvimento em linha de cuidado encurta as distâncias entre os níveis de atenção; descreve o conjunto de ações e atividades a serem desenvolvidas em cada unidade de atenção à saúde e de apoio diagnóstico que compõem um determinado sistema, bem como aponta

os profissionais envolvidos e os recursos necessários, incluindo medicamentos e insumos.

Em todas as etapas e oportunidades de assistência e cuidado deve haver um registro claro que identifique as necessidades e potencialidades de cada indivíduo, no Brasil adotamos a Caderneta da Criança, documento criado e proposto pelo Ministério da Saúde para o registro do crescimento e do desenvolvimento, assim como o histórico de saúde e doença. O uso da caderneta e o seu correto preenchimento são importantes para a ligação entre os diferentes níveis de assistência e entre os diferentes cuidadores na família, na comunidade, nas escolas, creches e nos serviços de saúde. (BRASIL, 2004; BRASIL, 2006; BRASIL 2012).

LINHAS DE CUIDADO

1. O NASCIMENTO

A taxa de mortalidade infantil vem declinando no país e se concentrando no período neonatal. Guardadas as devidas desigualdades entre o nascer e o morrer nas diferentes regiões, a mortalidade neonatal é responsável por 70% dos óbitos de menores de um ano, e aproximadamente um terço das mortes de menores de cinco anos, a cada ano. O nascimento é um evento em que os cuidados e as práticas dispensadas à mãe e ao bebê sofrem profunda intersecção. Um parto seguro e confortável implica em segurança nas escolhas e na prática de cada profissional, de protocolos baseados em evidências e tecnologia utilizada oportunamente. O documento “Além da Sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças” (BRASIL, 2011) propõe três práticas com benefícios imediatos e no longo prazo:

O clampamento tardio do cordão umbilical

Após o nascimento, durante um período ainda há circulação entre o recém-nascido e a placenta; na veia umbilical o fluxo de sangue da placenta para o recém-nascido continua por aproximadamente três minutos, após é insignificante.

Benefícios imediatos do clampamento tardio para o recém-nascido prematuro ou baixo peso:

- Diminui o risco de hemorragia intraventricular e sepse de início tardio;

- Diminui a necessidade de transfusão sanguínea por anemia ou baixa pressão sanguínea, surfactante, ventilação mecânica;
- Aumenta hematócrito, hemoglobina, pressão sanguínea, oxigenação cerebral, fluxo de glóbulos vermelhos.

Benefício imediato para o recém-nascido a termo:

- Fornece volume adequado de sangue e de reserva de ferro ao nascimento.

Benefício a longo prazo para o recém-nascido prematuro ou baixo peso:

- Aumenta a hemoglobina com 10 semanas de vida

Benefícios a longo prazo para o recém-nascido de termo:

- Melhora o estado hematológico dos 2 aos 4 meses de idade;
- Melhora as reservas de ferro até os 6 meses de idade.

Contato pele a pele imediato e contínuo entre mãe e o seu recém-nascido

Após o nascimento o bebê deve ser colocado em contato pele a pele com a sua mãe. O contato pele a pele regula a temperatura, promove um “comportamento pré-alimentar”, ou seja, o bebê inicia movimentos de busca e sucção, a exploração do espaço, localiza a mama, abocanha e começa a mamar.

Benefícios imediatos para o recém-nascido:

- Melhora a efetividade da primeira mamada e reduz o tempo até a conquista da sucção efetiva;
- Regula e mantém a temperatura corporal.

Benefício imediato para a mãe:

- Favorece o comportamento de afeto e o estabelecimento de vínculo.

Benefício a longo prazo para o recém-nascido:

- Existe associação positiva entre índices de aleitamento materno nos primeiros 4 meses pós-parto e maior duração de amamentação.

Benefícios a longo prazo para a mãe:

- Melhora o comportamento de afeto e apego;
- Início precoce do aleitamento materno exclusivo;
- A importância do aleitamento materno para a nutrição infantil, para a redução da mortalidade infantil e prevenção de morbidades, incluindo as crônicas é bem estudada e comprovada. Logo após o nascimento o bebê deve ser deixado em contato com a mãe durante a primeira hora de vida, sem interrupções, sempre que possível. Os procedimentos de rotina podem ser adiados para que haja oportunidade do encontro entre mãe e bebê e consequentemente promoção da amamentação nessa primeira hora.

Benefícios imediatos do aleitamento materno para o recém-nascido:

- Previne a mortalidade e a morbidade neonatal;
- Amamentação ao nascimento está associada a maior duração do aleitamento materno e do aleitamento materno exclusivo.

Benefícios imediatos do aleitamento materno para a mãe:

- Estimula a liberação de ocitocina, que provoca contração uterina;
- Possível efeito protetor nos transtornos do estado de ânimo materno.

Benefícios no longo prazo do aleitamento materno para o recém-nascido:

- Diminui risco de infecções respiratórias;
- Diminui risco de internações;
- Diminui incidência de gastroenterites inespecíficas;
- Diminui obesidade, diabetes tipo 1 e tipo 2;
- Diminui síndrome de morte súbita;
- Diminui enterocolite necrosante;
- Melhora o desenvolvimento motor.

Benefícios no longo prazo do aleitamento materno para a mãe:

- Posterga futuras gestações;
- Protege reservas de ferro materno;
- Favorece a perda de peso mais rápida;
- Diminui risco de diabetes tipo 2, câncer de ovário e câncer de mama.

Cuidar para que essas medidas sejam implementadas, favorecem um início de vida com experiências mais positivas e menos adversidade.

2. INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno é tema fundamental para a garantia da saúde e do desenvolvimento da criança, além de ser a ação que isoladamente tem maior impacto na redução da mortalidade infantil. Traduz-se na edificação de três importantes pilares erguidos sob a ótica da promoção, da proteção e do apoio ilimitado e reforçado à mulher, começando no início da gestação. Iniciar bem a vida é fundamental. Isso só pode acontecer se houver condição favorável para a prática da alimentação saudável acompanhada pela afetividade e pelo bem-estar, proporcionados pela amamentação. São inúmeras, inegáveis e inquestionáveis as vantagens para a criança, sua mãe, a família e a sociedade.

A amamentação, quando praticada de forma exclusiva até os 6 meses e complementada com alimentos apropriados até os 2 anos de idade ou mais, demonstra grande potencial transformador no crescimento, no desenvolvimento e na prevenção de doenças na infância e idade adulta. As evidências científicas comprovam que o leite humano proporciona um melhor desenvolvimento infantil. Por essas e outras razões, é prioridade empreender várias ações de promoção do aleitamento (BRASIL, 2004). Estudos importantes vêm sendo realizados por Sônia Venâncio a partir da verificação de inquérito epidemiológico sobre amamentação em campanhas de vacinação. Em uma pesquisa publicada pela mesma autora, em 2003, é evidenciado que alguns grupos poderiam ser priorizados pelos programas de incentivo. Em relação à amamentação exclusiva, verificou-se que mães com baixa escolaridade, adolescentes e primíparas constituem categorias de risco para introdução de outros alimentos.

O fato de a mãe trabalhar não apresentou significância quando analisado em conjunto com outras variáveis. A verificação dos fatores associados ao aleitamento materno em menores de 1 ano mostrou que o trabalho informal e o desemprego influenciam no desmame precoce. Já a escolaridade e a idade da mãe não são fatores significantes. Além disso, concluiu-se que o fato de o bebê nascer em um Hospital Amigo da Criança (HAC), reconhecido por cumprir os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” propostos pela OMS/UNICEF (WORLD HEALTH ORGANIZATION e Unicef, 1989) pode ter um impacto significativo na prática do Aleitamento Materno Exclusivo (AME) e do Aleitamento Materno (AM). Mais que isso: nascer em um município que tem pelo menos um

HAC mostrou associação significativa com o AME e com o AM, o que leva à hipótese de que tipo de instituição de saúde pode ser disseminador de ações de incentivo à amamentação.

O impacto da iniciativa HAC foi bem documentado em Santos (SP), onde se verificou que a média da duração da amamentação de crianças exclusivamente com leite materno era duas vezes maior no terceiro mês de vida entre bebês nascidos em um dos hospitais HAC em relação a nascimentos em um hospital sem programa de aleitamento.

Estímulo ao aleitamento materno nas unidades básicas de saúde – pré-natal

As equipes de atenção básica devem estar capacitadas para acolher precocemente a gestante, garantindo orientação apropriada quanto aos benefícios da amamentação para a mãe, a criança, a família e a sociedade. O pré-natal é uma excelente oportunidade para que sejam ofertadas informações para que a mulher faça suas escolhas. Será importante enfatizar a necessidade do alojamento conjunto, a importância da amamentação sob livre demanda e os riscos do uso de chupetas, mamadeiras e qualquer tipo de bico artificial.

A apropriação de orientações quanto ao correto posicionamento da criança e pega da aréola, como realizar a ordenha manual do leite, como guardá-lo e/ou doá-lo, como superar dificuldades – ingurgitamento mamário, por exemplo –, oferecendo apoio emocional e estimulando a troca de experiências, com tempo para ouvir suas dúvidas, preocupações e dificuldades (BRASIL, 2004). Assim, ajuda-se a aumentar sua autoconfiança para a capacidade de amamentar, envolvendo os familiares e a comunidade no processo. As atividades de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno podem ser realizadas individualmente ou em grupo, aproveitando cada oportunidade de encontro com a mulher, otimizando o tempo na sala de espera e envolvendo diferentes profissionais (WORLD HEALTH ORGANIZATION e UNICEF, 1993).

As creches também precisam ser incluídas na abordagem desse tema, a partir de discussão da manutenção da amamentação depois que a mãe se separa do lactente durante as horas de trabalho, deixando-o aos cuidados das educadoras. Voltar a trabalhar é um processo repleto de dúvidas e inseguranças, é imprescindível o apoio da família e de todos os profissionais que tem contato com essa mãe e com esse bebê. Uma

mulher mais confiante, com autoestima fortalecida, vínculo estabelecido com os serviços de saúde e educação, aumenta a chance de continuidade do aleitamento materno quando a voltar ao trabalho e o bebê for para a creche.

Estímulo ao aleitamento materno na sala de parto e maternidade

Considerando o fato de que, no Brasil, a maioria dos partos acontece em ambiente hospitalar, essa é uma grande oportunidade de promover, proteger e apoiar o aleitamento materno. Toda equipe de saúde que presta cuidados às mães e aos bebês deve ser habilitada para o adequado acolhimento à mulher em trabalho de parto e seu acompanhante e capacitada para a execução de práticas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.

O curso de Manejo em Aleitamento Materno OMS/Unicef (WORLD HEALTH ORGANIZATION e UNICEF, 1993) é um instrumento importante e amplamente utilizado para capacitar as equipes das maternidades para o manejo clínico diário da amamentação.

Os profissionais capacitados devem:

- Ajudar e apoiar as mães para que tenham a possibilidade de iniciar a amamentação;
- Na primeira hora após o parto oferecer o alojamento conjunto por 24 horas, do nascimento até a alta, para garantir que mãe e bebê não se separem desnecessariamente;
- Estimular a amamentação sob livre demanda;
- Não oferecer nenhum alimento ou líquido além do leite materno a bebês alimentados;
- Não dar bicos artificiais ou chupetas a bebês alimentados ao peito;
- Ensinar as mães como amamentar e como manter a amamentação caso necessitem ser separadas de seus filhos;
- Encorajar a formação de grupos de apoio à amamentação, além de praticar a observação e avaliação da mamada em todas as oportunidades em que estão sendo avaliadas a mãe e/ou a criança.

A iniciativa “Hospital Amigo da Criança” objetiva estimular e certificar as instituições que adotam tais práticas.

Estímulo ao aleitamento materno após a alta da maternidade

Os bebês e suas mães permanecem por aproximadamente 48 horas

nas maternidades. Mesmo considerando uma ótima assistência ao aleitamento materno realizada pela equipe do hospital, é na volta para casa que precisamos concentrar esforços, pois o aleitamento materno será estabelecido na interação real entre a cultura e o ambiente. Não podemos ignorar que é nesse contexto que mãe e recém-nascido construirão sua identidade e seus papéis como lactente e nutriz.

A visita domiciliar dos agentes comunitários de saúde, no último mês de gestação e na primeira semana de vida da criança, a participação em um grupo de apoio e o vínculo com os profissionais na unidade básica de saúde, no banco de leite humano ou em ambulatórios de amamentação são ações prioritárias de vigilância à saúde da mãe e do bebê e de fundamental importância na promoção, proteção e apoio à amamentação. O Ministério da Saúde sugere a Primeira Semana Saúde Integral, quando todo recém-nascido deve ser acolhido na unidade básica de saúde para checagem dos cuidados tanto na primeira semana de vida quanto um mês após o nascimento, período em que ocorre a maioria dos problemas que levam ao desmame precoce. É necessário avaliar e observar a mamada e reforçar as orientações dadas no pré-natal ou na maternidade, priorizando a importância do aleitamento materno exclusivo por 6 meses e a complementação com os alimentos da família até os 2 anos de idade ou mais. As orientações devem ser transmitidas com técnicas de aconselhamento sem julgamentos ou críticas que distanciem a mulher do cuidado do qual necessita.

Proteção legal ao aleitamento materno e mobilização social

Os profissionais, serviços e gestores da saúde devem estar atentos às recomendações da Convenção dos Direitos Humanos, especificamente à Convenção dos Direitos da Criança, de 1989, e ao Estatuto da Criança e do Adolescente, que garantem aos pais o direito de orientação quanto à alimentação saudável e correta de seus filhos. Igualmente, todos devem estar atentos para o respeito à Constituição Federal, que garante às puérperas 120 dias de licença maternidade, sem prejuízo do emprego e salário e, ainda, o direito da nutriz, ao voltar ao trabalho, de parar uma hora por dia, podendo ser parcelada em duas de meia hora, para amamentar seu próprio filho até os 6 meses de idade.

Já a Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos para lactentes e crianças da primeira infância e a portaria MS 2.051 (BRASIL, 2001a)

protegem o aleitamento materno das estratégias de marketing usadas pelas indústrias que vendem produtos que interferem na amamentação. A Semana Mundial da Amamentação – Primeira Semana de Agosto, a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, o Dia Nacional de Doação de Leite Humano e outras iniciativas locais devem ser estimuladas. Assim, vão melhorar a prática do aleitamento materno, difundindo informações e articulando os gestores e todos os segmentos da sociedade.

Banco de leite humano

O banco de leite humano funciona como um centro de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno. Serve para apoiar as mulheres que desejam amamentar seus filhos; nesse processo, além de conseguir prolongar o aleitamento, muitas descobrem ou aprendem a identificar o excesso de leite e se tornam doadoras. O leite humano pasteurizado no Brasil é seguro e atende, prioritariamente, os recém-nascidos prematuros e/ou os que por algum motivo necessitam de internação em unidades neonatais. Essa rede deve ser divulgada para ampla utilização pela população e contribuição para aumento dos índices de aleitamento no país (ALMEIDA, 1999).

3- INCENTIVO E QUALIFICAÇÃO PARA ACOMPANHAR O CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO (CD)

Ao nascer, o bebê deve receber a Caderneta de Saúde da Criança (BRASIL, 2006), de preferência ainda na maternidade. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento faz parte da avaliação integral à saúde da criança (0 a 6 anos), que inclui o registro, nesse documento, do peso, da estatura, do desenvolvimento, da vacinação e de intercorrências, o estado nutricional, bem como orientações a mãe/família/cuidador sobre a atenção com a criança (alimentação, higiene, vacinação e estímulos) em todo atendimento.

A equipe de saúde deve se preparar e se empenhar para esse acompanhamento, incentivando e reforçando os cuidados adequados às crianças saudáveis e identificando casos de risco, fazendo busca ativa de crianças faltosas ao calendário do crescimento, detectando e abordando adequadamente as alterações na curva de peso e no desenvolvimento neuropsicomotor. O seguimento mantém a família vinculada ao serviço e propicia um espaço de promoção de saúde e de desenvolvimento, cons-

trução de consciência e de hábitos saudáveis, prevenção de agravos, além de prover o cuidado e a intervenção em tempo oportuno (World Health Organization, 2005).

4 - ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E PREVENÇÃO DE SOBREPESO E OBESIDADE INFANTIL

Uma alimentação saudável inicia-se com o aleitamento materno. Além desse incentivo e apoio, a equipe de saúde deve orientar a transição da amamentação para a introdução de um regime complementar (início do desmame), por se tratar de um momento crítico tanto para o bebê como para a mãe, em que os distúrbios nutricionais acontecem. A avaliação e orientação para hábitos alimentares saudáveis devem fazer parte de todo o atendimento da criança, não apenas no calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e nas intercorrências, mas em atividades de promoção na creche.

5 - COMBATE À DESNUTRIÇÃO E ANEMIAS CARENCIAIS

Às equipes de assistência cabe incentivar ações de promoção à saúde e prevenção da desnutrição. São exemplos a orientação alimentar, o acompanhamento pré-natal, o incentivo ao aleitamento materno e a orientação no desmame. Vale enfatizar o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, o uso do ferro profilático e vitaminas para recém-nascidos prematuros e de baixo peso, suplementação de vitamina A em áreas endêmicas, suplementação para gestantes desnutridas, nutrizes e crianças em risco nutricional.

O Programa Nacional de suplementação de ferro recomenda suplementação de TODAS as crianças de 6 a 18 meses, a partir de 4 meses para aquelas que não estiverem em aleitamento materno exclusivo e ainda mais cedo para os nascidos com idade gestacional abaixo de 37 semanas (BRASIL, 2005).

Não há razão para diagnóstico laboratorial de rotina para todas as crianças desde que haja suplementação oportuna. Recomenda-se o rastreamento sistemático apenas para as crianças de risco (BRASIL, 2012).

Os agentes devem estar prontos para avaliar o Cartão da Criança em todos os atendimentos, promover atividades educativas criativas e que estimulem a ativa participação da família e outros cuidadores.

É ainda papel das equipes de saúde, em colaboração com educadoras

das creches, identificar as necessidades e priorizar o atendimento das famílias e crianças em programas de transferência de renda ou de distribuição de alimentos disponíveis.

6 – IMUNIZAÇÃO

Os avanços que ocorrem na imunologia e na biologia molecular permitem a descoberta de novas vacinas que tendem a ser, com o tempo, incorporadas ao Calendário Nacional de Vacinação da Criança.

Mesmo com os avanços no controle das doenças imunopreveníveis na última década – erradicação da febre amarela urbana, da varíola e da poliomielite e eliminação da circulação autóctone do vírus do sarampo –, muito deve ser feito para se atingir a meta de vacinar no mínimo 95% das crianças que nascem a cada ano (BRASIL,2004). O papel da imunização na prevenção e na promoção da saúde é muito bem estudado e documentado no nosso país. O Programa Nacional de Imunização é uma estratégia de forte impacto na proteção da saúde infantil.

É desejável uma cobertura vacinal adequada por estado, garantindo as-

sim a interrupção da circulação dos agentes etiológicos das enfermidades imunopreveníveis.

É importante ressaltar que o protocolo de imunização deve respeitar não só as evidências científicas como as possibilidades de aquisição das vacinas em cada localidade.

Para reduzir as taxas de morbimortalidade das doenças imunopreveníveis, é importante conhecer a situação dessas enfermidades. Para isso, as doenças preveníveis com imunização (como poliomielite, hepatite B, sarampo, rubéola, caxumba, tétano, coqueluche e difteria) devem ser notificadas imediatamente pela equipe de saúde, para se traçarem medidas de prevenção e controle. A unidade de saúde deve garantir o funcionamento contínuo da sala de vacina, sem restrição de horários, para favorecer o acesso e não se perder a oportunidade de imunizar toda a população. As equipes de saúde e as educadoras das creches precisam se organizar para acompanhar a cobertura vacinal das crianças de sua área, realizar o controle e a busca ativa de faltosos pelo arquivo de vacinação com a segunda via do cartão.

CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA*

Calendário	Nomenclatura (RDC Nº 64/2012 – ANVISA)	BCG Vacina BCG	Vacina hepatite B (recombinante)	Vacina adsorvida difteria, tétano, pertússis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae B (conjugada) Penta	Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) e Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (atenuada) - Esquema sequencial	Vacina Pneumocócica 10-valente (conjugada)	Vacina rotavírus humano G1P1 (8) (atenuada)	Vacina Meningocócica C (conjugada)	Vacina febre amarela (atenu- ada)	Vacina sarampo, caxumba, rubéola	Vacina adsorvida difteria e tétano adulto
	Sigla	BCG	Hepatite B	Penta	VIP e VOP	Pneumo	Rotavírus	Meningo C	Febre Amarela	Triplex Viral	Triplex Bacteriana
Criança	Ao nascer	Dose única	Dose ao nascer								
	2 meses			1ª dose	1ª dose (com VIP)	1ª dose	1ª dose				
	3 meses							1ª dose			
	4 meses			2ª dose	2ª dose (com VIP)	2ª dose	2ª dose				
	5 meses							2ª dose			
	6 meses			3ª dose	3ª dose (com VOP)	3ª dose					
	9 meses								Dose inicial		
	12 meses					Reforço				1ª dose	
	15 meses			1º reforço (com DTP)	Reforço (com VOP)			Reforço		2ª dose	
	2 anos			2º reforço (com DTP)							

*Fonte: portal do Ministério da Saúde, consultado dia 29/04/2013

7 - ATENÇÃO ÀS DOENÇAS PREVALENTES

Destaque para as diarreias; sífilis e rubéola congênitas; tétano neonatal; HIV/Aids e doenças respiratórias/alergias.

As doenças diarreicas e respiratórias são graves problemas para a criança e, quando associadas à desnutrição, colocam em risco a sua vida. As enfermidades respiratórias são o primeiro motivo de consulta em ambulatórios e serviços de urgência. Isso exige capacitação das equipes de saúde para uma atenção qualificada, com continuidade, da assistência até a resolução completa dos problemas, evitando internação hospitalar desnecessária e, posteriormente, a morte por esse motivo.

A pneumonia é um dos principais males da infância e a segunda causa de óbitos em menores de 1 ano. A asma e sua associação com alergia e pneumonia merecem atenção especial, seja por ser uma das principais causas de internação e procura em serviços de urgência ou pela interferência na qualidade de vida. As parasitoses intestinais seguem com prevalência significativa na infância, interferindo no desenvolvimento adequado, o que demanda, junto com a doença diarreica, ações intersectoriais integradas e promotoras de acesso à água tratada e esgotamento sanitário, além de tratamento adequado.

A estratégia de Atenção às Doenças Prevalentes na Infância (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2004) é uma importante ferramenta para a identificação de sinais de risco e qualificação do manejo dos casos. Ela não deve ser negligenciada nem nas grandes cidades, onde há maior oferta de serviços de pronto-socorro e pronto atendimento, pois as desigualdades no acesso aos serviços ainda não foram superadas.

As ações em DST/HIV/Aids voltadas para crianças objetivam, primordialmente, diminuir o risco da transmissão do HIV e da sífilis da mãe para o filho (transmissão vertical). As ações de prevenção estão concentradas no pré-natal, parto e puerpério. Para tal, são disponibilizados exames sorológicos, tratamento e profilaxia adequados durante a gestação (pré-natal), no parto e no puerpério. A população deve estar ciente sobre o risco e a possibilidade de ser portador do vírus e do risco da transmissão vertical e de suas consequências, assim como sobre o direito a exames e tratamento.

O pré-natal é fundamental para a gestante, que será orientada a realizar exames que possam prevenir doenças nos bebês, entre elas sífilis

e HIV/Aids, sob o seu consentimento e direito ao sigilo do resultado. O aconselhamento deve ser uma estratégia importante por oferecer o ambiente e o espaço para a conversa, independentemente do resultado do exame. A gestante soropositiva tem direito a medicamentos e, quando tratada adequadamente, possui maiores chances de dar à luz um bebê saudável. Se ela não fez o pré-natal ou se não há a informação sobre sua condição sorológica, é importante que, na hora do parto, se realize o teste rápido para o HIV. Também é preciso fazer testes confirmatórios para a sífilis, a fim de que se intervenha efetivamente para a redução da transmissão vertical dessas doenças, como também do desenvolvimento de sequelas tardias da infecção congênita, sempre após aconselhamento e consentimento.

O recém-nascido de mãe soropositiva para HIV deve receber quimoprofilaxia imediatamente após o nascimento e durante as seis primeiras semanas de vida (42 dias).

O aleitamento materno é contraindicado, mas deve-se garantir o suprimento da fórmula láctea infantil por seis meses. A mãe tem de receber inibidores de lactação e inibição mecânica da lactação, mas principalmente deve ser acolhida e aconselhada nesse momento de tanta inseurança e tantas dúvidas em relação ao futuro.

O acompanhamento em serviço de saúde para crianças expostas ao HIV também é necessário e tanto maior será a adesão da família quanto melhor for o vínculo estabelecido nesse início com os profissionais e com o serviço.

O bebê deve ter alta da maternidade com consulta agendada nesse serviço, em que será seguido o fluxograma para utilização de testes, de acordo com orientação do Ministério da Saúde. É direito de toda criança soropositiva ter acesso ao tratamento com antirretrovirais.

O uso desses medicamentos prolonga significativamente a sobrevida e retarda o desenvolvimento clássico da Aids. Todo ato de discriminação deve ser veementemente repelido e denunciado. A Aids atualmente tem status de doença crônica e deve ser acompanhada como tal.

A transmissão vertical do HIV, da sífilis e da rubéola congênita e do tétano neonatal merece destaque como eventos-sentinela, ou seja, situações que refletem problemas no sistema de saúde, dado que existem ações de prevenção e controle para essas doenças. Diante de ocorrências indesejáveis e preveníveis como essas, a informação sobre cada caso

deve retornar à equipe de atenção básica de saúde, retroalimentando as ações dos serviços. Assim, começa a investigação e avaliação crítica sobre as circunstâncias de suas ocorrências, de modo que as medidas pertinentes sejam tomadas, prevenindo-se novos casos.

8 - ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

O aleitamento materno colabora para a saúde dos dentes e o correto crescimento dos ossos da face, prevendo problemas ortodônticos e da fala. Como ponto de partida, é preciso conhecer – por meio de trabalhos em grupos, consultas, visitas e observação – qual é a importância atribuída pela gestante à sua saúde bucal e quais os seus hábitos de vida, principalmente alimentares e de higiene. É importante a discussão construtiva sobre as funções e a importância da boca para a saúde e nas relações sociais, bem como sobre o desenvolvimento das estruturas bucais durante a gestação e após o nascimento.

O vínculo criado entre a equipe de saúde e a família possibilita que a criança não se sinta ansiosa em suas primeiras consultas odontológicas e permite que hábitos sejam identificados e modificados.

Crianças submetidas a ações de promoção da saúde bucal tem menor chance de serem tratadas por urgências odontológicas. A introdução de alimentos após a fase de aleitamento materno exclusivo deve ser feita de maneira criteriosa. É recomendável não usar açúcar (nem em mamadeiras, chás, sucos etc.). A introdução de hábitos alimentares adequados nos primeiros meses de vida garante uma vida mais saudável em todos os aspectos, com grande impacto na saúde bucal.

Os cuidados com a higiene da boca (acesso à água fluoretada, uso de panos, gaze, escova e fio dental) devem ser constantemente estimulados e construídos nas diversas ações das equipes de saúde como a única maneira de controlar a microbiota bucal no dia a dia. Os hábitos de higiene devem ser introduzidos precocemente, nos primeiros dias de vida, com a remoção do leite após a mamada e a consequente sensibilização para a manipulação da boca.

Demandam atenção permanente a transmissibilidade da cárie ou outras doenças da boca, os medicamentos com manifestação sobre as estruturas dentárias – tetraciclina, por exemplo –, o surgimento dos dentes e os fenômenos que os acompanham (incômodos, febre, irritação) e o uso excessivo de chupetas.

Alimentação e higiene são os pontos-chave para a promoção da saúde bucal. A manutenção da saúde bucal pode e deve ser realizada com acompanhamento constante.

9 - ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL

Inúmeros fatores concorrem para a saúde mental das crianças. Nesse sentido, deve-se reconhecer que todos os cuidados com a mãe, antes mesmo do nascimento do bebê, são importantes também para a saúde mental da criança. A forma de assistência à família, sua relação com o bebê, a maneira como os pais vão cuidar da criança e seu percurso escolar desde os primeiros anos são fatores fundamentais para a saúde mental. Nesse contexto, todos os profissionais que atuam na rede de cuidados, que se relacionam com a família, com a criança e com a escola (desde a educação infantil) têm responsabilidade em zelar também por sua saúde mental. O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento se coloca como o eixo privilegiado desse processo, possibilitando a identificação de necessidades especiais que merecem abordagem oportuna e deve ser realizado pela equipe de saúde, conforme protocolo do Ministério da Saúde.

A partir de seu trabalho com médicos da Proteção Materno-Infantil na França, a psicanalista Graciela Cullere-Crespin sistematizou um número de sinais observáveis nas consultas de rotina ou no cotidiano das creches que parecem ser a tradução clínica do sofrimento das crianças, principalmente dos lactentes (CRESPIN, 2004). Esses sinais são geralmente conhecidos pelos profissionais que trabalham com crianças pequenas, tanto nos serviços de saúde como educação infantil, geralmente causam certo mal-estar pelo fato de agentes não saberem muito bem como proceder. Os sinais de sofrimento precoce podem ser divididos em duas séries: a “barulhenta”, assim chamada porque tem a característica de sempre alertar os mais próximos de que algo não vai bem, e a “silenciosa”, em que esses sinais passam despercebidos. Aí, cabe ao profissional ter discernimento para identificá-los.

Da série barulhenta, destacamos a recusa alimentar, a criança que não olha nos olhos, que dorme pouco, que não brinca, que chora muito e de forma inconsolável, e que demora a sentar, engatinhar e andar.

A série silenciosa é caracterizada quando a criança recebe alimento sem contestar, até que o adulto pare de lhe dar comida. São bebês que fi-

xam o olhar em um ponto ou que pareçam “estar longe”, que dormem muito e que não se concentram em nenhuma brincadeira em especial. Também passam de brinquedo em brinquedo sem muito interesse, são muito quietos e não respondem à fala dos cuidadores (podem passar por tímidos) nem se acomodam no colo.

Pelo que foi exposto, é desejável que profissionais da saúde e da educação infantil estejam habilitados a buscar e reconhecer esses sinais para assistir essas crianças adequadamente no seu desenvolvimento e, principalmente, orientar os pais ou encaminhar para ajuda especializada. As equipes de saúde mental devem ser habilitadas a intervir nos casos em que se caracteriza a necessidade de uma abordagem mais específica. É preciso definir a rede e o fluxo de assistência capazes de fazer o acolhimento de bebês para avaliação e o tratamento psicoterapêutico de crianças. Os profissionais têm de identificar e referenciar as crianças que demandam intervenção quando há sintomas indicativos de autismo, psicose ou neuroses mais severas.

Nos demais casos, é indispensável que os profissionais da saúde mental, em parceria com as equipes de assistência à família, verifiquem em que medida os problemas apresentados pela criança podem ser resolvidos com sua inclusão em atividades de socialização, em oficinas culturais e esportivas da própria comunidade. Muitas das demandas atuais em saúde mental decorrem da impossibilidade de a cidade oferecer espaços de participação social, de exercício do protagonismo infanto-juvenil, bem como da falta de perspectivas e de oportunidades para a produção de talentos, aptidões e mesmo de efetivo exercício de cidadania. E é por isso que se deve reconhecer a importância e o significado dos espaços de construção coletiva e de efetivo exercício da intersetorialidade, fundamentais na luta para assegurar o lugar da criança no seu território, na comunidade e na cidade.

10 - PREVENÇÃO DE ACIDENTES, MAUS TRATOS/VIOLENCIA E TRABALHO INFANTIL

Alguns problemas relevantes em saúde pública na atualidade – como a violência urbana, as agressões dentro de casa, os acidentes domésticos (quedas, choques elétricos, queimaduras e ingestão de substâncias químicas) e do trânsito – são causas importantes de morbidade na infância e primeira causa de mortalidade a partir de 4 anos. Portanto, trazem

aos serviços de saúde uma necessidade de estruturação diferenciada (BRASIL, 2004). A violência contra a criança é agravada pela alta dependência que esses seres em desenvolvimento têm dos seus cuidadores. A violência se apresenta como uma das maiores adversidades a que uma criança pode ser submetida, tendo um forte e muitas vezes irreversível impacto no seu desenvolvimento. A violência se apresenta ainda como uma ameaça à vida. No Brasil, em 2007 as agressões ocupavam a quinta causa de óbito em menores de um ano de idade. Crianças mais novas sofrem mais violência física, predominando nessa faixa etária os meninos. As meninas estão mais expostas à violência sexual.

Desde 1996 a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a violência um problema de saúde pública. O abuso sexual, o abandono, a negligência e a violência psicológica, deixam marcas nem sempre visíveis por toda a vida e podem também levar a morte. Cabe às equipes de saúde identificar e notificar os casos de violência e maus tratos, comunicar e referenciar as ocorrências suspeitas ou confirmadas, de acordo com fluxo local. Também precisam estar atentas para proceder ao acolhimento, à assistência, ao tratamento e aos encaminhamentos necessários, utilizando a rede de apoio existente – Pastoral da Criança, juizado, Conselho Tutelar, delegacia, hospital, serviços de saúde mental, abrigo etc. (BRASIL, 2001b). O fato de a violência ser um assunto que diz respeito a todos nós, causa desconforto e temores. As equipes devem ser capacitadas e qualificadas para oferecerem o cuidado e a proteção necessários a essas crianças e ter a oportunidade de discutir e trabalhar os seus problemas pessoais relativos a esse tema.

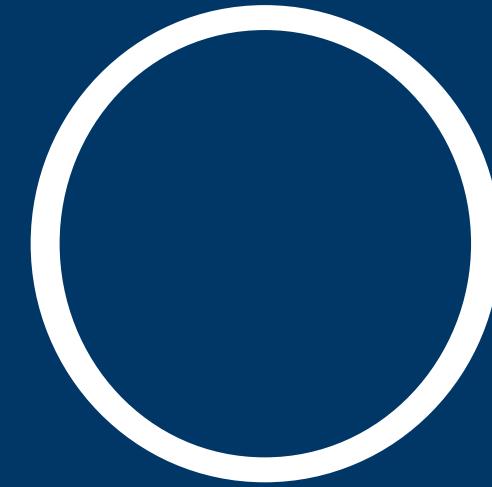
UMA CONCLUSÃO PARA COMEÇAR A HISTÓRIA

A criança deve ser cuidada como um cidadão do presente, sua saúde deve ser promovida desde antes do seu nascimento, no pré-natal e nenhuma oportunidade deve ser perdida, com o objetivo de que cresça saudável e com alegria.

Um bom começo de vida, cuidados oportunos e relações positivas com vínculos seguros formam a base para um bom desenvolvimento individual e para a real mudança no mundo, contribuindo para uma verdadeira cultura de paz e bem-estar entre as pessoas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, J. A. G. – Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.
- BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8069, Diário Oficial da União, Brasília, 13 de julho de 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2051/GM, Diário Oficial da União, 8 de novembro de 2001. Brasília, DF. 2001a
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1968/GM. Diário Oficial da União, 26 de outubro de 2001. Brasília, DF. 2001b
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 756/SAS, Diário Oficial da União, 16 de dezembro de 2004. Brasília, DF. 2004
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta da Criança: Passaporte da Cidadania. Brasília, 2006
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Brasília, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas.
Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual AIDPI neonatal / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Organização Pan-Americana de Saúde. – 3^a. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Calendário Nacional de Vacinação. Brasília, 2013. [Http://portal.saude.gov.br](http://portal.saude.gov.br)
- BRONFENBRENNER, U. – A Ecologia do Desenvolvimento Humano. Porto Alegre: Artmed; 1996.
- CRESPIN, G. C. – A clínica precoce: o nascimento do humano. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
- FIGUEIRA, A. C. – Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto de AIEPI. Washington, DC: OPS, 2006
- FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF). Situação Mundial da Infância 2008. Caderno Brasil. UNICEF; 2008
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). Manual de Atención Integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Washington, DC. 2004
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO. Vacinação: orientações técnicas. São Paulo; 2008
- Shonkoff, J.P. – Protecting brains, not simply stimulating minds. Science, 333:928-3, 2011.
- SHORE, R. – Repensando o Cérebro. Porto Alegre: Mercado Aberto; 2000.
- VENÂNCIO, S. I. – Dificuldades para o estabelecimento da amamentação: o papel das práticas assistenciais das maternidades. *J Pediatr.* 2003; 79(1):1-2
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Preventing chronic diseases: a vital investment. Genebra: WHO; 2005.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION /UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding. Geneva: WHO, 1989
- WORLD HEALTH ORGANIZATION / UNICEF. Aconselhamento em Amamentação: Um curso de treinamento. São Paulo: Guia do Treinador, 1993.



CAPÍTULO 2

DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Saul Cupel



Foto: Thinkstock

A IMPORTÂNCIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS INICIAIS E O DESENVOLVIMENTO NEUROBIOLÓGICO

Muito se tem avançado nos conhecimentos morfológicos do sistema nervoso, especialmente em relação às aquisições em crianças em idade escolar, adolescentes e, mais ainda, nos adultos. Entretanto, no período de vida que vai do nascimento até cerca dos 3 anos, as correlações entre função e estrutura são bem mais restritas, estando precipuamente dirigidas aos aspectos motores e da linguagem.

Sabemos que se trata de uma época importante da vida do indivíduo, tal é a ênfase com que diversos ramos da ciência a apreciam, como neurologia, pediatria, psicologia, psiquiatria, psicanálise, etologia e outros tantos, na busca de uma compreensão mais diferenciada do comportamento humano. Mas, se por um lado vamos encontrar desde longa data concepções teóricas sobre a organização dinâmica do aparelho psíquico, verificamos que são escassas as suas correlações com os aspectos neurobiológicos que seriam a expressão estrutural correspondente àqueles comportamentos.

A partir desses pressupostos, trataremos de considerar desde o bebê, de forma mais abrangente, a organização neurobiológica que acontece concomitante aos sucessivos processos de aprendizado determinados pelas vivências interpessoais e pelo ambiente.

O desenvolvimento morfológico do sistema nervoso inicia-se já nas primeiras semanas do período embrionário, com a formação da placa neural originada do ectoderma. A partir desse momento, sabemos que diferentes modificações vão se sucedendo até o nascimento, tanto do ponto de vista macroscópico como microscópico, organizando as estruturas e redes neurais, preparativos para as exigências funcionais que vão se instalar no processo maturacional. Mas, do ponto de vista estrutural, o que ocorre quando o recém-nascido (RN) inicia suas interações com o meio ambiente? E o que acontece quando se iniciam os contatos com os pais, as vivências acolhedoras ou não, ou as experiências de risco e ameaçadoras? E se, por infortúnio, houver complicações clínicas que requerem cuidados intensivos num período prolongado de internação numa UTI neonatal? Que impacto e interferência sofre e como se organiza a circuituação neuronal com a sucessão das vivências que a criança vai tendo?

OS VÍNCULOS INTERPESSOAIS E A ESTRUTURAÇÃO NEUROBIOLÓGICA: O PROCESSO DE TRANSFORMAÇÃO DO CÉREBRO EM MENTE

Como já mencionado, o encéfalo, durante o período gestacional, passa por um processo intenso de transformação estrutural, verificando-se na sua intimidade a multiplicação e a migração neuronais, e a organização peculiar e seletiva da citoarquitetura nas diversas camadas corticais e estruturas subcorticais; em sequência, já concomitante às vivências pós-natais, há o crescente progresso de sinaptização e mielinização (VOLPE, 2008).

Fatores neuroquímicos vão mediar o desenho desses mapas neuronais (D'ESPOSITO, 2002), como a NCAM (Neural Cell Adhesion Molecule), a GAP-43 (Grow Associated Protein) e a LAMP (Limbic System Associated Membrane Protein) participando dos deslocamentos neuronais e de sua precisa localização.

Em outro contexto, todo um complexo neuroquímico de neurotransmissores (principalmente a dopamina, a noradrenalina e a serotonina, entre outros) vai atuar concomitante e progressivamente para ativar esses circuitos, promovendo seu funcionamento e interação. Este tema é particularmente instigante e ao mesmo tempo de alta complexidade; porém, sua descrição no momento foge ao escopo deste trabalho.

No nascimento, o cérebro do RN mostra-se já bastante bem constituído, com boas condições de iniciar seu contato com os estímulos do mundo externo. No entanto, a criança, nesse período, é um indivíduo somatosensorial, inteiramente dependente, que necessita de cuidados essenciais para a manutenção da sua vitalidade e integridade (CUNHA, 2001). Possui competências peculiares, está em condições de dependência e precisa estabelecer relações com os chamados “primeiros cuidadores” (mãe e pai) e o ambiente que a cerca para poder sobreviver. Não pode ser considerada uma tábula rasa, pois já teve vivências intrauterinas, nem ficar reduzida a um tubo digestivo que só mama e dorme — precisa ser reconhecida e tratada como pessoa para vivenciar essas relações iniciais.

É importante deixar registrado que desde esses momentos precoces da vida os vínculos que o bebê estabelece com as pessoas à sua volta favorecem ou não sua evolução intelectual e emocional, no sentido de modificar a condição de absoluta dependência inicial do recém-nascido, promovendo o desenvolvimento e a aquisição de uma progressiva autonomia (WINNICOTT, 1990; MCGAUGH, 1992).

Sabemos que o bebê possui uma constituição genética que o predisporá a determinadas tendências comportamentais; entretanto, essas tendências irão receber as influências do entorno, e é dessa composição que resultarão os comportamentos futuros do indivíduo.

Um aspecto importante e atualmente reconhecido pelos profissionais que atuam nas neurociências é que essas relações vinculares, à medida que irão acontecendo, estabelecem ou modificam comportamentos, havendo um correspondente processo de modelação da circulação neuronal. Ou seja, o estabelecimento contínuo e permanente dos vínculos entre o meio ambiente e a criança atua como aprendizados cujos registros terão expressão na estrutura neurobiológica (SHORE, 2002 e 2003; TREVARTHEN e AITKEN, 1994; SEARLE, 1997; EDELMAN, 1989; GOLSE, 2004). Sendo assim, adquire valor destacado a relação que será desempenhada pelos chamados “primeiros cuidadores”, mais especificamente a mãe. É no seu acolhimento, no fato de ser continente e assimilar as angústias do RN, respondendo com atenção e carinho e atendendo suas necessidades, que a função de maternagem vai favorecer a organização do *self* do bebê (KLEIN, 1963). A essa atitude de continência materna *Bion*, em 1962, chamou “capacidade de revérèe”.

Deve ressaltar-se que as vivências emocionais desses tempos iniciais de vida serão determinantes do começo da organização das redes neuronais funcionais, essenciais na adequação e expressão dos comportamentos e ações futuras e no desenvolvimento da capacidade para pensar.

Saliente-se também que o intercâmbio entre mãe e bebê determinará modificações neurobiológicas para ambos, especialmente para a criança, criando os alicerces para aquisições funcionais. Para adquirirem uma estrutura consistente, as conexões sinápticas dependerão da qualidade e, principalmente, da persistência da sucessão desses estímulos.

A organização contínua e minuciosa dessa autonomia será responsável pela construção e pelo desenvolvimento do *self*, enquanto expressão da totalidade da personalidade individual. A homeostase desse conjunto estrutural estará representando a adequação ou não das reações do bebê frente a situações de prazer ou de frustração. Processa-se o que chamamos de *self regulation*, ocorrendo então o registro das primeiras memórias, e por sua vez, já se estabelecendo a partir desses momentos os primórdios elementares das funções executivas.

As funções executivas correspondem a um conjunto funcional diferenciado e peculiar à espécie humana. Estruturam-se desde esses momentos iniciais de vida, e organizam-se progressivamente em crescente complexidade. Corresponde à capacidade do indivíduo de estabelecer objetivos, planejá-los adequadamente, corrigir a sua rota se houver necessidade e finalmente ao concluir a proposta verificar se o objetivo de fato foi atingido (FUSTER, 1997; D'ESPOSITO, 2002; BARKLEY, 2001). O hemisfério cerebral mais envolvido com este funcionamento inicial é o direito. A região pré-frontal com sua área órbito-frontal, o cíngulo anterior e a amígdala ou núcleo amigdaloide, do ponto de vista estrutural, constituem os locais nos quais esta circuituação vai se formando e assentando (FUSTER, 1997; GROSSMANN, 2003; SHORE, 2002 e 2003). A amígdala desempenha papel-chave nesses eventos, de tal forma que seu volume é proporcionalmente maior no nascimento se comparado às estruturas pré-frontais em épocas posteriores. Ela tem a função de acionar e intermediar o comportamento emocional (EICHENBAUM et al., 1999). É responsável pelas reações de ansiedade e medo, desencadeando manifestações autonômicas simpáticas e parassimpáticas (modificações circulatórias de taquicardia e aumento da pressão arterial, do tônus muscular, de su-dorese e palidez). Além disso, interfere no funcionamento endócrino por meio das suas conexões hipotalâmicas, que liberam precursores hormonais como ACTH, TSH e outros cujos hormônios desempenham papel vital na estrutura da célula neuronal (eixo hipotálamo – hipófise supra renal). Estas reações, extremamente necessárias e indicadoras da solicitação de proteção pelo RN, são muitas vezes exageradas no início, mas vão se adequando à

medida que o “primeiro cuidador” o atende e acolhe, aplacando o alerta determinado pela amígdala. Este acolhimento é identificado e aprendido pelas estruturas pré-frontais, para que, quando a situação se repetir em outros momentos, possa ser identificada, propiciando reações mais tranquilas e coerentes.

Observa-se, dessa maneira, que junto com as vivências que vão acontecendo o bebê segue num roteiro de busca da melhor adaptação, cuja expressão será a somatória dos resultados das experiências dos aprendizados prévios e dos mais recentes, com a correspondente moldagem da sua estrutura neurobiológica.

Será necessário que em sua trajetória experimente e conviva não só com o prazer, mas também com as frustrações – ou seja, com o não, importante para o crescimento emocional. A relação dialógica do bebê com a mãe será um grande trunfo e uma oportunidade para vivenciar um conjunto de complexos sentimentos: presença, ausência, perda e frustração, entre outros.

Inicialmente, o bebê sente que ele e a mãe são uma pessoa só, indiferenciada. A presença materna ocorre sempre que a solicita, seja para alimentá-lo, trocar suas fraldas, acalentá-lo. Assim permanece durante algumas semanas, até quando passa a perceber que sua mãe é outro indivíduo, separado dele e nem sempre disponível para atender suas solicitações. Começam suas vivências do Eu e do Outro (eu/não eu) e a frustração consequente de não ser atendido de imediato, de ter de esperar a disponibilidade de terceiros (BION, 1962; FONSECA, 2005). O bebê passará sucessivamente por essas experiências, de tal forma que possivelmente se desencadeará um aprendizado de espera, de tolerância, de aquisição de confiança gradativa e de mais segurança, sabendo que num breve momento será atendido. Aos poucos já não vai se angustiar exageradamente, poderá até esboçar um choro sinalizador ameno, cujo objetivo será mais comunicar que necessita de atenção do que expressar a sensação de séria ameaça.

Ficará favorecida a possibilidade de aprender a conviver com os outros, com os sentimentos de falta e de ausência materna. A criança progressivamente vai internalizando essas vivências e a de que a mãe retorna

e a acolhe momentos depois – isto é, embora não esteja ali visível nem o esteja tocando, o bebê sabe que ela está por perto ou que reaparecerá; estará construindo então um referencial interno (uma representação interna) da figura materna, o que corresponde aos processos iniciais de simbolização.

Esses são os primórdios do trajeto de aquisição da independência e da autonomia, que se ampliará com a sucessão de acolhimentos e o estabelecimento de regras e disciplinas iniciais. Embora possa parecer um excesso descrever desta forma, é importante desde cedo que o bebê se habitue à rotina familiar. Convém, por exemplo, que os horários de mamadas ao seio, embora não se façam a períodos rígidos, sejam razoavelmente determinados e ocorram a intervalos de 3 a 4 horas, permitindo à mãe tempo para descanso e para outros cuidados e interesses. O mesmo poderia ser dito em relação ao sono: a repetição de atos sequenciais preparatórios (banho, alimentação e colocação no berço) vão educando o bebê e favorecendo a adaptação à rotina familiar.

A partir das situações do cotidiano que vão se sucedendo, inclusive em complexidade, organiza-se e amplia-se a circuituação neuronal, que é a expressão anatômica e dinâmica da estrutura neurológica responsável pela manifestação das reações comportamentais.

A DESADAPTAÇÃO

Quando essas relações interpessoais precoces acontecem de modo inadequado, o desenvolvimento se faz de maneira desadaptada, enveredando por caminhos mais difíceis e exaustivos.

Mesmo num bebê de termo, se o primeiro cuidador (mãe) não for continente para acolher suas angústias, atendê-lo e confortá-lo, a ansiedade e a insegurança desencadeadas no núcleo amigdaloide acabarão por desfavorecer a organização de circuitos neuronais “apaziguadores” com a região pré-frontal. Essas sensações tenderão a intensificar-se: o bebê vai dar demonstrações de grande irritação, chorar com muita frequência e, às vezes, por longos períodos.

Vários comportamentos são efeitos dessas condições insatisfatórias iniciais que se retroalimentam. Observa-se grande voracidade nas ma-

madas; a criança chega a engasgar com facilidade e tende a solicitar mamadas em períodos mais curtos, às vezes de hora em hora, levando a mãe à exaustão. Mostra ainda dificuldades precoces no sono, acordando depois de pouco tempo, com choro estridente; inicia-se então um embalar de colo por tempo indeterminado, buscando aquietá-lo, o que nem sempre é tarefa fácil. E, quando o bebê finalmente acalma, basta que se o coloque novamente no berço para que o choro recomece.

São crianças que muito cedo se mostram avessas a regras e disciplina, seguem o seu roteiro sem a percepção adequada do outro, não tolerando mesmo mínimas frustrações. Reagem de modo intenso e desproporcional como se de fato estivesse ocorrendo algo muito sério e ameaçador à sua vitalidade. À semelhança do mecanismo de “kindling” observado na epilepsia – em que, depois de certo tempo de experimentação animal com substâncias convulsivas, pequeníssimas doses são capazes de desencadear crises –, verifica-se nesses bebês, a partir de certo tempo, que estímulos de pequena monta resultam em comportamentos de extrema irritabilidade e desconforto. A mãe surge como indivíduo que, mesmo muito imbuído de esforço e dedicação, vê-se engolfada pela turbulência da relação com o bebê, sem conhecimento nem instrumentação necessários para compreender a situação, sem recursos nem apoio emocional para lidar com a própria ansiedade, incapaz de conter esses comportamentos. Agregue-se que, em algumas circunstâncias, a colaboração paterna é limitada e precária.

Verificamos com certa frequência comportamentos semelhantes em bebês prematuros que permaneceram por longo tempo em cuidados intensivos, ou mesmo bebês de termo que tiveram algum tipo de complicação clínica que requisitou maior permanência hospitalar. Infecções, intervenções cirúrgicas, respiração controlada por aparelhos e outras situações de risco significam certamente condições de ameaça à vida da criança, aguçando a ansiedade e o medo.

Além dessas condições do parto, há outras que favorecem vínculos desadaptados e que ocorrem em mães que vivenciaram a gestação com excessiva ansiedade ou mesmo depressão, por razões diversas: abortamentos prévios, depressão pré ou pós-natal, perda de familiares, doenças importantes na família, dificuldades conjugais, alcoolismo e outras

drogas etc. Nessas circunstâncias, as mães não terão valências afetivas livres para conviver e acolher emocionalmente bem seu bebê; o farão com pouca tolerância, muitas vezes com descuido no manuseio, sentindo somente a sobrecarga de ter de cuidar, sem poder perceber as necessidades do recém-nascido e usufruir da oportunidade de “ser mãe”. Às vezes, resistem mesmo em aprender cuidados básicos, delegando a babás ou enfermeiras “em plantão permanente” as tarefas da rotina diária (banho, troca de roupas, preparação para dormir...). Com o passar do tempo, perdem momentos essenciais e irrecuperáveis de vivência materna. O desperdício dessas oportunidades muitas vezes não chega a ser percebido como tal pela mãe, que se sente até valorizada e socialmente admirada por manter seu conforto e bem-estar e também por oferecer ao bebê os excelentes cuidados da equipe de funcionários que escalou. Comportamentos semelhantes são bastante frequentes dentro de uma mesma família ou entre famílias de amigos, e em boa parte das vezes ocorrem devido a um completo desconhecimento da importância dos vínculos precoces, da provável consequência disso no desenvolvimento global da criança, e, principalmente, hoje sabemos, no desenvolvimento neurológico (CYPEL, 2006).

É importante ressaltar que, embora possam existir condições adversas para o bebê durante a gestação e o nascimento, a existência de um ambiente com acolhimento e atenção adequados vai minimizar os riscos antes citados, favorecendo a atualização das suas potencialidades.

Outras razões de fundo emocional para tais atitudes familiares são de veras complexas, e mereceria um capítulo à parte uma abordagem sobre as dinâmicas psíquicas que as favorecem; certamente seriam mais

bem contextualizadas através de uma profunda e experiente elaboração psicanalítica.

Entretanto, é possível mencionar uma consistente bibliografia de investigações bem conduzidas sobre, por exemplo, o prognóstico relacionado aos aspectos emocionais e a evidência de psicopatologia em prematuros nascidos com muito baixo peso (menos do que 1,5 kg). Mais especialmente, durante a infância e adolescência são descritas maiores incidências de alterações comportamentais em gestações de risco, quando comparadas a uma amostra de recém-nascidos a termo e de peso normal. As mais comuns são as dificuldades de atenção e a hiperatividade caracterizando os quadros TDAH - transtorno de déficit de atenção com ou sem hiperatividade (CYPEL, 2006), retraimento, comportamentos disruptivos, ansiedade e depressão, além de dificuldades na sociabilidade (HACK et al., 2004; BOTTING et al, 1997, TAYLOR et al, 1998, HOY et al, 1992). Outros trabalhos fazem referência a riscos de psicopatologias mais graves, como esquizofrenia, distúrbios afetivos e comportamentos antissociais (CANNON et al, 2002; DONE et al, 1991; BUKA & FAN, 1999; HODGINS et al, 2001).

Como perspectiva ampliada e de valorização de tudo o que foi dito, entende-se que as bases funcionais bem estabelecidas vão favorecer a sequência de aquisições – inicialmente elementares, mais complexas no decorrer da vida – favorecendo a maturação do indivíduo no sentido da sua autonomia, promovendo a sua capacidade de pensar e o pleno exercício das funções executivas (CYPEL, 2006). A aquisição minuciosa dessa autonomia expressa o desenvolvimento do *self*, a totalidade da personalidade individual (KLEIN, 1963; BARKLEY, 2001).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BARKLEY, R.A. – The executive functions and self-regulation: An evolutionary neuropsychological perspective. *Neuropsychological Review*, 11:1-29, 2001.
- BION, W. R. – Learning from experience. 1^a ed. London: Heinemann; 1962.
- BOTTING, N., POWLS, A. & COOKE, R. W. I. et al. – Attention deficit hyperactivity disorders and other psychiatric outcomes in very low birthweight children at 12 years. *J Child Psychol. Psychiatry*; 38:931-941, 1997.
- BUKA, S. L. & FAN, A.P. – Association of prenatal and perinatal complications with subsequent bipolar disorder and schizophrenia. *Schizophrenia Res*; 39:113-119, 1999.
- CANNON, M., JONES, P. B. & MURRAY, R. M. – Obstetric complications and schizophrenia: historical and meta-analytic review. *Am J Psychiatry*; 159: 1080-1092, 2002.
- CUNHA, I. – A revolução dos bebês. Psicanálítica, Revista da Sociedade de Psicanálise do Rio de Janeiro, 1:102-128, 2001.
- CYPEL, S. – O papel das funções executivas nos transtornos de aprendizagem. In: ROTTA, N. T., OHLWEILER, L. & RIESGO, R. S. (org). *Transtornos da Aprendizagem – abordagem neurobiológica e multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed, 2006.
- D'ESPOSITO, M. – "Executive Function and Frontal Systems". In: SCHIFFER, M. et al. *Neuropsychiatry*. 2^a ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.
- DONE, D. J., JOHNSTONE, E. C. & FRITH, C. D. et al. – Complications of pregnancy and delivery in relation to psychosis in adult life: data from the British perinatal mortality survey sample. *BMJ*, 302:1576-1080, 1991.
- EDELMAN, G. M. – The remembered present: a biological theory of consciousness. 1^a ed. New York: Basic Books, 1989.
- EICHENBAUM, H. B., CAHILL, L. F. & GLUCK, A. M. et al. – "Learning and memory: systems analysis". In: ZIGMOND, M.J., BLOOM, F. E., LANDIS, S. C. et al. *Fundamental Neuroscience*. San Diego: Academic Press, 1999.
- FONSECA, V. R. J. R. M. – As relações interpessoais nos transtornos autísticos: uma abordagem interdisciplinar da psicanálise e da etologia. 2005. Tese de Doutoramento. Instituto de Psicologia da USP, São Paulo.
- FUSTER, J. – The prefrontal cortex: Anatomy, physiology and neuropsychology of the frontal lobes. 3^a ed., New York: Raven Press, 1997.
- GOLSE, B. – "O bebê, seu corpo e sua psique: explorações e promessas de um novo mundo". In: ARAGÃO, R. O. (org). *O bebê, o corpo e a linguagem*. São Paulo: Casa do Psicólogo, São Paulo; 2004. p.13-40.
- GROSSMANN, A., CHURCHILL, J. & MCKINNEY, B. et al. – Experience effects on brain development: possible contributions to psychopathology. *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 44:33-63, 2003.
- HACK, M., YOUNGSTROM, E. A. & CARTAR, L. et al. – Behavioral outcomes and evidence of psychopathology among very low birth weight infants at age 20 years. *Pediatrics*, 114:932-940, 2004.
- HODGINS, S., KRATZER, L. & MCNEIL, T. – Obstetric complications, parenting, and risk of criminal behavior. *Arch Gen Psychiatry*, 58:746-752, 2001.
- HOY, E. A., SYKES, D. H. & BILL, J. M. et al. – The social competence of very low birthweight children: teacher, peer, and self-perceptions. *J Abnorm Child Psychol*; 20:123-150, 1992.
- KLEIN, M. – Our adult world and other essays. London: Heinemann, 1963.
- MATTICK, J.S. & MEHLER, M.F. – RNA editing, DNA recording and the evolution of human cognition. *Trends in Neuroscience*, 2008.
- MCGAUGH, J. L. – "Affect, neuromodulatory systems and memory storage". In: CHRISTIANSON, S. A. *Handbook of Emotion and Memory*. Hillsdale, New Jersey: Erlbaum, 1992.
- SEARLE, J. R. – A redescoberta da mente. 1a. ed. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora, 1997.

- SHORE, A. – Dysregulation of the right brain: a fundamental mechanism of traumatic attachment and psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 36:9-30, 2002.
- SHORE, A. – Affect dysregulation and disorders of the self. London: W.W. Norton & Company, 2003.
- TAYLOR, H. G., HACK, M. & KLEIN, N. – Attention deficits in children with < 750 gram birthweight. *Child Neuropsychol*; 4:21-34, 1998.
- TREVARTHEN, C. & AITKEN, K. J. – Brain development, infant communication, and empathy disorders: Intrinsic factors in child mental health. *Development and Psychopathology*; 6:597-633, 1994.
- VOLPE, J. J. – Neurology of the newborn. 4th edition. Philadelphia: WB Saunders, 2008.
- WINNICOTT, D. W. – O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.



CAPÍTULO 3

PRÉ-NATAL

■ Assistência materna
Anna Maria Chiesa
Umberto Gazzi Lippi

■ Consulta pré-natal com o neonatologista
Anna Maria Chiesa
Conceição Aparecida Mattos Segre

■ Aspectos emocionais
Claudia Medeiros de Castro



Foto: Divulgação

ASSISTÊNCIA MATERNA

É o conjunto de ações destinadas a preservar o bem-estar físico e psíquico da gestante, a saúde do produto da concepção, o equilíbrio familiar, e a implementar medidas preventivas e educativas de saúde pública.

Ao se abordar o fenômeno relacionado ao processo saúde-doença, é importante resgatar as principais mudanças sociais e demográficas que vêm ocorrendo na realidade brasileira nessa área.

As taxas de fecundidade estão caindo em todas as regiões desde 1970. Era de 5,8 filhos por mulher naquele ano. Em 1999, atingiu a média de 2,2 crianças. Em nível estadual, as taxas variaram de 1,8, em Goiás, a 3,3, em Roraima (BRASIL, 2001). As diferenças não se restringem ao número de filhos. A idade materna na primeira gestação indica que há mais mulheres engravidando antes dos 19 anos (a chamada gravidez na adolescência) e após os 35. Além disso, a maior disponibilização de tecnologias de correção da infertilidade tem levado ao aumento de gestações gemelares.

Outro aspecto socioeconômico atualmente observado é o aumento do

número de famílias chefiadas por mulheres, em todas as classes sociais, e a maior participação delas no mercado de trabalho. A gravidez, portanto, não é somente um fenômeno reduzido às alterações fisiológicas do período gestacional. As formas de vida e de trabalho das mulheres, suas constituições familiares e seus projetos de vida influenciam na vivência desse processo que engloba diversas alterações físicas, emocionais e sociais a serem observadas. A assistência pré-natal deve englobar, pois, cuidados de monitoramento, avaliação, intervenção e construção de projetos de assistência adaptados a cada realidade singular que a mulher representa – clínica ampliada (CUNHA, 2005).

O acompanhamento pré-natal pode representar a vivência positiva desse processo. Quanto mais cedo começar, melhor, pois há problemas cujos tratamentos têm melhor resultado nos três primeiros meses – como a sífilis –, evitando assim complicações para o feto e o recém-nascido. De um modo geral, a assistência pré-natal bem estruturada associa-se à redução dos partos prematuros, da frequência do baixo peso ao nascer (os problemas cruciais da saúde pública perinatal, na atualidade), das complicações da hipertensão arterial na gravidez, bem como da trans-

missão vertical de afecções como HIV e hepatites, para citar algumas das mais importantes.

Um serviço de saúde deve estruturar-se de modo a:

- Ampliar o acesso – entre as mulheres em idade fértil residentes em sua área de responsabilidade ou que constituem sua clientela, no caso de serviços privados – para todas as ações clínicas e de propedêutica subsidiária objetos da assistência pré-natal já desde o diagnóstico clínico e/ou laboratorial precoce do estado gravídico;
- Capacitar os profissionais de saúde e aqueles que lhes dão suporte (ex. escriturários, seguranças, etc.) a se mostrarem acolhedores no atendimento de mulheres que procurarem o serviço;
- Realizar busca ativa de gestantes para início do pré-natal desde a suspeita de gravidez. Nos serviços que atuam com a estratégia de saúde da família (PSF) ou com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), isso se torna bastante viável, em razão da visita mensal que os agentes fazem às casas das famílias cadastradas. É fundamental, ainda, que os serviços identifiquem grupos vulneráveis quer sob o aspecto social (trabalhadoras rurais, adolescentes) quer sob o aspecto clínico, para incorporá-los rapidamente ao atendimento à saúde perinatal;
- Capacitar os profissionais para desenvolverem atividades educativas grupais, utilizando-se principalmente das trocas de experiências e diálogos compreensíveis sobre o processo em curso. Isso deve ser feito a fim de ampliar o conhecimento das gestantes sobre as modificações típicas da gravidez, os sinais de perigo em qualquer época da gestação, os direitos sociais e trabalhistas das gestantes;
- Capacitar os profissionais de saúde que realizam consultas de pré-natal a observarem se a gravidez foi desejada pelo casal e se a gestante e seu companheiro conversam sobre as expectativas em relação ao bebê. Eles devem observar se há apoio familiar à gestante, se as condições de trabalho materno oferecem risco à gravidez, se a gestante se dispõe a evitar o fumo, o consumo de álcool e drogas, bem como as práticas de automedicação (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003);
- Estimular a participação do pai nas consultas e nos grupos educativos;
- Flexibilizar o agendamento e estabelecer sistema ágil de comunicação à distância com a clientela para evitar mobilização das pacientes para buscas não agendadas pelo serviço;

- Estimular a produção de material educativo para facilitar o diálogo entre o consenso científico (repertório do profissional) e o senso comum (conhecimento da população), buscando maior entendimento entre ambos na relação terapêutica (MARQUES e DUARTE, 1997).

Tais questões são gerais e podem servir para qualquer serviço, público ou privado, em situações de acompanhamento de pré-natal de baixo risco. Porém, nem sempre a gestação se mantém na condição de baixo risco. É fundamental, nesse caso, que as unidades básicas de saúde ou os ambulatórios estejam oficialmente articulados com serviços 24 horas para atendimento com profissionais especializados e para a realização imediata de exames de imagem ou laboratoriais, bem como receber essas mulheres de volta tão logo sejam liberadas pelo outro serviço. É o que se chama de referência e contrarreferência entre serviços de diferentes complexidades, a fim de assegurar a integralidade da assistência, de acordo com a necessidade da população que utiliza os serviços. Outra importante lacuna a ser superada para melhoria dos índices de saúde materna e assistência ao nascimento é o acesso ao parto hospitalar, sem que a mulher passe por peregrinações em vários serviços. Segundo Tanaka (2000), essa falta de integração é responsável pelos elevados coeficientes de mortes maternas por causas evitáveis, o que se configura como uma condição de iniquidade.

A superação desses problemas é fundamental para que se incorpore uma atitude de cuidado em relação à gestação, que depois poderá ser revertida no cuidado responsável com o bebê, assegurando oportunidades para seu desenvolvimento.

Considerando que o objetivo desse projeto é a otimização dos cuidados com a criança nos três primeiros anos de vida, é pertinente que se imagine quão importante é ter um nascituro sadio, a mãe nas melhores condições físicas e psíquicas e a família em seu pleno estado de equilíbrio. As pautas contempladas na assistência à gestante e ao recém-nascido e à criança foram enunciadas nos documentos do Ministério da Saúde que criaram a “Rede Cegonha” (Portaria 1.459 de 01/07/2011 e Portaria 2351 de 05/10/2011).

Embora a puerperalidade seja um acontecimento fisiológico, está cabalmente demonstrado que, para seu êxito total, são recomendáveis medidas assistenciais. Isso fica claro num estudo em que Kaunitz et al (1984)

compararam os resultados perinatais de um grupo religioso do estado de Indiana (EUA) com o restante da população. As condições de vida eram absolutamente semelhantes, com a exceção de que os religiosos não podiam receber qualquer tipo de assistência médica. Os autores verificaram que aumentou o risco para mortalidade perinatal (2,7 vezes), fetal (3,6 vezes), neonatal (1,9 vez) e materna (92 vezes). Essa observação põe à mostra a importância da assistência global à gravidez, ao parto e ao puerpério. Lippi et al (1993a) demonstraram especificamente o efeito de assistência pré-natal intrainstitucional em um grande hospital de São Paulo. Seus resultados revelam que a frequência de prematuridade é, de forma estatisticamente significante, maior entre as mães sem assistência pré-natal.

O mesmo foi demonstrado para a ocorrência de baixo peso ao nascer. Quanto à mortalidade perinatal, verificou-se queda com o aumento do número de consultas durante a gravidez.

Herbst et al (2003) compararam, em estudo multicêntrico, 7.656 mulheres que tiveram assistência pré-natal com 409 que não tiveram. Observaram diferença significativa entre os grupos quanto à frequência de prematuridade, de baixo peso ao nascer e de escore de Apgar <7 ao quinto minuto, bem como quanto à média de peso ao nascimento.

ATRIBUTOS DESEJÁVEIS PARA A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Para que a assistência pré-natal seja de fato efetiva, é preciso que haja os seguintes atributos:

- Captação precoce
- Frequência e periodicidade adequadas
- Extensão de cobertura
- Qualidade

Captação precoce

Quanto antes for feito o diagnóstico da gravidez e a integração da mulher aos cuidados da equipe de saúde perinatal, mais precocemente podem ser constatadas afecções ou impropriedades de modo de vida, passíveis de controle ou correção e capazes de impactar o resultado final perinatal. Também se deve lembrar que, se a pesquisa de marcadores para cromossomopatias for desejável, o período ideal para sua realização é entre 10 e 13 semanas e 6 dias de gestação.

Com o avanço tecnológico dos últimos tempos o primeiro trimestre vem se tornando um período de alto interesse assistencial, pois métodos biofísicos e bioquímicos aprimorados podem revelar marcadores de afecções que em outras circunstâncias deveriam ocorrer apenas nas fases avançadas da gestação.

É de alto interesse que o sistema de saúde seja informatizado a ponto de detectar os casos positivos dos testes para diagnóstico precoce da gravidez. Agentes de saúde comunitários ou do programa saúde da família devem encaminhar essas pessoas o quanto antes para assistência. Ainda pela informatização, os casos matriculados devem ser cotejados com aqueles de diagnóstico laboratorial e, se houver omissão de matrícula, captar as pessoas através de busca ativa.

Lippi et al (1986a) registraram, em uma maternidade que atende somente funcionários públicos estaduais e seus dependentes, a captação de 34,8% das pacientes no primeiro trimestre. Lippi et al (1993a) notaram, em uma maternidade da periferia de São Paulo, que esse número era de 19,9%. Em ambos os estudos, a maioria das gestantes foi captada no segundo trimestre. Osis, Hardy, Faúndes e Alves (1993) verificaram que mulheres que vivem com seus companheiros e têm pelo menos instrução primária completa estão mais aptas a serem captadas nos três primeiros meses de gravidez.

Portanto, a recomendação é captação no primeiro trimestre da gestação.

Frequência e periodicidade das consultas

O Ministério da Saúde (2006) recomenda, no mínimo, seis consultas de pré-natal, assim distribuídas: uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro, recomendação essa também feita pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo. Esse esquema fornece orientação para os casos de início tardio do pré-natal (ainda que indesejável). De qualquer maneira, uma ou outra orientação aplica-se somente às gestações de baixo risco, já que as de alto risco devem ter uma sequência de consultas personalizada. O manual do Ministério da Saúde (2000) aponta que o intervalo entre as consultas deve ser de quatro semanas e põe em evidência ainda a recomendação de que não há alta para a assistência pré-natal. Ela só se encerra quando o trabalho de parto se estabelece ou se a gravidez for interrompida eletivamente. Assim, a publicação mostra que, após a 36^a semana, a gestante deverá ser acompanhada semanalmente.

Em uma edição anterior (1986) do manual para assistência ao pré-natal de baixo risco, o próprio ministério recomendava a seguinte distribuição:

	IG DA PRIMEIRA CONSULTA (SEM)	CONSULTAS SEGUINTES (SEMANAS)				
		6-20	24-28	29-32	33-36	37-40
	ATÉ 15	1	2	3	4	5
	16-24	—	1	2	3	4
	25-28	—	—	1	2	3
	29 E MAIS	—	—	—	1	3

O intervalo entre as consultas não deve passar de 8 semanas.

Uma consulta deverá obrigatoriamente estar garantida na 40^a semana. Frente a qualquer alteração, ou se o parto não ocorrer até sete dias após a data esperada, ela deverá ter consulta médica assegurada no local onde foi acompanhada e encaminhamento para um nível de referência adequado a fim de que seja aplicada propedêutica especializada para confirmação da idade gestacional e avaliação de bem estar fetal. Mesmo confirmada a idade gestacional de 41 semanas isso não é indicação automática de interrupção da gravidez.

Em se tratando de gestações de alto risco é necessário que o número e a frequência de consultas sejam individualizados, de acordo com a gravidade da afecção obstétrica ou não, que esteja complicando a gravidez. Casos muito graves podem exigir mesmo internações prolongadas para seu controle.

Dessa forma, as recomendações sucessivas em publicações subsequentes do Ministério da Saúde permitem afirmar que:

A – A primeira consulta deve ser o mais precoce possível, ainda no primeiro trimestre;

B – O número mínimo de consultas recomendado é de seis;

C – É ideal que não haja intervalo maior que quatro semanas entre as consultas;

D – As consultas de pré-natal devem seguir sua sequência até o início do trabalho de parto, não existindo por isso a figura da “alta do pré-natal”;

E – Se a data esperada do parto for superada sem que a criança nasça, deve estar garantida pelo menos uma consulta após sete dias.

A partir de um dado basal, é discutível o impacto do número de consultas sobre o resultado perinatal. Assim, McDuffie et al (1996) compararam

esse resultado em um grupo de estudo de gestantes que receberam nove consultas e em outro com 14. Verificaram que, quanto às frequências de partos de pré-termo, de baixo peso ao nascer, de pré-eclâmpsia e de cesáreas, não ocorreram diferenças estatisticamente significativas. A publicação de Villar et al (2001) e da Organização Mundial da Saúde (2003) relataram um estudo multicêntrico com gestantes de baixo risco submetidas a quatro consultas de pré-natal. Elas tinham um cortejo extremamente simplificado de exames subsidiários, cujos resultados foram comparados ao modelo padrão com nove consultas e a propedêutica usual. Verificaram que essas gestantes de baixo risco tiveram a mesma frequência do que aquelas que seguiram o modelo padrão quanto a partos de pré-termo, recém-nascidos pequenos para a idade gestacional, baixo e muito baixo peso ao nascer, rotura prematura de membranas com menos de 35 semanas, indicação de interrupção prematura abaixo de 35 semanas ou entre 35 e 36 semanas. Um dos procedimentos para o sucesso dessa experiência foi manter um telefone de comunicação permanentemente disponível para a comunicação entre as gestantes e o sistema de saúde.

Extensão da cobertura

A assistência pré-natal é para 100% das gestantes. Esse ambicioso objetivo, que constou daqueles que resultaram da famosa conferência de Alma-Ata, jamais foi conseguido. Dados do Unicef e da Organização Mundial da Saúde (2003) revelavam que a cobertura só atingia níveis elevados (98%) nos países industrializados, não superando 68% nos países em desenvolvimento e 72% no mundo. No mesmo documento, observa-se que o número registrado para a América Latina e o Caribe era de 86%. Dados oficiais do Ministério da Saúde, em 2001, mostravam que

havia 4,6% de mulheres sem assistência pré-natal no país, com grande variação por regiões – 7,9% na região Norte, 7,4% no Nordeste, 2,4% no Centro-Oeste, 2,3% no Sudeste e 1,9% no Sul. Esse mesmo relatório apontou que 45,6% das grávidas passavam por sete ou mais consultas.

Qualidade

De nada vale captar precocemente para a assistência pré-natal, um alto volume de gestantes e oferecer-lhes um número adequado de consultas a intervalos aceitáveis se não houver aplicação do melhor conhecimento e da técnica capaz de produzir impacto sobre a saúde perinatal. Um grande número de estudos faz a qualificação da assistência por meio do número de consultas (QUICK et al, 1981). Pelo que foi dito acima, fica muito claro que os resultados serão pífios se não forem aplicados os procedimentos oportunos. Assim, trata-se de tarefa muito árdua qualificar a assistência pré-natal, já que as avaliações deverão abranger as ações somáticas, psicológicas, sociais e educacionais.

Além do mais, segundo Vidaeff, Franzini e Low (2003), a assistência pré-natal é constituída por ações que atingem indivíduos, mas a avaliação de qualidade geralmente baseia-se em índices populacionais, o que é uma complicação adicional para interpretá-la.

Segundo aqueles autores, são condições que levam a uma supervalorização dos resultados da assistência pré-natal:

- Mulheres com maiores conhecimentos de saúde;
- Pacientes com longas internações na gravidez e pacientes com gestações mais longas – isso se constitui no chamado “bias” do parto de pré-termo, de acordo com Tyson et al (1990).

Por outro lado, mulheres que já apresentam condições precárias de saúde ao engravidar puxam a avaliação para baixo. Para Cunningham et al (2001), a avaliação da eficácia e da qualidade da assistência pré-natal deve ser aferida tanto pelos resultados feto-neonatais quanto pelos resultados maternos.

ESTRATÉGIAS PARA A BOA PRÁTICA DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Procura-se obter os melhores resultados da assistência pré-natal com a utilização das seguintes estratégias:

- Atendimento multiprofissional;
- Apoio comunitário;
- Planejamento e ações programáticas;
- Normatização da assistência.

Atendimento multiprofissional

Desde 1984, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), do Ministério da Saúde, preconiza que o atendimento à saúde feminina incorpore a atuação de diversos profissionais. Destacam-se médicos (especialistas em obstetrícia e ginecologia), enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, nutricionistas e fisioterapeutas. A indicação de uma equipe multiprofissional é decorrente da visão ampliada de saúde, que concebe o processo saúde-doença como muito mais complexo do que a simples ausência de doença, agravo ou enfermidade. Porém, mais do que somente uma somatória de agentes de diferentes áreas do conhecimento, o atendimento multiprofissional exige uma postura de integração entre os membros da equipe. Assim, busca-se compartilhar os conhecimentos e procurar uma solução conjunta para as necessidades das mulheres, sobretudo durante o período de gravidez, nascimento e puerério. É fundamental que o grupo trabalhe no conhecimento aprofundado dos perfis epidemiológicos dos eventos relativos a esse processo no seu território de atuação, para identificar as necessidades específicas que um programa de atenção de qualidade deve impactar. Os dados sobre mortalidade materna, idade do primeiro filho, utilização de contraceptivos, cobertura de pré-natal da rede básica e da rede privada, intervalo intergenésico, e a análise destes segundo recortes territoriais, por ocupação, educação das mulheres ou idade, permitem superar as médias que muitas vezes camuflam situações de iniquidades.

Apoio comunitário

A visão ampliada do processo saúde-doença nos remete ao entendimento de que a saúde é produzida nos diferentes espaços da vida e não somente pelas ações externas. Segundo a 1ª Conferência de Promoção da Saúde de 1986, em Ottawa (Canadá), a promoção da saúde é o processo de ampliação da capacidade de indivíduos e comunidades de melhorarem sua qualidade de vida por meio de ações sobre os condicionantes da saúde. O ciclo pode ser operacionalizado por meio dos seguintes eixos:

criação de políticas públicas saudáveis (ações intersetoriais); criação de ambientes favoráveis à saúde (que visam facilitar as escolhas saudáveis); apoio à participação comunitária (reconhecendo o protagonismo comunitário na formulação de projetos que modifiquem as condições desfavoráveis à saúde); ampliação de habilidades de indivíduos e grupos (por meio de ações educativas que apoiem o enfrentamento dos problemas de saúde) e reorganização dos sistemas e serviços de saúde (superando a ênfase curativa).

Nesse sentido, não é possível pensar num programa de melhoria da assistência em saúde sem que haja envolvimento de grupos comunitários que representem a realidade local de atuação. A participação comunitária em um projeto de intervenção é fundamental desde o início. Isso vale para o reconhecimento do problema que se pretende superar, na identificação de grupos aliados e resistentes às mudanças desejadas e no delineamento das ações estratégicas capazes de impactar a realidade que se pretende modificar. Em geral, existem muitos espaços de convivência que exercem influência positiva e convergente na modificação de comportamentos de indivíduos e famílias relativos à incorporação de projetos terapêuticos. Eles são denominados de rede social de apoio e precisam atuar concomitantemente ao setor saúde. A rede social de apoio pode contar com rádios comunitárias, espaços em programas de rádio e TV, realização de grupos educativos e de reflexão em igrejas, escolas, associações comunitárias ou outras entidades de referência.

Planejamento e ações programáticas

Todas as gestantes necessitam dos cuidados que serão discriminados mais adiante. No entanto, há grupos que exigem medidas específicas. Eles se distinguem, por exemplo, pela faixa etária. Assim, o sistema de saúde perinatal estará mais bem aparelhado se houver um programa de cuidados para mães adolescentes e um que tenha por objetivo atender às necessidades das gestantes tardias, problema que cresceu nos últimos anos. A complicação da puerperalidade por algumas afecções, que redundam em muito alto risco para a gestante e para o produto da concepção, deve receber atenção diferenciada. É o caso das associações

do estado gestatório à hipertensão arterial de qualquer etiologia, às endocrinopatias, especialmente diabetes e tireoidopatias, e às cardiopatias. Esses grupos poderão ser formados segundo a técnica matricial; porém, devem englobar profissionais interessados nas especificidades. É uma estratégia para obter seu aprimoramento permanente alavancado pelo interesse e, por consequência, atendimento de nível cada vez melhor às mulheres que dele precisam.

Normatização da assistência

Normas são pautas escritas que orientam as ações – neste caso, do sistema de saúde. Sua elaboração e aplicação são mandatórias, em nome da qualidade da assistência, já que deve propor as atitudes mais adequadas para cada situação, baseada nas evidências científicas. Adicionalmente, essa uniformização permitirá que o sistema de atenção perinatal tenha parâmetros confiáveis de avaliação após sua aplicação. As normas são mutáveis com o evoluir dos conhecimentos e com a avaliação de suas próprias aplicações. Isso faz com que se coloquem ao dispor da população as ações mais adaptadas à sua condição (médica, psicológica, social, nutricional, etc.) e com a melhor aceitabilidade em cada momento. Há uma técnica apropriada para elaboração das normas; porém, é desejável a participação dos profissionais que irão aplicá-las, garantindo sua aceitação.

CONSULTA PROPRIAMENTE DITA

O profissional de saúde com as características pessoais abordadas anteriormente deve executar uma série de ações, cujas propriedades de execução implicarão maior ou menor qualidade da assistência prestada. Em termos gerais, a sequência da propedêutica obstétrica deve ser seguida, ou seja, praticando os seguintes tempos:

Conteúdo da consulta pré-natal

Deste momento em diante, serão expostas, com maior minúcia, as ações a serem desenvolvidas na primeira consulta e nas subsequentes, de acordo com o quadro adiante.

AÇÕES	PRIMEIRA CONSULTA	OUTRAS CONSULTAS
Anamnese completa	X	
Anamnese parcial		X
DUM/DEP	X	
Cálculo da IG	X	X
Peso inicial	X	
Exame físico geral	X	X
Peso atual	X	X
Adequação P/IG	X	X
Mucosas	X	X
Pressão arterial	X	X
Tireóide/coração	X	
Giordano	X	
Edemas	X	X
Varizes	X	X
Exame físico especial	X	X
Mamas	X	Eventualmente
Inspeção do abdome	X	X
Palpação do abdome	X	X
Mensuração AU	X	X
Adequação AU/IG	X	X
Ausculta do feto	X	X
Toque	X	Eventualmente
Especular	X	Eventualmente
Diagnóstico obstétrico	X	X
Avaliação de risco	X	X
Devolução	X	X
Orientações	X	X

DUM: Data da última menstruação

DEP: Data esperada do parto

P: Peso

IG: Idade gestacional

AU: Altura uterina

Anamnese

- Exame físico geral sumário
- Exame físico especial, que compreende:
- Inspeção

- Palpação
- Ausculta
- Toque
- Exames subsidiários.

A **anamnese completa** é mandatória na primeira consulta. Ela deverá conter os dados explicitados abaixo:

IDENTIFICAÇÃO

- Nome/Registro/Endereço
- Idade
- Raça
- Naturalidade
- Procedência
- Dados sociais
- Estado civil
- Escolaridade da paciente e do cônjuge
- Atividade laboral da paciente e do cônjuge
- Condições de habitação
- Saneamento básico

QUEIXA E DURAÇÃO

HISTÓRIA DA QUEIXA ATUAL

ANTECEDENTES FAMILIARES

Não se esquecer de:

- Hipertensão
- Diabetes
- Gemelaridate
- Malformações

ANTECEDENTES PESSOAIS

Não se esquecer de:

- Antecedentes transfusionais
- Antecedentes cirúrgicos
- Alergias, principalmente a medicamentos
- Incluir hábitos e vícios

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

- Menarca
- Características do ciclo menstrual
- Infertilidade prévia
- Moléstias ginecológicas
- Cirurgias ginecológicas, especialmente sobre o útero.

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

- Número de gestações anteriores
- Número de partos anteriores
- Desenvolvimento e desfecho de cada evento
- Evolução dos recém-nascidos
- Infecções puerperais ou pós-abortamentos
- Amamentação
- Gravidez atual
- Data da última menstruação
- Data provável do parto

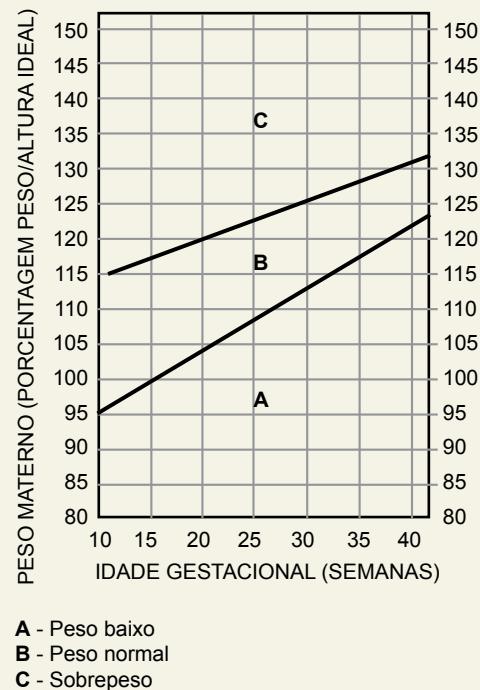
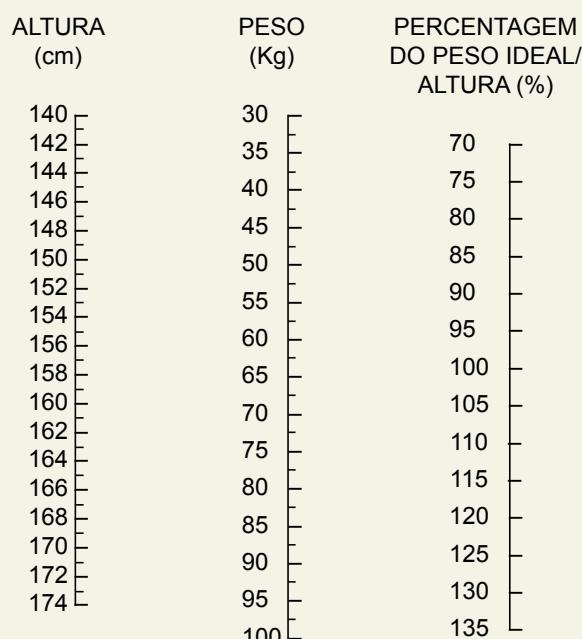
- Regra de Näegele
- DPP = Data da Última Menstruação + 7 Dias – 3 Meses
- Cálculo da idade gestacional (é melhor utilizar, para isso, um gestograma (fig. 1), ou um aplicativo muito simples para ser usado em computadores ou telefones celulares)
- Sintomas, sinais ou moléstias apresentadas nesta gravidez
- Medicamentos usados na gravidez (Atenção para os de uso contínuo)
- Peso anterior à gravidez.

A **anamnese parcial** nas consultas subsequentes deverá abordar os eventos desde a sessão anterior, a evolução de queixas anteriormente e o efeito da terapêutica aplicada.

As novas reclamações deverão ser expostas. É um momento de diálogo, de esclarecimento, de troca de informações. É preciso sempre arguir sobre o funcionamento do sistema urinário e sobre a função intestinal. Inquirir ainda acerca da movimentação fetal, pelo menos a partir da 20^a semana de gravidez.

FIGURA 1

Gráfico de Rosso (à direita) e nomograma (à esquerda) para se obter o dado a ser inserido no gráfico:



Na anamnese deve-se estar atento à **data da última menstruação (DUM)**. Com essa informação, calcula-se a **data esperada do parto (DEP)** e a **idade gestacional (IG)** a cada consulta. Sobre estes, serão avaliados outros indicadores, como ganho de peso e crescimento da altura uterina. Há um contingente de mulheres que não é capaz de dar a informação. Nesse caso, busca-se a propedêutica subsidiária para se chegar à DEP e aos cálculos intermediários. Outras têm ideia aproximada. Utilizando esse dado impreciso, podem-se fazer cálculos estimados, úteis quando não se disponha de exames complementares mais seguros. A arguição do **peso inicial**, pré-gestacional ou na primeira consulta, se essa for no primeiro trimestre, é elemento precioso para avaliar o ganho de peso, a qualquer momento da gravidez, que, por sua vez, é um dos indicadores da nutrição materna.

Fazer ilações empíricas do ganho de peso materno é um hábito muito comum. Orientações baseadas nesse primarismo frequentemente criam ansiedade desnecessária, quer para as gestantes, quer para os profissionais de saúde. É preciso que a **avaliação da adequação peso/idade gestacional** seja feita da forma mais objetiva possível. Para um grande número de grávidas, a utilização do gráfico de Rosso é um instrumento de real valia que se baseia na avaliação do percentual de peso ideal/altura a cada idade gestacional (figura 1).

Para utilizá-lo, anotam-se nas barras apropriadas do nomograma a altura (estatura) e o peso da gestante. Ligando esses dois pontos e prolongando a linha até a última barra, tem-se o percentual de peso ideal por altura. Esse número é lançado no gráfico a cada consulta de pré-natal. O que se espera, na melhor condição possível, é que os vários pontos estejam na faixa B, os quais deverão ser ligados por uma linha que esteja contida nessa faixa. Na área A, estão os casos com ganho de peso deficitário, e, na C, os casos de ganho de peso superior ao desejado. As ocorrências nas quais as linhas migram da faixa B para a A ou para a C devem ser analisadas com cuidado, para as medidas cabíveis.

Ainda que extremamente prático, o gráfico de Rosso vem sendo paulatinamente substituído pela avaliação do ganho de peso segundo o índice de massa corporal (IMC = peso x altura ao quadrado). O Gráfico utilizável para o acompanhamento está na figura 2 – Ganho de peso na gravidez segundo o IMC (Reproduzido do Manual Técnico do pré-natal e puerpério da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2010).

Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante

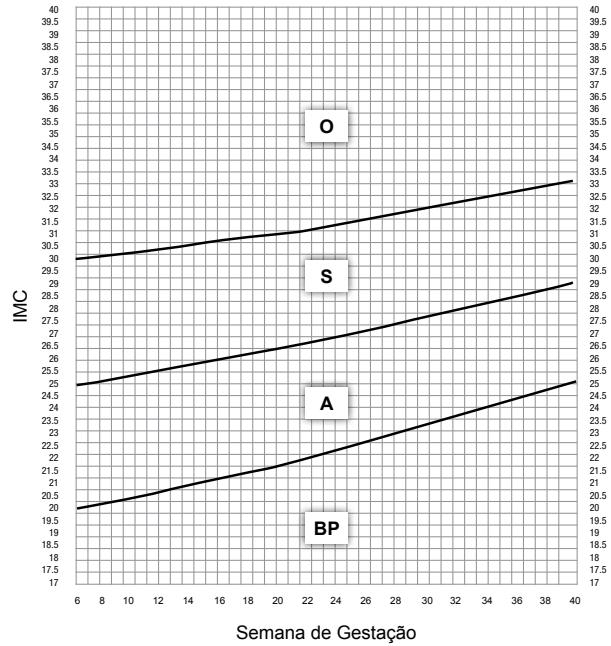


Figura 2

A maneira de se avaliar o ganho de peso a cada consulta consiste em calcular o IMC a cada consulta e coloca-lo no gráfico na semana correspondente. Em relação ao gráfico de Rosso há uma classe adicional, a de obesidade. Levando em consideração o **IMC** os valores recomendados para o ganho total de peso na gravidez, pelo Institute of Medicine em 1990 e citado por Cunningham et al (2005) está no quadro abaixo:

Recomendações para o ganho de peso na gravidez segundo o IMC

CATEGORIA DE PESO/ALTURA	IMC	GANHO DE PESO TOTAL RECOMENDADO
Baixo	< 19,8	12,5 - 18
Normal	19,8 - 26	11,5 - 16
Alto	26 - 29	7,0 - 11,5
Obesidade	> 29	> 7

O **exame das mucosas**, facilmente acessíveis, dá ideia sobre a anemia, outro indicador do estado nutricional, embora este achado tenha de ser confirmado pelo laboratório.

A aferição da **pressão arterial** é um dos procedimentos mais impor-

tantes na consulta pré-natal. Saber se a mulher é normotensa, desde o início da gestação, é fundamental para o diagnóstico correto de alguma alteração tensional que venha a ocorrer mais adiante. A constatação de uma pressão arterial elevada desde o princípio permite o controle adequado, com o que a gravidez pode ocorrer de modo quase normal, o que facilita a prevenção do superajuntamento de uma pré-eclâmpsia. É necessário estar atento, já que a hipertensão arterial é a causa principal de morte materna. **Considera-se hipertensa a gestante com pressão arterial $\geq 140 \times 90$ mmHg.**

A palpação da **tireoide** é obrigatória na primeira consulta. Um pequeno aumento da glândula ocorre na gravidez, porém, não devem ser encontrados nódulos ou aumento conspícuo.

A **auscultação cardíaca** é fundamental. É inadmissível deixar passar uma cardiopatia, assintomática no início da gravidez, mas que, com as modificações gestacionais, pode tornar-se sintomática e causar sérios transtornos para a gravidez, para a aplicação de alguns medicamentos de uso frequente e para o parto. Um sopro sistólico suave é de ocorrência comum e deve-se às modificações de posição que o órgão sofre com o aumento do útero.

Também o **sinal de Giordano** deve ser pesquisado, a fim de afastar uma afecção renal não referida pela paciente.

De importância capital é a pesquisa de **edemas** – que em geral atingem inicialmente os membros inferiores, depois os superiores, a face e finalmente o edema generalizado – e da anasarca (edema generalizado + derrame de cavidades serosas). Podem ter origem em problemas clínicos pré-existentes ou concomitantes, porém, a sua detecção sugere, em princípio, anormalidade própria da gravidez (pré-eclâmpsia). Nas classificações mais atuais das moléstias que constituem a doença hipertensiva da gravidez pode-se observar que o edema foi excluído como marcador de qualquer uma delas. A despeito disso continua sendo um sinal clínico cuja observação é obrigatória, pois se não fecha qualquer diagnóstico específico coloca o clínico em estado de alerta para buscar outros sinais de um acometimento. Pode também, decorrer de agravamento de processos pré-existentes (hipertensão arterial crônica). Por vezes, o edema é oculto e seu rastreamento se faz pelo aumento abrupto de peso.

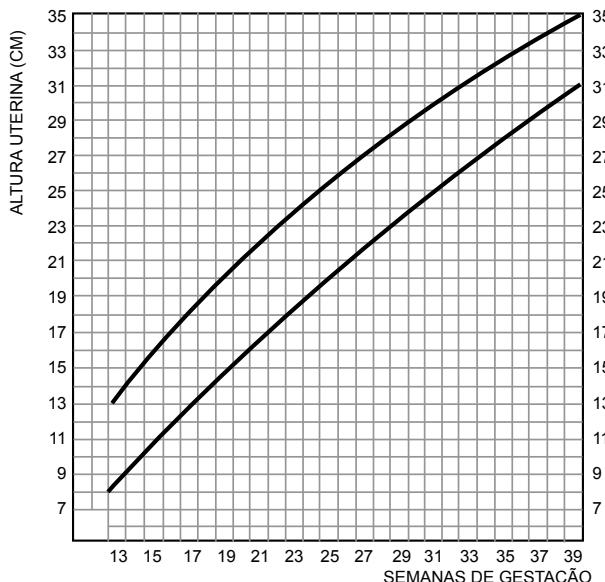
Algumas vezes os edemas de membros inferiores são consequentes a **varizes**, ocasionalmente exuberantes.

O primeiro tempo do exame físico especial é a avaliação das **mamas**. É comum o profissional de saúde que atende grávidas, ater-se ao abdome, esquecendo-se de que as mamas são órgãos que sofrem o impacto da grande alteração hormonal da gravidez. É uma necessidade examinar, sempre, as mamas das mulheres, em qualquer contato com o sistema de saúde. A gestação é uma oportunidade real, especialmente para aquelas que só vão ao médico quando grávidas. Não se pode esquecer que a idade média em que o câncer de mama é diagnosticado está ficando cada vez mais baixa.

A **inspeção do abdome** mostrará os sinais gravídicos relacionados à hiperpigmentação, o achatamento da cicatriz umbilical, a depender da idade gestacional. O formato do abdome varia de acordo com a evolução da gravidez, desde o plano, quando o útero for ainda um órgão intrapélvico, globoso e depois ovóide. A inspeção acurada poderá revelar movimentos fetais. Estrias são comuns.

A **palpação do abdome** é fundamental no pré-natal. O palpar mensurador serve para aquilar o crescimento do útero. Considerações sobre como usar esse elemento (altura uterina) para julgar a boa evolução da gravidez remetem ao uso de um gráfico, que mostra a adequação da altura uterina à idade gestacional (figura 3). As conclusões baseadas nos números absolutos de crescimento da altura uterina são ultrapassadas. Na abscissa do gráfico, registra-se a idade gestacional em semanas. Na ordenada, a altura uterina medida com técnica padrão e fita métrica inextensível. Os valores medidos a cada consulta são registrados na linha correspondente à idade gestacional da consulta no gráfico (figura 3). Esses números deverão situar-se entre as duas curvas assinaladas, respectivamente o percentil 10 e o percentil 90. Uma linha que une todos os pontos deverá estar nessa faixa. Valores acima do percentil 90, que podem sugerir macrossomia, gemelaridade e poli-hidrâmnio, ou abaixo do percentil 10, sugestivos de restrição de crescimento intrauterino, devem ser analisados cuidadosamente para que as atitudes cabíveis sejam postas em prática.

Figura 3 – Altura uterina/Semanas de gestação



Já o palpar explorador, em mãos hábeis, revela situação, apresentação, posição, variedade de posição do feto, quantidade de líquido amniótico, bem como etapas da insinuação da apresentação na bacia. A sua utilização pode evitar exames subsidiários (ulassonografia) em fases avançadas da gravidez, nas quais se quer justamente a avaliação desses indicadores. Evita ainda toques vaginais desnecessários. A **auscultação fetal** é parâmetro de vitalidade do produto da concepção. Feito com estetoscópio de Pinard ou com aparelhos que utilizam o ultrassom (Sonar-Doppler), é metodologia de aplicação simples. Estes últimos minimizam a presença de panículo adiposo espesso ou mesmo de líquido amniótico mais abundante que o esperado. O **toque** geralmente é feito em fases iniciais da gestação, como método adicional para o diagnóstico da gravidez. Costuma ser praticado também ao final para avaliar esvaecimento e dilatação cervical. Às vezes, é realizado quando se desconfia que há contrações eficientes e que o colo pode estar esvaecendo ou dilatando. Também serve para rastrear casos suspeitos de incontinência istmocervical. O **exame especular** é feito geralmente na primeira consulta, com o objetivo de avaliar o aspecto do colo uterino e de colher material para exame colpcitológico. É mandatório quando ocorrer sangramento vaginal, em qualquer fase da gravidez. Servirá para confirmar a origem do mesmo, mas, principalmente, para averiguar se há lesão hemorrágica

da cérvix. Terminado o exame clínico, o **diagnóstico obstétrico** deverá ser feito. Esse compreende os diagnósticos obstétricos de normalidade, de patologia obstétrica e de afecção clínica ou cirúrgica concomitante. Vale lembrar que eles são evolutivos e, por isso, deverão ser feitos em cada consulta. A **avaliação de risco** também faz parte de cada consulta. Da mesma forma que o diagnóstico, ele é evolutivo e, portanto, anotado em cada sessão. O passo seguinte da consulta será a solicitação dos exames subsidiários, de acordo com o quadro abaixo:

EXAMES SUBSIDIÁRIOS NO PRÉ-NATAL DE ROTINA

EXAME	PRIMEIRA CONSULTA	OUTRAS CONSULTAS
Urina tipo I	X	Eventualmente
Urocultura + CC + Antb	X	Eventualmente
Hb + Htc	X	
Tipo sang. + fator Rh	X	
T Coombs indireto	X	se necessário
Sorologias	X	3º trimestre
Sífilis	X	3º trimestre
Toxoplasmose	X	3º trimestre
Rubéola	X	3º trimestre
Hepatite B	X	3º trimestre
Hepatite C	X	3º trimestre
HIV	X	3º trimestre
Glicemia de jejum	X	
TOTG simplificado	Às vezes	A partir de 20 semanas
Colpcitológica oncotíca*	X	
Protoparasitológico	X	
Estreptococo do grupo B	-	35 a 37 semanas
	X	X
Ultrassonografia	11-13 semanas e seis dias	20 – 24 semanas
		34-36 semanas
Vacinação	Às vezes	Às vezes

CC: Contagem de Colônias / **Antb:** Antibiograma / **Hb:** Hemoglobina /

Htc: Hematócrito / **TOTG:** Teste Oral de Tolerância à Glicose /

Tipo sang: Tipo sanguíneo *Teste de Papanicolaou /

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana (Aids)

O exame de **urina tipo I** serve para rastrear proteinúria e para diagnosticar afecções que se manifestam por alteração dos elementos figurados presentes no material. No entanto, neste último aspecto é de importância capital a coleta correta da urina. Especialmente em mulheres, descuido nesse tempo conduz comumente a interpretações equivocadas e a uma terapêutica que pode ser mais prejudicial que benéfica. Isto porque é usual a contaminação da urina por material oriundo da vagina, revelando na urinálise leucócitos que acabam interpretados como originários de infecção urinária. A terapêutica antibiótica que se institui, quando assim se interpreta, é indevida. Já a **cultura de urina** é mandatória. Deve ser realizada em toda primeira consulta de pré-natal, a fim de rastrear a bactériuria assintomática, que, admite-se, pode ter os mesmos malefícios que uma infecção urinária clinicamente manifesta. Ausente na primeira consulta, é remota a possibilidade de ela existir no restante da gravidez. Esses dois exames serão repetidos quando manifestações clínicas assim o exigirem. O rastreamento da anemia pode ser feito pela dosagem de **hemoglobina** e avaliação do **hematócrito**. Se houver alteração desses indicadores, a propedêutica de anemia deverá ser aprofundada, com visitas ao tratamento correto.

É obrigatória a pesquisa do **tipo sanguíneo e do fator Rh** como medida de cautela não só para a necessidade de transfusão, mas também para verificar condições de risco de doença hemolítica perinatal. Por essa mesma razão, é mandatório o **teste de Coombs indireto**, para todas as gestantes, já que aquela afecção não é apanágio exclusivo dos fetos nascidos de mães Rh negativo.

As sorologias são obrigatorias, especialmente aquelas em que as ações médicas possibilitem evitar a transmissão vertical das doenças ou tratá-las com eficácia na gestação, sem que o feto seja acometido. No primeiro caso, está a **hepatite B**. Quando diagnosticada, permite o tratamento precoce do recém-nascido, evitando que desenvolva a doença. No segundo, a **sífilis** e a **toxoplasmose**, que têm terapêutica eficiente. Para as pacientes portadoras de **HIV**, há terapia medicamentosa. Outras ações (evitar aleitamento materno, manutenção das membranas íntegras no trabalho de parto mostram-se eficazes para minimizar o número de casos de crianças afetadas pela doença).

O conhecimento de que uma mulher está imunizada para a **rubéola**, evita muitos aborrecimentos e preocupações, se ela está sujeita ao con-

tágio. Por outro lado, se não for imune, é possível orientá-la para que não adquira a virose. O rastreamento da **hepatite C** é uma ação de saúde pública: na maioria das vezes põe a claro para a mulher a existência da afecção e permite ações de prevenção e orientação para tratamento após a gravidez.

O rastreamento universal do diabetes melito é recomendado pelos estudos nacionais e internacionais (GOBBI, 2006). Admite-se que a melhor forma de fazê-lo seja a realização do **teste oral de tolerância à glicose simplificado** (dosagem da glicose plasmática uma hora após a ingestão de 50 g de glicose). Valores acima de 130 mg/dl são considerados suspeitos e implicam a realização da uma curva glicêmica completa (GTT), com sobrecarga de 75 ou de 100 g de glicose, para ser feito o diagnóstico. O teste com 50 g, de rastreamento tem sua execução recomendada acima de 20 semanas de gestação, época em que a resistência periférica à insulina está exacerbada. Convém lembrar que, em grávidas, glicemia de jejum acima de 85 mg/dl também é suspeita e, se não se dispuser do teste com sobrecarga, esse achado obriga à realização da curva completa. A **colpocitologia oncológica** deve ser colhida de todas as mulheres no pré-natal, desde que o exame não tenha sido realizado há um tempo aceitável. Embora não se relacione diretamente ao evento perinatal, essa é uma pesquisa de interesse em saúde pública. A vinda da paciente para cuidados durante a gravidez passa a ser um momento precioso para que a detecção do câncer de colo seja feita. Para utilizar a assistência pré-natal como um momento para ações adicionais, também se realiza o exame protoparasitológico. Algumas parasitoses podem se relacionar a condições que complicam a gravidez, como a anemia. Porém, a maior parte delas não tem influência. Quase todas as infestações podem ser tratadas após o terceiro mês da gestação, mas, mesmo que não o seja durante esse período, fica o alerta para o tratamento posterior à gravidez. A coleta para pesquisa do **estreptococo do grupo B** é feita na região perianal e na fúrcula vaginal. Sua positividade coloca o recém-nascido sob o risco de infecção por essa bactéria, por vezes fatal. A profilaxia dessa infecção é feita no trabalho de parto ou nas horas prévias à cesárea. Quanto à **ultrassonografia**, recomenda-se um exame entre 10 e 13 semanas e 6 dias de gestação com quatro objetivos fundamentais:

a) confirmar a idade gestacional (muitas vezes esse é o único parâme-

tro disponível para isso, porque a gestante desconhece a data da última menstruação ou tem ciclos muito irregulares); b) rastrear cromossomopatias, especialmente trissomia do 18 e do 21; c) diagnosticar gemelaridade e zigocidade; d) criar a ocasião para o estreitamento da relação da equipe com os pais, facilitado pelo momento da visualização do feto. Com a evolução tecnológica dos equipamentos e da pesquisa bioquímica e biofísica outros marcadores precoces de doenças fetais poderão ser detectados, tornando esse primeiro exame de grande importância. Hoje ele já é chamado de exame morfológico de primeiro trimestre. Outro exame é recomendável entre 20 e 24 semanas, o classicamente chamado de morfológico, em que já há a possibilidade de detalhamento de todos os órgãos do feto. Geralmente é complementado por dopplervelocimetria de artérias uterinas e umbilicais e às vezes de artéria cerebral média. Embora este exame seja feito por via transabdominal, recomenda-se uma complementação por via transvaginal a fim de medir o comprimento do colo do útero e fazer o rastreamento da síndrome do colo curto, bom marcador de prematuridade. O terceiro exame é recomendado entre 34 e 36 semanas para aiquidar o crescimento fetal, o volume de líquido amniótico, a apresentação, a posição e outros dados que possam interessar ao obstetra. Nas gestações de alto risco, testes adicionais poderão ser necessários.

AÇÕES ADICIONAIS

AÇÕES	PRIMEIRA CONSULTA	OUTRAS CONSULTAS
Vacinação	Às vezes	Às vezes
Preenchimento de prontuário	X	X
Preenchimento da carteira da gestante	X	X
Orientações		
Dieta		
Cuidados com a pele		
Fumo		
Álcool		
Esportes		
Viagens		
Atividade sexual		
Atividade profissional		
Quando ir ao hospital		

De modo geral, o estado gestacional não é época propícia à **vacinação**. As imunizações com vírus atenuados não são recomendadas. A única vacina que faz parte das normas das autoridades de saúde é a **antitetânica**, em esquema completo ou reforço. Muitos Serviços estão atualmente vacinando as grávidas contra a **hepatite B**. Também, em caso de pandemia, recomenda-se a vacinação contra a gripe (**influenza**). O preenchimento do **prontuário da mulher e da Carteira da Gestante** faz parte da qualidade da assistência. Além de ser, o prontuário, documento com fundamento legal, ambos são formas de comunicação legítima, intra institucional o primeiro e inter institucional o segundo. Deve-se lembrar que preenchê-los quer dizer colocar os fatos ocorridos com a paciente com a veracidade e precisão devidas, bem como fazê-lo de forma a que possam ser lidos facilmente, com grafia integralmente legível. A **orientação dietética** faz parte do conjunto de informações que a gestante deve receber durante a assistência pré-natal. Admite-se que as necessidades básicas de uma grávida normal são as seguintes:

NUTRIÇÃO NA GRAVIDEZ¹

NECESSIDADES	QUANTIDADE DIÁRIA
Energia	2500 – 2550 kcal
Proteínas	38 – 60 g
Carboidratos	300 - 450 g
Gorduras	50 – 6 – g
Ferro	18 – 30 mg
Ácido fólico	400 microgramas

Quanto ao **habito de fumar**, a orientação deverá ser radical: está vetado na gravidez. Lippi et al (1993b) mostraram que, entre 1.400 pacientes sucessivas, a frequência de baixo peso no nascimento dos bebês foi de 7% entre as não fumantes e de 17,8% em fumantes. Diferença significativa, sob o ponto de vista estatístico: chi-quadrado = 15,76 p<0,0001. O risco relativo de baixo peso ao nascer, nesse grupo, foi de 1,67 (IC: 1,32 – 2,11). Quanto ao número de cigarros, Lippi et al (1986b) mostraram que a frequência de baixo peso entre os filhos de 5.855 mulheres foi de 10,5% entre não fumantes, de 17,1% entre as que fumavam de 1 a 10 cigarros ao dia e de 20,5% entre as que consumiam 11 ou mais cigarros no mesmo período. Nesse mesmo trabalho, os autores mostraram que o

1. DELASCIO, Guariento, 1970; HYTTEN, Chamberlain, 1991; CUNNINGHAM et al, 2001; TRUMBO et al (Food and nutrition board, 2001).

peso médio das crianças nascidas com 37 e 38 semanas foi de 2.787 g para mães fumantes e de 3.084 g para as não fumantes. Esses dados põem por terra a ideia errônea de que se possa admitir que a gestante fume com parcimônia. Ainda quanto ao hábito de fumar, Martinez, Wright, Taussig (1994) mostraram que, quando somente o pai é fumante, o déficit de peso ao nascer das crianças em relação aos casais em que ambos não fumam foi de 88 g.

Hoje, os dermatologistas receitam procedimentos variados de **proteção à pele**. No entanto, de maneira bem sintética, pode-se recomendar a todas as grávidas uma boa hidratação, principalmente das mamas e do abdome, e proteção solar rigorosa, com protetores farmacológicos e vestimentas apropriadas.

No que diz respeito a **bebidas alcoólicas**, conhece-se o fato de que mães que as consomem pesadamente correm o risco de terem fetos com a síndrome fetal alcoólica (BRIGGS, FREEMAN, YAFFE, 1998). No entanto, há pessoas que consomem baixas quantidades de álcool, até por tradição, como acontece com famílias europeias. Dessa forma, estabeleceu-se que o nível crítico de ingestão diária de bebidas alcoólicas é de 15 g/dia, o que corresponde a uma taça de vinho.

Quanto a **viagens**, não há restrições, inclusive de avião, já que a pressurização das aeronaves modernas preserva o bem-estar materno-fetal. Nos deslocamentos por terra, é mandatório o uso de cinto de segurança e é útil que a paciente não permaneça imobilizada por mais de 2 horas, devendo caminhar um pouco a cada intervalo desses.

O **trabalho**, em condições não exaustivas nem arriscadas, pode ser permitido até o final da gravidez. Os exercícios aeróbicos usuais são permitidos e devem até ser estimulados. Para pacientes comumente sedentárias, rápidas caminhadas são úteis. Há algumas grávidas portadoras de patologias específicas às quais se deve recomendar o sedentarismo (cardiopatas, hipertensas). A **atividade sexual** é permitida para a gestante sadia, sem restrições, com exceção do último mês de gestação. Uma orientação que não se pode deixar de fornecer é quanto ao reconhecimento do trabalho de parto ou, mais amplamente, em que condições as grávidas vão **buscar o hospital**. Deve-se deixar bem claro o que são contrações eficientes (rítmicas e dolorosas) e a importância da perda de líquido amniótico e/ou de sangue, bem como a pouca importância do chamado “sinal de parto” (Rolha tampão de Schroeder).

CONSULTA PRÉ-NATAL COM O NEONATOLOGISTA

A consulta pré-natal com o neonatologista complementa o acompanhamento realizado pelo obstetra, propiciando uma parceria entre a gestante, o pai e os médicos, tendo como foco o bebê que vai nascer (RIELLI, 2002 e MALDONADO, 1988).

ÉPOCA DA GESTAÇÃO

O terceiro trimestre da gestação é o momento mais propício para a realização da consulta pré-natal com o neonatologista, pois é nesse período que começam a se tornar mais frequentes as dúvidas a respeito da futura criança. Às vezes, em função de maior ansiedade dos pais, torna-se necessária uma consulta um pouco mais antecipada. Em geral, isso ocorre em casos de gestação de risco, em que é muito importante a uniformidade de informação entre obstetra e neonatologista para tranquilizar a família (RIELLI, 2002).

As dúvidas podem ser tantas, e a ansiedade dos pais é de tal ordem, que apenas uma consulta não será suficiente. Assim, o número de encontros com o médico poderá variar, conforme o casal.

NÚMERO DE PARTICIPANTES

A consulta pré-natal pode ser feita apenas com um casal, apresentando como vantagem a possibilidade do esclarecimento de dúvidas pertinentes àquela gestação, ou com grupos de mães e pais, o que torna o encontro mais dinâmico. Afinal, ocorre interação entre os casais. Eventualmente, poderá contar com a presença do obstetra (RIELLI, 2002 e MALDONADO, 1988).

DINÂMICA DA CONSULTA

O neonatologista deve estabelecer uma relação médico-paciente de compreensão e confiança, sem assumir o papel de “conferencista” ou “professor”. É preciso tomar cuidado para não usar terminologia técnica, muitas vezes incompreensível para os pais. É bom estar pronto para ouvi-los e entender o porquê de suas dúvidas (RIELLI, 2002).

ASPECTOS A SEREM ABORDADOS

Os casais devem explicitar as dúvidas que desejem esclarecer, mas convém elaborar previamente um roteiro mínimo para facilitar a exposição:

- O papel do pai: a gestante, que vem sendo acompanhada pelo obstetra ao longo da gestação, tem oportunidade de discutir problemas e dúvidas com o “seu” médico. No entanto, o pai também tem dúvidas e preocupações que não teve a oportunidade de verbalizar. Como a mãe tem direito a um acompanhante na sala de parto (BRASIL, 2005), o homem surge como presença importante, de modo que muitos aspectos relativos a essa participação devem ser discutidos e esclarecidos para evitar desagradáveis surpresas do encontro com o “desconhecido”;
- O recém-nascido na sala de parto: os pais devem estar cientes da presença obrigatória do neonatologista na sala de parto (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993) e ter pleno conhecimento dos procedimentos nesse local. A importância dos primeiros momentos no estabelecimento do vínculo mãe-filho, como a colocação do bebê normal junto ao seio materno logo após o nascimento, precisa ser ressaltada. As rotinas a que são submetidos os bebês, como a realização da manobra de Credé, de preceito legal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005), identificação, até o encaminhamento ao alojamento conjunto, também são fundamentais;
- O recém-nascido no alojamento conjunto: abordar a importância do alojamento conjunto mãe-bebê, o estabelecimento do vínculo mãe-filho e as vantagens daí decorrentes (SEGRE, 2002). Esclarecer dúvidas relativas às modificações que o bebê vai apresentar nos primeiros dias de vida como, por exemplo, a icterícia neonatal, a eventual presença de conjuntivite química, o eritema tóxico, choro, cólicas etc.;
- Aleitamento materno: a abordagem é imperativa. Explicar de maneira clara e sucinta os principais pontos da fisiologia da lactação, o preparo das mamas e a técnica de aleitamento (ANDRADE E SEGRE, 2002);
- Cuidados de higiene com o recém-nascido: abordar questões relativas ao primeiro banho. É aconselhável, mesmo, o uso de uma boneca, caso haja necessidade de uma demonstração prática. Cuidados com o coto umbilical devem ser esclarecidos; tirar dúvidas sobre o uso de perfumes, cremes, talcos (RIELLI, 2002), etc.;
- Prevenção de infecções: noções sobre o tema, particularmente em relação à higiene das mãos (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2002).

Outras dúvidas do casal: com frequência, pai e mãe apresentam dúvidas que fogem ao roteiro. O neonatologista deve estar preparado a respondê-las, sempre com uma informação clara.

MATERIAL NECESSÁRIO

Para que as recomendações na consulta sejam mais eficazes, é interessante utilizar um boneco para algumas demonstrações, como técnica de amamentação ou cuidados de higiene. Na demonstração do banho, é útil a colocação de uma banheira própria para bebês, além de material para curativo umbilical (RIELLI, 2002).

ASPECTOS EMOCIONAIS

Para trabalhar com desenvolvimento infantil, consideramos necessário abordar o período pré-natal nas dimensões psicológicas e sociais, além da já tradicional abordagem fisiológica. Isso significa buscar uma aproximação dos sentidos da maternidade e da família para os grupos que são objeto de nossa intervenção. Assim, ainda que seja preciso considerar a dimensão orgânica dos acontecimentos fisiológicos da gravidez e do parto, avaliamos que se deve abordar o tema maternidade como fenômeno historicamente construído e produto de construções sociais. Destacamos que, assim como são múltiplas as histórias de mulheres que vivenciam a gravidez e múltiplos os sentidos dados para a maternidade – pois as experiências são singulares –, há semelhanças referentes à linguagem social própria dos grupos aos quais pertencem (CASTRO, 2001; DEL PRIORE, 1993).

Historicamente, a valorização da maternidade acompanha as mudanças de atitude em relação à criança, que começou a “reinar” nos lares (Ariès, 1978). Se por um lado o amor materno passou a ser naturalizado e a maternidade considerada vocação natural da mulher, por outro foi revestida de um aspecto místico, divino, que contribuiu para a criação, no imaginário popular, da figura da “santa mãezinha” (Del Priore, 1993). Parece-nos necessário também destacar que a valorização da maternidade como a principal função social da mulher, revestida muitas vezes de caráter sagrado, é uma ideia que persiste em vários extratos sociais e que parece ser especialmente forte nas chamadas “camadas populares”. Isso explica em parte o fato de mulheres que engravidaram

em situação adversa, e sem planejamento, qualificarem o evento como “uma coisa maravilhosa” e muito vinculada a um projeto de realização pessoal (Silva, 1999). Assim, quando uma mulher suspeita estar grávida, ou encontra-se nos primeiros dias/semanas da confirmação da gravidez – no primeiro trimestre da gestação –, e vive a ambivalência de sentimentos característica do período, dificilmente encontrará espaço em sua rede familiar ou nos serviços de saúde para falar de dúvidas, fantasias e medos. A expectativa dos que compõem seu grupo social (companheiro, familiares e amigos) e dos próprios profissionais de saúde é a de que a mulher sente e expressa apenas a felicidade proporcionada pela gestação, e que esta seja forte o suficiente para evitar conflitos psíquicos e até mesmo sociais. Cite-se, por exemplo, a carência de recursos financeiros, que faz com que o cotidiano seja ameaçador e a vinda de uma vida seja algo que vai tornar mais difícil a sobrevivência da mulher que o gesta e daqueles que dela dependem.

A consideração desses aspectos leva a propor o vínculo afetivo como eixo estruturante de nossa intervenção. É fundamental que os serviços de saúde garantam espaço adequado para o acolhimento emocional da gestante desde o primeiro trimestre.

Cabe destacar que o **acolhimento**, um dos eixos e diretrizes da Política Nacional de Humanização e da Atenção Obstétrica e Neonatal do Ministério da Saúde, é assim descrito:

“... implica a recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando- se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário. Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, notadamente se ela for adolescente.” (BRASIL, 2006).

Consideramos que o acolhimento afetivo na fase inicial propiciará à gestante melhores condições emocionais para que esteja disponível para receber as informações sobre as modificações psíquicas e corporais da gestação, sobre a importância dela, gestante, para o desenvolvimento físico e emocional do bebê, sobre o autocuidado, o que promoverá a saúde física e mental de ambos, bem como resultará em maior interesse

em aderir às atividades do acompanhamento pré-natal — como retorno às consultas, realização de exames laboratoriais e volta para consulta puerperal após a gestação.

Esperamos que os serviços de saúde passem do pré-natal convencional para o “pré-natal abrangente”, que significa a atenção aos aspectos biopsicosociais da gestante e a valorização de sua rede de apoio social, que tem como base a família.

Sabemos que os integrantes da família são importantes em todos os extratos sociais; porém, como bem indica a literatura sobre o tema, devemos considerar que em nossos dias não há uma família, mas muitos modelos de família. É desejável que tal diversidade seja observada pelos profissionais de saúde, pois conhecer o tipo de ambiente no qual a gestante está inserida poderá ser um facilitador da comunicação da mulher com sua rede social, o que resultará em maior adesão ao acompanhamento pré-natal. Fonseca (2005), num estudo em que discute as diferentes concepções de família, cita autores que indicam que, em grupos populares, a família é configurada como uma rede composta não apenas por mãe, pai e filhos, mas também por avós, tios, sobrinhos, primos, cunhados, ex-cunhados, compadres e até amigos. Em muitos casos, há uma rede de parentesco ampliada envolvida nas tarefas cotidianas e em atividades de ajuda mútua, o que oferece maiores garantias de sobrevivência para o grupo. Fonseca (2005) cita a frase lema de Vanilda, uma de suas informantes – “Onde come um português, comem dois ou três” –, quando conta sobre a disposição da entrevistada em ajudar os familiares, mesmo sendo uma viúva com cinco filhos para criar. Afinal, quando precisou, recebeu ajuda das pessoas de sua rede de apoio. A autora postula também a distinção entre vida familiar e a unidade doméstica “casa”, pois, para muitos, a vida familiar é vivida em um espaço maior, o pátio ou quintal, compartilhado por várias pessoas, uma vez que sempre há lugar para construção de um quarto para alguém. Claro que o compartilhar e partilhar nem sempre se dá sem conflitos. A capacidade de administrá-los garantirá maiores condições de enfrentamento das dificuldades cotidianas para o grupo. Em extratos sociais com maior poder econômico, ainda que ocorra aproximação do modelo de família nuclear, vários são os arranjos possíveis, com suas consequentes repercussões psíquicas. Retomando o tema maternidade, é no cenário descrito acima que muitas mulheres vivem a gestação,

integradas numa rede familiar ampliada, o que nos faz considerar que, se, como afirmado por Soifer (1980), “o parto é um fato social”, o mesmo se aplica à gravidez. Portanto, na atenção pré-natal, há que se considerar não apenas o companheiro ou marido ou namorado, mas também a família como elemento importante para aceitação da gravidez e investimento no pré-natal, incluindo-os como elementos importantes nas medidas psicoprofiláticas.

INCORPORAÇÃO DA PSICOPROFILAXIA NA ATENÇÃO À GESTAÇÃO

A preparação psicoprofilática pode se dar nas consultas individuais, nos grupos de discussão ou grupos educativos e em outros encontros da equipe de saúde com a gestante e sua família. Oferecer espaço para compartilhar as noções que a mulher tem sobre a gestação, o trabalho de parto e o parto propriamente dito, ao permitir o comentário pessoal e sua identificação com as vivências das demais componentes do grupo, proporciona a recontextualização dessas vivências. Também propicia à gestante oportunidade de fortalecer-se e viver uma experiência que poderá contribuir para seu conhecimento e desenvolvimento pessoal, bem como adquirir novas informações, proporcionadas pela equipe de saúde. É possível promover nas atividades em grupo aprendizagem sobre técnicas de relaxamento, massagens e outras abordagens corporais que resultem em maior bem-estar e conforto para a mulher. Os grupos podem ser apenas de mulheres grávidas, de casais, mistos ou incluir pessoas da rede social das gestantes. É recomendável que adolescentes sejam atendidas em grupos próprios e, quando não for possível, que se atente para as peculiaridades desta faixa etária. Quando não há local específico para tais atividades, é possível realizar “grupos de sala de espera”, em que se aproveita o tempo de espera para a consulta obstétrica.

RASTREAMENTO DE FATORES DE RISCO PSÍQUICO NO PRÉ-NATAL

Existem instrumentos de avaliação psicológica, como questionários, escalas e testes projetivos, usados para rastrear e diagnosticar transtornos emocionais na gestação e no puerpério.

Lartigue et al, em estudo realizado no México em 2008, propõe que, nos serviços de atenção básica onde são realizados os pré-natais de baixo risco, os enfermeiros, obstetras, médicos ou agentes comunitários de saúde possam fazer indagações que permitam rastrear fatores de risco

emocional na gestação. Sugere perguntar se:

- Usava métodos contraceptivos quando engravidou;
- A gravidez foi ou não planejada;
- Qual a percepção dos movimentos fetais;
- Como era o relacionamento com a própria mãe;
- Se cuidou de irmãos menores (no México, as meninas cuidadoras são conhecidas como “pequena madre”). Muitas delas sentem-se esgotadas e não tão disponíveis para assistir outra criança;
- Se perdeu irmão ou irmã na infância e se estava sob seus cuidados.

É possível, ainda, usar rotineiramente os questionários de avaliação de saúde mental, usados para a população em geral, como o de Goldberg. Ele tem algumas questões que avaliam a saúde mental de adultos, embora não específicas do período gestacional; mas, quando há alterações, estas são consideradas fatores de risco psíquico na gestação.

Quando os riscos emocionais são identificados, e é necessário proceder à avaliação psicológica, segundo Lartigue, pode-se usar a Escala de Edimburg, que demonstra bons resultados na aplicação durante a gestação. Recomenda o uso da entrevista em profundidade para completar a avaliação.

Sendo necessário o acompanhamento psicológico, é possível que seja feito individualmente ou em grupo.

É importante que a mulher receba informações sobre o desenvolvimento da gestação, sobre as transformações físicas e psíquicas esperadas nesta fase, que seja esclarecida em suas dúvidas e que se sinta acolhida pela equipe, pelo companheiro e pela rede social a qual pertence. Poder expressar seus sentimentos em relação ao bebê que está gerando e a gestação, pode propiciar sua adaptação à maternidade e favorecer a construção do vínculo com o filho.

No que diz respeito ao feto, estudos indicam que, desde as primeiras semanas de gestação, estes já têm capacidade de reagir aos estímulos que recebem durante a vida uterina, como veremos a seguir.

AS CAPACIDADES DO FETO

O advento das imagens obtidas pela ultrassonografia, usadas em estudos e rotineiramente em exames com finalidade obstétrica nos anos 70, permitiu estudar o feto em seu ambiente natural, sem oferecer riscos ao

desenvolvimento do futuro bebê. O ultrassom abriu “uma janela para o útero” (Chazan, 2008), e foi incorporado na rotina da assistência obstétrica.

Embora seja certo que a interação real começa depois do nascimento, agora o feto tem uma vida muito mais concreta. As imagens fetais permitem que o futuro bebê seja apresentado aos pais e a família muito antes de nascer: sabe-se seu sexo, suas características e pode-se acompanhar passo a passo sua evolução. Não é raro que a família da gestante seja convidada a assistir as imagens do feto na sala de estar, obtidas por meio dos exames ultrassonográficos.

Pode-se afirmar que ocorre um “nascimento virtual” (Chazan, 2008). A vida intrauterina, que antes era misteriosa e inacessível, atualmente, devido aos avanços da tecnologia, tem sido mostrada com riqueza de detalhes. O útero, que até pouco tempo atrás era imaginado como um lugar totalmente protegido, escuro, quase inacessível ao som, ao qual, acreditava-se, chegavam poucos estímulos e cuja atmosfera interna era sempre muito confortável para o feto, se revela bastante diferente dessa descrição.

Imagens do desenvolvimento fetal e observações das reações do feto à diferentes estímulos, revelam que o som, a luminosidade, bem como algumas substâncias ultrapassam a barreira uterina e são percebidos pelo feto. Estudos mostram que a “atmosfera” intrauterina muda constantemente durante a gestação. O feto modifica o ambiente em que habita e é modificado por ele, por exemplo, engole líquido amniótico e excreta. As capacidades sensoriais e motoras do feto são objeto de interesse e tem sido muito estudadas. Os primeiros movimentos costumam ser esperados e bem recebidos pela gestante, pois são sentidos como um sinal de que o feto está bem. Embora a estes movimentos se atribuam muitos significados, os que a mãe é capaz de perceber são poucos, se comparados com aqueles observados nas imagens. O repertório de movimentos fetais é amplo: movimenta o tronco, move braços e pernas, espreguiça-se, faz movimentos musculares para treinar a respiração, boceja, abre a boca, chupa, engole, move os olhos e muda bastante de posição. Os movimentos apresentam um padrão, de acordo com a idade gestacional, porém é possível identificar variações individuais (STOCCHI e FUNAYAMA, 2006).

Quanto aos sentidos humanos sabemos, hoje, que já estão bastante desenvolvidos durante a gestação, especialmente a audição. O feto é capaz de ouvir os constantes estímulos sonoros produzidos pelo corpo da gestante, como os ruídos que produz quando se alimenta ou pelos seus batimentos cardíacos. Experiências feitas com microfones que funcionam em meio líquido, indicam que os sons externos são ouvidos de dentro do útero, é claro, distorcidos pelos tecidos do corpo materno. Mães que leram contos, cantarolaram músicas ou colocaram músicas durante a gestação, notam que as crianças mostram uma preferência por contos e músicas que ouviram repetidas vezes enquanto estavam sendo geradas, demonstrando que há traços de memória deste período (Wilhem, 1997). Sem dúvida, um significado central tem a voz materna. Estudos feitos com recém-nascidos mostram que eles preferem a voz feminina e, quando são estimulados pela voz da mãe e de outra mulher, apresentam reação de procura pela voz da materna.

O conhecimento do desenvolvimento fetal tem despertado o interesse tanto do público profissional, quanto do público leigo e as informações sobre o tema circulam em revistas destinadas ao público em geral. Tomando como referência todo conhecimento produzido recentemente, podemos considerar que existe uma comunicação fisiológica e trocas perceptivas, nunca antes imaginada, entre mãe e feto durante toda a gestação. Situações ruins vividas pela mãe são percebidas pelo feto, por exemplo, se ela leva um grande susto, terá uma descarga de adrenalina que chegará a ele. Sabe-se hoje que os fetos diferem em suas manifestações individuais, havendo em sua mente registros mnêmicos, algo como uma “pré-memória”, das experiências sensoriais pelas quais passaram no período pré-natal. Alguns autores afirmam que essas inscrições passam a fazer parte da bagagem inconsciente, exercendo influência tanto sobre a personalidade pós-natal quanto sobre a conduta e o comportamento futuro do sujeito. Certamente situações de tensão e conflito fazem parte da existência humana e estão presentes no cotidiano, inclusive durante a gestação. O importante é que, dado o conhecimento que hoje se tem sobre os acontecimentos desse período, que a gestante seja acolhida, que possa falar sobre suas inquietações e, em situações muito conflitivas, que possa receber ajuda profissional para conseguir lidar melhor com o que a aflige, para preservar seu bem-estar e do futuro bebê.

SENTIMENTOS FREQUENTES NA GESTAÇÃO

A gravidez repercute emocionalmente e gera sentimentos e reações que variam de acordo com a história da mulher e características de personalidade. Porém, dois deles merecem uma atenção especial, pois se trata de sentimentos frequentes e esperados nesta fase: a regressão e a ambivalência.

Regressão: é um sentimento que leva a gestante a retornar aos aspectos mais frágeis de sua personalidade, mas que é necessário, pois favorece sua aproximação com a vida psíquica que se inicia no bebê. Também favorece que a mulher desenvolva a gestação psíquica, tão necessária para que se vincule ao filho que vai nascer.

Ambivalência: é a manifestação de sentimentos que se referem a querer e não querer e à oscilação entre desejar e não desejar o filho. É algo esperado, que pode acontecer mesmo quando a gravidez é planejada e deve ser acolhido pelos que rodeiam e assistem a mulher, pois sentimentos contraditórios coexistem em todo ser humano.

Devemos lembrar que cada gravidez implica ajustes necessários, provocados pela chegada do novo ser, pela mudança que acarretará na vida da mulher e de sua família, independentemente de tratar-se de uma primeira gestação ou das seguintes.

Como vimos acima, na gravidez ocorrem modificações fisiológicas, acompanhadas de alterações psíquicas. Estudos de autoras como Raquel Soifer (1980) e Maria Teresa Maldondado (1992) indicam que fases específicas da gravidez podem causar um aumento da ansiedade, que pode durar dias ou semanas, chegando, segundo as autoras, a produzir sintomatologia física própria.

Para Soifer (1980), são eventos psíquicos cuja magnitude pode resultar em somatizações e alterações do funcionamento corporal, chegando a autora a relacionar tais manifestações a alguns casos de aborto ou parto prematuro. Essas manifestações intensas de ansiedade caracterizam-se por fantasias bem determinadas e específicas, e é prudente o acompanhamento por profissional de saúde, capaz de trabalhar com os aspectos emocionais da gestação, para prevenir um agravamento da situação. É necessário considerar, além disso, que a gravidez é um evento social, posto que envolve não somente a mulher, mas também o companheiro, a família, a rede social da gestante, que dá sentidos dife-

rentes e pode ter diferentes maneiras de lidar com a gestação.

Para Soifer (1980), que é a autora de referência quando o tema é psicoprofilaxia da gestação, parto e puerpério, apesar das variações individuais, admite-se uma regularidade de manifestações e sentimentos que se referem ao primeiro, segundo e terceiro trimestres gestacionais.

PRIMEIRO TRIMESTRE

Geralmente, a primeira suspeita do estado de gravidez está relacionada à ausência de menstruação, mas muitas mulheres relatam também ter sentido excesso de sono. Sentem que precisam de mais tempo de sono do que estão habituadas. Mesmo dormindo mais, continuam cansadas, sonolentas. Sentem que há algo diferente acontecendo com elas, mas não sabem muito bem o que é, não conseguem nomear. Parece que além das mudanças hormonais, fisiológicas, há uma percepção inconsciente do novo acontecimento. Algumas ficam mais retraiidas, mais voltadas para si, apresentam certo isolamento.

Essa situação indica que a mulher está ingressando no estado psicológico que definimos acima como regressão. Necessária para que psiquicamente a mulher possa se identificar com o feto. Pode também ser considerado como uma defesa fisiológica, pois mais horas de repouso contribuem para que o corpo da mulher esteja em melhores condições para o trabalho que se inicia. Por sua vez, a insônia pode ser um alerta, pode ser considerada como uma expressão de uma situação de maior ansiedade diante da situação de gravidez.

O companheiro também pode ter alguma percepção da mudança. Manifesta alguns em sonhos, cujo conteúdo está relacionado ao tema gravidez: sonhos com mulheres grávidas, com bebês. Se for possível esclarecer ao homem sobre estas percepções, estará dada a oportunidade de acolhê-lo precocemente, diminuir a tensão que pode afetar o vínculo conjugal e contribuir para ele tenha melhores condições de acolher a gestante.

Se já tem filhos, muitas vezes, há alteração no comportamento, como se eles também percebessem que há uma mudança a caminho, algo que os ameaça, que ameaça a atenção que recebem da mãe. Para Soifer, trata-se da percepção da chegada de um rival, aquele que lhes tirará a mãe. Assim, em alguns casos birras voltam a acontecer, podem ficar

mais irritados, acordar chorando à noite, enfim, apresentar mudanças no comportamento perceptíveis pelos que os cercam.

Com a manutenção da ausência da menstruação, se a mulher ainda não buscou a confirmação da gravidez por exames laboratoriais, o aparecimento de outros sintomas com enjoos, vômitos, mudanças de apetite, maior sensibilidade a odores, promove a ansiedade relacionada a estar grávida, e à incerteza por não ter confirmada a gravidez.

Após confirmar a gravidez, pode sentir-se insegura, pode desejar a gravidez, e ao mesmo tempo pode também rejeitá-la. Mesmo a mulher que planejou a gravidez ou que a desejou conscientemente, pode apresentar sentimentos ambivalentes quanto a estar grávida – vale destacar que neste texto não estamos considerando as mulheres que decidem por interromper a gestação. A ambivalência afetiva é esperada na gestação e deve ser recebida com naturalidade. O importante é a maneira como os sentimentos contraditórios se mostram e são administrados, o que depende de muitos fatores como a história pessoal e relacional da mulher e o contexto no qual o estado de gravidez está sendo vivido.

Portanto é necessário investigar a história da mulher, suas relações parentais, especialmente a relação com a própria mãe, que neste período poderá assumir especial relevância para a mulher, pois poderão ser reativados sentimentos vividos em tenra idade. Situações que indicam vivências mais conflitivas merecem maior atenção. Por exemplo, algumas mulheres que decidem pela gravidez, mas inconscientemente a rejeitam, podem manifestar seu temor e rejeição por meio de sintomas como a hiperemese gravídica (vômitos em excesso) que, segundo Soifer, indicam o desejo de expulsar o feto.

Essa ansiedade inicial expressa o conflito de ambivalência, pois deseja a gravidez, mas também tem dúvidas sobre tal desejo: pode ter medo de que lhe digam que não está grávida, que foi um engano. Pode ter medo de que lhe usurpem o filho, ou pode ter fantasias de aborto. Pode temer que o ser que cresce em seu ventre a esvazie, que a consuma. Pode sentir um temor ao filho, que é um estranho, um desconhecido. Pode duvidar de sua capacidade de gestar uma criança saudável, bem como de criá-la adequadamente. É um período em que precisa elaborar e aceitar o desenvolvimento deste outro ser em seu ventre, um ser que depende totalmente da mulher que o gesta, mas que é outro, com vida própria.

As mulheres podem se beneficiar com os esclarecimentos sobre os sen-

timentos e sensações desse período, o que poderá resultar no controle da ansiedade. Em situações de maior conflito, algumas mulheres podem demandar uma ação profilática psicoterapêutica individual, destinada a ajudar a lidar com a situação da maternidade.

SEGUNDO TRIMESTRE

Neste período, podemos dizer que a gravidez já é mais social, no sentido de que as mudanças corporais são evidentes e o entorno da mulher – composto por parentes, amigos, vizinhos e colegas de trabalho – já constata a gravidez com facilidade. As transformações no corpo indicam que a gravidez “adquire características de um fato concreto”. (SOIFER, 1980). A percepção dos movimentos fetais, tão esperada por muitas mulheres, ajuda a constatar que o bebê está vivo e também indica que não poderá voltar atrás, o que poderá desencadear fantasias relacionadas à sua capacidade de dar à luz, ao medo de malformações, medo do parto, medo da própria morte.

Entretanto, a mulher também experimenta fantasias de gerar o bebê perfeito, chamado por Freud “sua majestade o bebê”, aquele que concretizará seus sonhos. Essas fantasias dão a condição de investir psiquicamente na gravidez e enfrentar os pensamentos de destruição ou de malformação.

Os movimentos podem ser sentidos por muitas como algo brusco, atos de um ser que agride com seus “chutes e pontapés”, algo que ameaça. Outras atribuem ao fenômeno características psicológicas e de personalidade que desejam que a futura criança tenha. A forma como nomeia e descreve os movimentos fetais sinaliza que a mulher os interpreta de acordo com a maior ou menor aceitação da gravidez, as expectativas com relação ao novo ser e ao desempenho do papel de mãe. A ansiedade e, às vezes, a culpa que permeiam esse período relaciona-se com o fato da gestante, por um lado sentir-se ameaçada pelo ser abrigado em seu ventre e por outro, experimentar com ele uma proximidade tão íntima e pessoal que não permite a interferência de ninguém mais.

Concomitantemente, há a necessidade de ajuste psíquico da gestante às mudanças corporais. Com o desenvolvimento da gravidez, aumenta a altura abdominal e das mamas, o que em geral não é acompanhado do imediato ajuste psíquico a tais mudanças. Tal descompasso entre a imagem corporal que construiu ao longo de sua vida e a alteração corporal

pode ser exemplificado com ocorrências cotidianas, como as tentativas de vestir roupas de antes da gravidez, e de passar por espaços reduzidos, como a roleta do ônibus ou do trem. Isso leva à constatação de que o corpo mudou concretamente.

O desconforto com as mudanças corporais e os sentimentos e fantasias despertados com a gestação podem gerar queda do interesse sexual. Na relação com o companheiro, a mulher pode sentir-se feia, ou tomar atitudes para afastá-lo. Os cuidados com os aspectos psicológicos do companheiro são muito importantes, uma vez que, quanto melhor estiver emocionalmente, mais poderá ajudar a gestante em suas aflições. Também para o homem serão reativados os conflitos com o casal parental da infância. Ele pode tanto sentir-se excluído, como pode aproximar-se da esposa para saber como é a gravidez, o que ela está vivendo, acompanhar os movimentos do bebê e sentir-se em condições emocionais adequadas para amar o filho que está sendo gerado.

É recomendado que as relações sexuais sejam mantidas durante a gravidez, devendo ser interrompidas apenas se houver indicação médica. Entretanto, o homem, por defesa, poderá fazer uma divisão entre a imagem feminina de mulher/ mãe, aquela santificada no imaginário popular e a mulher/sexual. Ao idealizar a primeira, poderá evitar relacionamento sexual com companheira. Se as fantasias de conteúdo punitivo forem mais intensas, poderá haver receio do ato sexual e aparecer impotência diante da mulher grávida, muitas vezes racionalizada como medo de ferir a criança.

A inveja e o ciúme da gravidez se expressam mediante uma clara hostilidade ou indiferença pela rejeição sexual ou com sintomas psicossomáticos. Acolher o casal que apresenta tais dificuldades poderá contribuir para melhorar o relacionamento.

Além da percepção dos movimentos fetais, outro evento marcante é o conhecimento do sexo do bebê. As expectativas da mãe e do pai por ter uma menina ou um menino, e a possibilidade do conhecimento do sexo já na gestação, fato que se tornou habitual no pré-natal, suscitam sentimentos variáveis. Piccinini et al (2004), em estudo com 39 gestantes no Rio Grande de Sul, descrevem que 53% delas relataram possuir crença sobre qual seria o sexo antes dos exames de imagem. Apenas 11% não relataram crença alguma. As implicações do conhecimento do sexo na gestação foram relacionadas a algumas atitudes: uma identificação por

correspondência de sexo (25%), que se refere à atribuição de características psicológicas e comportamentais do sexo dos genitores; à definição de um papel/lugar a já ser ocupado na família, como o é por pessoas daquele sexo (22%); e às práticas educativas (17%). Isso diz respeito ao que será ensinado e permitido para a menina ou para o menino naquela família. Oferecer espaço para que as gestantes e seus companheiros possam falar de suas fantasias poderá atenuá-las e ajudar a lidar melhor com essa fase.

TERCEIRO TRIMESTRE

Nos últimos meses, é esperado que a mulher já tenha se ajustado ao corpo grávido e aos movimentos fetais. Algumas gestantes desejam que a percepção dos movimentos fetais também seja compartilhada por outros membros de sua rede social, com a permissão de carícias na barriga e a exibição desta. Agora, a mulher encontra-se numa fase em que começa a se preparar o parto.

Gestantes participantes do estudo realizado por Piccinini et al (2004) encontravam-se no terceiro trimestre e indicaram que nessa fase há sentimentos que revelam todo um trabalho psíquico dirigido para oferecer identidade ao bebê. Isso se traduz no interesse em conhecer o sexo, como dito acima e, posteriormente, na escolha do nome. Também há tentativas de maior interação e de estabelecer comunicação com o feto por meio de carícias na barriga, uso de música, conversas e sonhos, além da atribuição de características psicológicas. Verificou-se que, ainda que a literatura indique que no final da gestação ocorre um desinvestimento do bebê imaginário, em muitas gestantes observou-se a ocorrência do uso das informações do real – como imagens feitas por ultrassonografia –, para reforçar as expectativas e sentimentos dirigidos para o bebê ideal. Tais manifestações são importantes por fornecer elementos úteis para o investimento na constituição psíquica da criança e na representação da maternidade. As principais preocupações sobre a saúde do bebê, eram relativas a malformação e prematuridade. As informações oferecidas pelos profissionais no pré-natal foram consideradas importantes fontes para dar tranquilidade sobre o bem-estar e a saúde do bebê. Quanto às repercussões psíquicas provocadas pelas modificações fisiológicas, segundo Soifer, quando o feto se acomoda com a cabeça voltada para o canal de parto, muitas mulheres experimentam uma intensa crise

de ansiedade. A autora relata que algumas gestantes sentem que algo estranho está ocorrendo. Por exemplo, contam sonhos em que a criança corre risco de cair. Quando têm uma reação mais consciente, esta é descrita como sensação semelhante à de estar em um elevador se movendo rapidamente. Para autora, a negação da ansiedade pela proximidade do parto pode levar a manifestações somáticas, como crises de hipertensão, constipação, brusco aumento de peso e à manifestação grave, que é o parto prematuro (explicações psicológicas que obviamente não excluem os determinantes fisiológicos desses eventos).

A família participa da ansiedade da gestante de um modo geral. O companheiro vive sua própria ansiedade, é mobilizado por seus sentimentos de responsabilidade, seu medo de que a esposa morra no parto e também pela ansiedade da mulher e do ambiente. Há relatos frequentes de mulheres que tem sensação de não perceber mais os movimentos de feto, associada à fantasia de sua morte. Isso acontece tanto porque neste período, o feto tem menos espaço para se movimentar, então, se move menos, como também está relacionado à diminuição da percepção da mãe e à ansiedade relacionada à proximidade do parto. Muitas mulheres resolvem essa crise com o “alarme falso”, segundo Soifer, uma forma de liberar a ansiedade e também de ensaiar o que ocorrerá logo mais, a ida para o local onde ocorrerá o parto. Nessas circunstâncias, é fundamental o acolhimento do profissional que oferece a assistência obstétrica.

Após as crises de ansiedade, o sono intenso reaparece na maioria dos

casos, possibilitando novamente o voltar-se para si própria e a negação necessária para tolerar as angústias desse momento. Como já afirmado, a ansiedade gerada pela proximidade do parto, o medo de morrer no momento de dar à luz, as preferências ou temores sobre as prováveis vias de parto – normal ou cesárea – e o desejo ou/e a dúvida sobre a capacidade de cuidar da futura criança são intensificados no final da gestação. É necessário que no último trimestre, as mulheres já tenham escolhido ou sido informadas sobre local provável do parto e desejável que tenham feito uma visita à instituição.

É recomendável que a gestante e o profissional de saúde construam o “plano de parto”, em que é definido o local, o tempo que levará para se locomover até o serviço de saúde e se deseja ter um acompanhante. Também devem ser oferecidas informações sobre procedimentos, como técnicas a serem usadas para o alívio da dor e o incentivo ao parto normal. É importante ainda que tenham recebido orientações sobre o trabalho de parto e o parto, o que poderá ajudá-las a controlar a ansiedade. Deve-se orientar sobre os primeiros cuidados com o bebê e sobre a importância da amamentação. A mulher deve ser informada sobre os seus direitos e os direitos da criança – entre eles, o ter um acompanhante, o direito da licença maternidade, o registro de nascimento gratuito do bebê. Tais esclarecimentos poderão contribuir para atenuar a insegurança e assegurar a capacidade que mulher tem de cuidar adequadamente da sua criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAPÍTULO 3 – O PRÉ-NATAL

ASSISTÊNCIA MATERNA – UMBERTO GAZZI LIPPI

- BRIGGS, G. G., FREEMAN, R. K. & YAFFE, S. J. – Drugs in pregnancy and lactation. Baltimore: Williams & Williams, 1998
- Carta de Ottawa. Primeira Conferência Internacional de Saúde, Ottawa, Canadá, 1986
- CHAVES NETTO H & SÁ R.A.M. – Obstetrícia básica, 2 ed, São Paulo, Atheneu, 2007
- CUNHA, GT – A clínica ampliada na atenção primária. São Paulo, Hucitec, 2005
- CUNNINGHAM, F. G., F., LEVENO, K. J., BLOOM S. L., HAUTH, J. C., ROUSE D. J. & SPONG C.Y. – Williams Obstetrics. 23st ed. New York: McGraw-Hill, 2010
- DELASCIO D. & GUARIENTO A. – In Briquet, - Obstetrícia Normal, (2o. Ed). São Paulo: Editora São Paulo, 1970
- GOBBI, J.E. – Rastreamento ambulatorial do diabete melito gestacional: um estudo transversal. Dissertação de Mestrado, Pós Graduação em Ciências da Saúde do Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual, 2006.
- HERBST, M. A., MERCER, B. M., BEAZLEY, D., MEYER, N. & CARR, T. – Relationship of prenatal care and perinatal morbidity in low-birth weight infants. Am J Obstet Gynecol; 189:930-3, 2003.
- HYTTEN F.E. & CHAMBERLAIN G. – Clinical Physiology in Obstetrics. Oxford (UK): Blacwell Scientific Publications, 1991.
- KAUNITZ, A. M., SPENCE, C., DANIELSON, T. S., ROCHAT, R. W. & GRIMES, D. A. – Perinatal and maternal mortality in a religious group avoiding obstetric care. Am J Obstet Gynecol; 150(7):826-31, 1984
- LIMA, J. E. G. & LIPPI, U. G. – Outpatient screening for gestational diabetes. Einstein, 4 (4): 284-9, 2006
- LIPPI, U. G., MIGUEL, C. A. A., SEGRE, C. A. M., ANDRADE, A. S. & MELO, E. – Assistência pré-natal. Influência sobre os resultados perinatais. Rev Bras Ginecol Obstet, 8: 24-8, 1986.(a)
- LIPPI, U. G., SEGRE, C. A. M., ANDRADE, A. S., COSTA, H. P. F. & MELO, E. – Fumo e gravidez. Influência sobre idade gestacional ao parto e peso ao nascer. Rev Paul Ped, 12: 10-5, 1986 (b)
- LIPPI, U. G., GARCIA, S. A. L. & GRABERT, H. H. – Assistência pré-natal. Resultados perinatais. Rev Bras Ginecol Obstet, 15:171-6, 1993.(a)
- LIPPI, U. G., GARCIA, S. A. L.; GRABERT, H. H. – Hábito de fumar e gravidez. Femina, 21: 14-24, 1993 (b)
- MARQUES J.A. & DUARTE M.F. – Gravidez – Mitos e Verdades. São Paulo, Contexto, 1997
- McDUFFIE, R.S. Jr, BECK, A., BISCHOFF, K., CROSS, J. & ORLEANS, M. – Effect of frequency of prenatal care visits on perinatal outcome among low risk women: A randomized controlled trial. JAMA; 275(11):847-51, 1996
- MARTINEZ, F. D., WRIGHT, A. L. & TAUSSIG, L. M. et al. – The effect of paternal smoking on the birthweight of newborns whose mothers did not smoke. Am J Pub Health; 84(9): 1489-91, 1994
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pré-natal de baixo risco. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1986
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Assistência pré-natal, 3^a ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Parto, aborto e puerpério. Assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Pré-Natal e puerpério. Atenção qualificada e humanizada. Brasília: Editora MS, 2006
- OSIS, M. J. D., HARDY, E., FAÚNDES, A., ALVES, G. – Fatores associados à assistência pré-natal entre mulheres de baixa renda no Estado de São Paulo, Brasil. Rev Saúde Pública; 27(1):49-53, 1993

- QUICK, J. D., GREENLICK, M. R. & ROGHMANN, K. J. – Prenatal care and pregnancy outcome in a HMO and general population: a multivariate cohort analysis. *Am J Publ Health*, 71(4):381-90, 1981
- TANAKA A.C.A. – Mortalidade Materna: reflexo da má qualidade e da desintegração dos serviços de saúde. *Jornal da Rede Saúde*, 20:5-8, 2000
- TRUMBO P. YATES A & SHHLICKER S et al – Dietary reference intakes. *J Amer Dietetic Assoc* 101:294-301, 2001
- TYSON J., GUZICK D. & ROSENFIELD C.R. et al – Prenatal care evaluation and cohort analysis. *Pediatrics*, 85:195-204, 1990
- VIDAEFF, A. C., FRANZINI, L. & LOW, D. – The unrealized potential of prenatal care. A population health approach. *J Rep Med*; 48(11): 837-842, 2003
- VILLAR, J., BA'AQEEL, H. & PAGGIO, G. et al. – WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. *Lancet*; 357(9268): 1551-64, 2001
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Antenatal care in developing countries: promises, achievements and missed opportunities: an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001. Geneve: World Health Organization, UNICEF, 2003.

CAPÍTULO 3 – O PRÉ-NATAL

CONSULTA PRÉ-NATAL COM O NEONATOLOGISTA – CONCEIÇÃO A. M. SEGRE

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Guidelines for perinatal care. 5th ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics. The American College of Obstetricians and Gynecologists; 2002.
- ANDRADE, R. & SEGRE, C. A. M. – “Aleitamento materno”. In: SEGRE, C. A. M. (ed). Perinatologia. Fundamentos e prática. 1^a. ed. São Paulo: Sarvier; 2002.p.409-23
- BRASIL. Lei nº 11.108/05, de 7 de abril de 2005. (Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 Art. 19-J e 19 L). Diário Oficial da União. Poder Executivo, Brasília: DF, 08.04.2005
- MALDONADO, M. T. & CANELLA, P. – A relação médico-cliente em ginecologia em obstetrícia. 2. ed. São Paulo: Roca, 1988
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria nº 1067, de 04 de julho de 2005. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 09 de outubro de 2006
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de assistência à Saúde. Portaria SAS/MS Nº 31, de 15 de Fevereiro de 1993. Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília: DF, 17 fev. 1993. Seção I, p. 2111
- RIELLI, S. T. C. – “Consulta pré-natal com o neonatologista”. In: SEGRE, C. A. M. (ed). Perinatologia. Fundamentos e prática. 1^a. ed. São Paulo: Sarvier; 2002. p. 338-42
- SEGRE, C. A. M. – “Atendimento ao recém-nascido. Alojamento conjunto”. In: SEGRE, C. A. M. (ed). Perinatologia. Fundamentos e prática. 1^a. ed. São Paulo: Sarvier; 2002. p. 385-90.

CAPÍTULO 3 – O PRÉ-NATAL

ASPECTOS EMOCIONAIS – CLAUDIA MEDEIROS DE CASTRO

- ARIÈS, P. – História social da criança e da família. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1978.
- BRASIL. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos), 2006.

- CASTRO, C. M. – Os sentidos da maternidade para gestantes e puérperas soropositivas para o HIV. Dissertação (Mestrado). Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2001.
- CHAZAN, L. K. – Pioneiros da ultra-sonografia obstétrica no Brasil: relatório de pesquisa de pós-doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, 2008.
- DEL PRIORE, M. – Ao sul do corpo: condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia. Rio de Janeiro: José Olympio, 1993.
- FONSECA, C. – Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. Saúde e Sociedade, v.14, n.2, p.50-59, maio-ago 2005.
- LARTIGUE, T. & MALDONADO-DURÁN, M. González-Pacheco, L. et al. – Depression en la etapa perinatal. Perinatol Reprod Hum 22:111-131, 2008.
- MALDONADO, M. T. – Psicossomática e obstetrícia. In: MELLO F°, J.(org.). Psicossomática hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- PICCININI , C. A., GOMES , A. G., MOREIRA , L. E. & LOPES , R. S. – Expectativas e Sentimentos da Gestante em Relação ao seu Bebê. Psicologia: Teoria e Pesquisa, Set-Dez 2004, Vol. 20 n. 3, pp. 223-232.
- SILVA, C. G. M. – Mulheres: casamento, AIDS e doenças sexualmente transmissíveis. Dissertação (Mestrado). Ciências Sociais, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 1999.
- SOIFER, R. – Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.
- STOCCHE T.M. & FUNAYANA C.E. – Approach to the fetal movements: a pilot study. Arq Neuropsiquiatr 68:426-31, 2006
- WILLHEM, J. – O que é psicologia pré-natal? São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.



CAPÍTULO 4

NASCIMENTO

PARTO

- Assistência materna
Umberto Gazzi Lippi

- Assistência ao recém-nascido
Conceição Aparecida Mattos Segre

- Aspectos emocionais
Claudia Medeiros de Castro

PUERPERÍO

- Assistência materna
Umberto Gazzi Lippi

- Assistência ao recém-nascido
Anna Maria Chiesa
Conceição Aparecida Mattos Segre

- Aspectos emocionais
Claudia Medeiros de Castro



Foto: Jupiterimages

PARTO

I - ASSISTÊNCIA MATERNA

As práticas adequadas à assistência ao parto normal foram listadas e analisadas pelos técnicos da Organização Mundial da Saúde (OMS) e estão listadas em quatro categorias (WHO, 1996):

Categoria A

Práticas comprovadamente úteis e que devem ser encorajadas:

- 1 – Planejar onde o parto será assistido e por quem, informando aos familiares;
- 2 – Fazer avaliação de risco na admissão ao trabalho de parto e no decorrer de todo ele. Aliás, esta prática deve ser adotada durante todo o pré-natal e em qualquer contato da gestante com o sistema de saúde;
- 3 – Monitorar o bem-estar físico e emocional da mulher no trabalho de parto e no parto;

- 4 – Oferecer fluidos, por via oral, ao longo do processo;
- 5 – Respeitar a escolha da mulher quanto ao local em que dará à luz;
- 6 – Prover serviço de trabalho de parto e parto no nível hierárquico mais simples do sistema de saúde e assegurar que possa ser feito onde a mulher sinta segurança e confiança;
- 7 – Respeitar o direito da mulher;
- 8 – Apoio afetuoso, pelos profissionais, durante o trabalho de parto e o parto;
- 9 – Respeitar a escolha da mulher quanto ao acompanhante;
- 10 – Fornecer à mulher toda informação que ela desejar;
- 11 – Utilizar métodos não farmacológicos para alívio da dor durante o trabalho de parto, como massagens e técnicas de relaxamento;
- 12 – Auscultação intermitente para o acompanhamento fetal;
- 13 – Uso único de materiais descartáveis e desinfecção apropriada de materiais reutilizáveis no trabalho de parto e no parto;
- 14 – Usar luvas nos exames vaginais, durante o parto e no manuseio da placenta;
- 15 – Liberdade para escolha de posição e movimentação durante o trabalho de parto;

- 16 – Estimular a mulher a não permanecer em decúbito dorsal;
- 17 – Acompanhamento cuidadoso do trabalho de parto – por exemplo, com o uso de partograma;
- 18 – Uso de ocitocina no terceiro período do parto, se houver risco de hemorragia após o nascimento da criança ou mesmo de uma pequena perda de sangue;
- 19 – Cortar o cordão em um procedimento estéril;
- 20 – Prevenção da hipotermia do recém-nascido;
- 21 – Contato precoce pele a pele entre a mãe e o recém-nascido e apoio para iniciar a amamentação na primeira hora após o parto;
- 22 – Exame cuidadoso da placenta e dos anexos.

Categoria B

Práticas claramente ineficazes ou perigosas e que devem ser eliminadas:

- 1 – Uso rotineiro de enema;
- 2 – Uso rotineiro de tricotomia;
- 3 – Uso rotineiro de infusão intravenosa no trabalho de parto;
- 4 – Uso rotineiro de inserção de cateter intravenoso;
- 5 – Uso rotineiro do decúbito dorsal em trabalho de parto;
- 6 – Exames por via retal;
- 7 – Uso de pelvimetria radiológica;
- 8 – Administração de ocitocina durante o trabalho de parto quando não há possibilidade de rigoroso controle;
- 9 – Uso da posição de litotomia para o parto;
- 10 – Esforço contínuo de “força para baixo” no segundo período do parto;
- 11 – Massagem e manipulação do períneo no segundo período do parto;
- 12 – Uso de ergotamínicos orais no terceiro período do parto (dequitação) para prevenir ou controlar hemorragias;
- 13 – Uso de ergotamínicos por via parenteral no terceiro período do parto;
- 14 – Lavagem intrauterina após o parto;
- 15 – Revisão rotineira (exploração manual) do útero após o parto.

Categoria C

Práticas com evidência insuficiente para que seu uso seja recomendado ou que devem ser utilizadas com reserva até que novas pesquisas as validem:

- 1 – Métodos não farmacológicos de alívio à dor, como chás, imersão na água e estimulação nervosa;
- 2 – Amniotomia precoce no primeiro período (dilatação) do parto;
- 3 – Pressão no fundo do útero no trabalho de parto;
- 4 – Determinadas manobras para proteger o períneo e manipulação da cabeça fetal no momento do parto;
- 5 – Manipulação ativa do feto no momento do parto;
- 6 – Ocitocina de rotina, tração moderada do cordão ou combinação dos dois na dequitação;
- 7 - Clampeamento precoce do cordão umbilical;
- 8 - Estimulação do mamilo para promover a contração uterina na dequitação.

Categoria D

Práticas frequentemente usadas de modo inadequado:

- 1 – Restrição de alimentos e líquidos durante o trabalho de parto;
- 2 – Controle da dor por agentes sistêmicos;
- 3 – Controle da dor por analgesia peridural;
- 4 – Monitoragem fetal eletrônica;
- 5 – Colocação de máscaras e luvas estéreis durante a assistência ao trabalho de parto;
- 6 – Toques vaginais repetidos ou freqüentes, especialmente por mais de um profissional;
- 7 – Altas doses de ocitocina;
- 8 – Mobilização da paciente, durante o período expulsivo, do lugar onde o trabalho de parto se desenvolveu para outro;
- 9 – Cateterização vesical;
- 10 – Estimular a mulher a fazer força para baixo, fora dos “puxos”;

- 11 – Adotar uma atitude rígida quanto à duração do período expulsivo, quando as condições maternas e fetais são boas e o parto está em evolução;
- 12 – Parto operatório;
- 13 – Uso rotineiro ou liberal da episiotomia;
- 14 – Exploração manual do útero após o parto.

Deve-se entender que a Organização Mundial da Saúde, ao estabelecer um conjunto de procedimentos, visa atender às necessidades e aos usos de todos os países. Uma simples leitura da sequência anterior põe à mostra o fato de que várias práticas já não são adotadas em nosso meio e outras são severamente condenadas. Embora essas orientações sejam baseadas em evidências, algumas das atitudes preconizadas ou não recomendadas não têm aceitação unânime.

Outro ponto que deve ser salientado é que essa listagem comprehende a tecnologia apropriada para assistência ao parto normal, assim definido pela própria OMS:

Parto normal é aquele que tem início espontâneo, baixo risco em seu início e que assim permanece no trabalho de parto e no parto. A criança nasce espontaneamente em apresentação cefálica fletida entre 37 e 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto, mãe e criança mantêm-se em boas condições.

Na mesma publicação já citada os técnicos da OMS afirmam que, como em muitas gestações de alto risco o parto desenvolve-se de forma normal, várias das recomendações são aplicáveis para esses casos. Deve-se, porém, afirmar o oposto – que esses pontos são plenamente aplicáveis aos partos normais e nem sempre aos de alto risco. Querer atribuir-lhes o valor que não têm para as situações não contempladas leva a mal-entendidos e aplicação equivocada das regras.

Analisaremos algumas dessas posturas

É de máxima importância que os prestadores de assistência à saúde, especialmente pré-natal, tenham determinado nitidamente para onde

as parturientes deverão dirigir-se para o parto. Essa informação nem sempre é muito clara nas grandes cidades, onde as mulheres fazem, por vezes, um longo périplo até que sejam recebidas por uma unidade de saúde para seu parto. Mas isso também ocorre em pequenas comunidades, que não dispõem de profissionais de saúde com competência para dar assistência ao nascimento e dependem da boa vontade e da disponibilidade de municípios maiores. Na verdade, essa situação não é apanágio de comunidades muito pequenas – ocorre em várias cidades periféricas aos centros metropolitanos. Deve ficar muito claro que nem sempre as comunidades têm condições para dar assistência de qualidade ao parto. Estão, porém, obrigadas a encaminhar as mulheres, com certeza de recebimento, para outros centros. A responsabilidade pela assistência à saúde, especificamente à perinatal, não pode ser delegada. Para uma gestante, buscar ao acaso um local onde dar à luz pode significar graves complicações, como sofrimento fetal, rotura uterina, etc., além de profunda sensação de insegurança.

Então, dentro dos objetivos deste programa de desenvolvimento infantil, **a certeza da existência de um local para dar à luz de forma digna e segura é obrigatória**, e este deve, preferentemente, ser bem aceito pela mulher. Essa afirmação pode implicar a escolha não de um hospital, mas de uma casa de parto ou do próprio domicílio. Isso tem, no entanto, implicações profundas quanto à segurança, já que nosso sistema de saúde, em geral, não está preparado para dar apoio aos partos extra-hospitalares.

Não é possível fazer comparações com países como a Holanda, onde o número de partos domiciliares é grande, mas há apoio de profissionais de saúde e suporte de um hospital.

Outro ponto importante é o respeito à hierarquia do sistema de saúde. É compreensível que muitas mulheres desejem ter o parto nos hospitais de maior complexidade. Atender, porém, a esse anseio implica sérios problemas administrativos, já que essas unidades de nível terciário devem estar preparadas para atender no máximo 20% dos partos da região abrangida, exatamente os de maior risco. A tentativa de receber um nú-

mero superior, sem que a avaliação de risco assim o determine, resulta na implosão de um sistema complexo, criando carência de vagas para os que as necessitam de fato.

Em nosso meio, a assistência ao parto tornou-se praticamente um ato médico. Isso não significa, contudo, que esta ideia não deva ser revista, já que a literatura tem mostrado o papel importante que a obstetriz ou a enfermeira obstétrica pode executar.

Veja este exemplo:

Frequência de cesáreas entre pacientes atendidas por enfermeiras obstétricas supervisionadas e por médicos obstetras (BLACHETTE, H, 1995 - BERKELEY – CA).

TIPO DE CESÁREA	ENF. OBST. N = 496	OBSTETRAS N = 611
Primária	52 (10,5%)	113 (18,5%)*
Iterativa	13 (2,6%)	48 (7,9%)*
Total	65 (13,1%)	161 (26,4%)*

*p < 0,05

A tabela mostra que, de modo estatisticamente significante, no grupo de pacientes cujos partos foram assistidos por enfermeiras obstétricas, supervisionadas por obstetras, a frequência de cesárea foi 50% menor que entre as mulheres atendidas exclusivamente por médicos obstetras. Por si só esse já é um benefício ponderável. Deve-se lembrar também que, de maneira geral, a atuação da enfermeira obstétrica tende a ser mais próxima e permanente que a do médico, o qual dificilmente pode dedicar muitas horas seguidas a esse *mister*. Pela própria condição de mulher e, às vezes, de mãe, a enfermeira obstétrica costuma mostrar-se mais sensível aos anseios da parturiente.

Em locais onde não é possível contar com profissionais de saúde, até mesmo pessoas da comunidade (parteiras empíricas) podem ser treinadas para dar assistência ao parto, o que já foi demonstrado ser eficaz, como no projeto Galba de Araújo (1981). Há quase um século dizia Fernando Magalhães (1917): "Em Obstetrícia, os diagnósticos se sucedem". Nos dias atuais, certamente poder-se-ia acrescentar: "Em Obstetrícia, os riscos surgem ou mudam de características em qualquer momento da gravidez, do parto ou do puerpério". Não é senão por esse motivo que

a avaliação de risco tem de ser feita permanentemente, em todas as consultas de pré-natal, durante todo o trabalho de parto, no parto e no puerpério. Durante a puerperalidade, deve-se preconizar a avaliação de risco em qualquer contato da mulher com o sistema de saúde. De uma forma empírica e intuitiva isso é feito por qualquer profissional que tenha atividade junto a grávidas, parturientes e puérperas. O mais correto, porém, é estabelecer um instrumento de graduação de risco com base em evidências científicas, de acordo com as normas que orientam o trabalho sob o enfoque de risco. Apenas para exemplificar, praticamente toda cesárea de urgência é indicada porque surge um fator a comprometer a saúde ou a vida, especialmente do feto, mas também da mãe.

O apoio afetuoso por parte dos profissionais que assistem a parturiente é a base, o cerne, o próprio fundamento da humanização do parto. O tratamento desrespeitoso, grosseiro, frio, impessoal agrava as inseguranças de quem já está em situação de fragilidade. Além desse predicado, exige-se, obviamente, competência técnica. O profissional socialmente deseável na assistência à mulher em trabalho de parto e no parto deve associar ambas as qualidades. Outro aspecto importante é que o número de profissionais que participem desse processo seja limitado e efetivamente designado para atender a paciente que lhe for destinada – e não para desempenhar múltiplas tarefas. Isso evitaria a ocorrência de casos como aquele emblematicamente descrito por Hodnett (2003), no qual uma parturiente, durante seis horas em trabalho de parto, foi examinada por 16 profissionais e assim mesmo permaneceu sozinha grande parte do tempo.

Outro tema relevante é o acompanhante da mulher em trabalho de parto e no parto. É fundamental que seja alguém de sua escolha, que lhe incuta confiança e proporcione amparo. Entenda-se que o acompanhante não deve ser um mero assistente. É muito interessante que receba um pequeno treinamento para que, além do conforto físico e psicológico que sua presença confere, ampare fisicamente a parturiente, ajudando-a a assumir atitudes antiálgicas e a praticar massagens, que são formas não farmacológicas de alívio à dor. Esse é um aspecto importante em relação à postura da equipe de saúde durante o trabalho de parto (ASHFORD, 2009). A não ser que haja uma indicação formal e muito bem fundamentada para determinar a restrição da paciente no leito (quando então o decúbito lateral é mandatório), a parturiente poderá adotar a posição que melhor lhe aprovou.

Outro personagem que pode oferecer amparo à parturiente é a doula. Trata-se de uma pessoa sem habilidades profissionais específicas para a assistência ao parto, mas com experiência em amparar, confortar e apoiar. Zhang et al (1996) mostraram o impacto da presença dessa pessoa ao lado da mulher.

Suporte emocional por doula

(ZHANG, BERNASKO, LEYBOVICH et al, 1996):

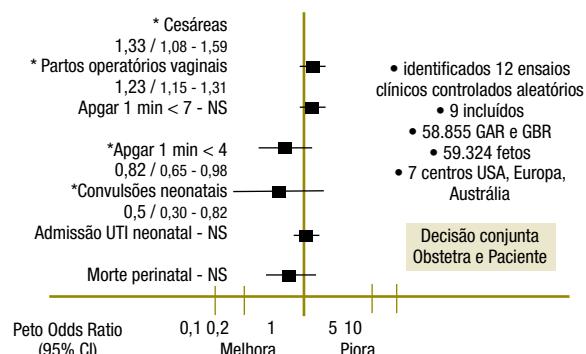
- Reduz em 25% o tempo de dilatação;
- Reduz em 50% a indicação da cesárea;
- Reduz em 40% o uso de oxitocina;
- Reduz em 60% a necessidade de peridural;
- Reduz em 25% a necessidade de fórceps.

No decorrer de todo o processo do trabalho de parto e do parto, a mulher deve ser informada sobre a evolução, os achados de exame físico (principalmente toque e ausculta fetal), a avaliação da equipe de saúde acerca do prognóstico quanto ao parto e os eventuais medicamentos administrados ou prescritos. Esse é um momento de trocas; a opinião de quem está de fato vivendo o processo tem de ser acatada ou, se for totalmente inadequada, discutida, na tentativa de convencer a gestante sobre a validade de ações diferentes das que imagina. A colaboração da mulher cresce à medida que ela tem conhecimento do que está ocorrendo – provavelmente o próprio limiar de dor sobe, exigindo menos fármacos. Há uma tendência, estimulada pela indústria de equipamentos médicos, de usar métodos eletrônicos para acompanhar o trabalho de parto. Embora tenham seu mérito indiscutível em condições de alto risco, são absolutamente dispensáveis nos parto de baixo risco. A utilização do estetoscópio de Pinard é perfeitamente aceitável se o profissional estiver treinado para usá-lo para a ausculta. Quando possível, recorre-se a um sonar, que tem baixo custo e é fácil de usar. Está demonstrado – conforme se pode notar na figura abaixo, através de metanálise realizada sobre 58.855 gestações de alto (GAR) e de baixo risco (GBR) (THACKER SB et al, 2001 e 2006) – que a monitorização eletrônica aumenta de forma significativa a frequência de partos operatórios. A elevação é de 33% (cesáreas) e 23% (partos operatórios por via vaginal). É bem verdade que cai em 18% a frequência de crianças fortemente deprimidas, isto é, com escore

de Apgar de 1 minuto menor que 4, e diminui em 50% o número de convulsões neonatais. No entanto, não se alteram as internações em unidade de tratamento intensivo neonatal (UTI) nem a frequência de crianças moderadamente deprimidas (escore de Apgar <7) no primeiro minuto.

CTG X AUSCULTA INTERMITENTE DOS BCF NO TP

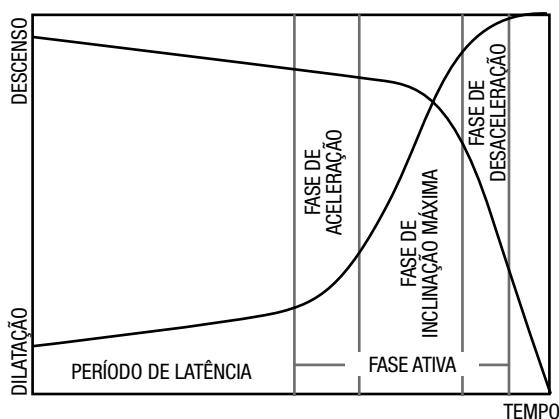
Thacker SB, Stroup D, Chang M - The Cochrane Library - 2012 - Issue 9



Em 1954, Friedman criou o partograma, um método elegante, de simples feitura e baixíssimo custo, útil para diagnósticos (à simples visualização de seu traçado) e capaz de permitir diagnósticos sobre a evolução do trabalho de parto e prognósticos perinatais. Como não precisa ser elaborado pelo médico (pode ser feito por qualquer profissional treinado), seu uso é recomendado nos mais diversos níveis hierárquicos em que se faça assistência ao parto. Embora sejam plenamente dispensáveis em circunstâncias especiais, poderão ser usadas curvas de alerta no partograma conforme proposto por Philpot (1972). O partograma de Friedman é constituído por um gráfico que tem nas abscissas a marcação do tempo, na ordenada à esquerda a dilatação do colo em centímetros, e na da direita a descida da apresentação no canal de parto segundo os planos de De Lee. O plano 0 (zero) corresponde à altura das espinhas ciáticas no estreito médio da bacia. A cada centímetro acima vai sendo dado um valor negativo (-1, -2...), e a cada centímetro abaixo um valor positivo (+1, +2...). Em relação à ordenada da esquerda, a dilatação é registrada centímetro a centímetro cada vez que se examina a paciente bem como se marca um ponto para a descida da apresentação, tendo por base a ordenada da direita. Dessa forma, no decorrer do trabalho de parto serão desenhadas duas linhas, a da dilatação e a da descida, conforme mostra o padrão abaixo. O gráfico indica que a evolução do trabalho de parto

não é linear – há períodos de evolução mais lenta e outros de andamento mais acelerado. A simples observação da figura abaixo que se vai construindo durante a evolução do trabalho de parto é possível depreender se a evolução está sendo a contento ou se há alguma anomalia.

PARTOGRAMA DE FRIEDMAN



Evolução da Dilatação e da Descida da Apresentação

Atualmente, a recomendação para que haja contato pele a pele entre a mãe e a criança, imediatamente após o nascimento, é das mais incisivas. Essa prática, além de se constituir um estímulo precoce à lactação, tem importância fundamental na formação do vínculo.

Nunca é demais chamar a atenção para a importância de assepsia ao examinar as parturientes. Também não é exagero afirmar que muitos profissionais praticam os exames (especialmente os toques vaginais) de maneira indevida. Mãos bem lavadas e enluvadas e uso de lubrificante aséptico são práticas obrigatórias. Também é obrigatório que seja seguida a técnica adequada para a evolução do toque, deixando o fundo de saco vaginal para o final do exame. A esterilização do material cirúrgico (pinças hemostáticas, tesoura, porta-agulhas e outros) deve ser primorosa.

Examinar a placenta, as membranas e o cordão é técnica simples, de baixo custo e eficaz para evitar a permanência de restos placentários no interior da matriz, o que trará, sempre, consequências indesejáveis, quer sejam elas hemorrágicas ou infeciosas, causam uma alteração no estado físico da puérpera, o que significa prejuízo nos cuidados com o recém-nascido. A recomendação da OMS, não fazer revisão sistemática

da cavidade uterina, somente implicará um grau de segurança aceitável se for realizado o exame da placenta e anexos.

Das práticas consideradas perigosas ou ineficazes pela OMS, várias já foram eliminadas. Isso ocorreu com o enema e com a tricotomia ampla. Ambos não se mostraram úteis na assistência obstétrica nem trazem vantagens para a mulher ou a criança. Quanto à tricotomia, é praticada de forma seletiva: suprapúbica para as pacientes que serão submetidas a cesárea e na porção lateral do períneo, onde eventualmente será praticada a episiotomia quando a expectativa for de parto vaginal.

Totalmente sem sentido é puncionar uma veia periférica com o intuito de administrar líquidos para uma parturiente normal. Como não há impedimento para que ela receba líquidos claros por via oral, não há razão para administração parenteral. Em relação aos outros itens citados neste tópico, o que se observa ainda com certa frequência é o uso da posição clássica de litotomia para o parto, especialmente nas maternidades mais antigas e com menos recursos, que se valem de mesas cirúrgicas para os partos. Essas mesas não conseguem verticalizar a paciente e deixá-la minimamente confortável. A simples observação da atitude da mãe ao empregar a prensa abdominal durante os “puxos” mostra que ela busca a posição mais vertical possível naquelas condições. Devido à compressão de grandes vasos e à posição relativa da bacia – menos adequada que na verticalização –, é necessário abandonar de vez essa prática.

Posição Materna no Segundo Período

(GUPKA, NIKODEM 1999)

18 estudos comparando posição vertical ou lateral com supina ou de litotomia:

- Redução do 2º período: -5,4 min (IC: -3,9)
- Redução nas episiotomias: OR=0,73 (IC: 0,64 - 0,84)
- Redução da dor referida 2º per.: OR=0,59 (IC: 0,41 - 0,83)
- Redução de anormalidades na FCF: OR=0,31 (IC: 0,11 - 0,91)
- Aumento nas roturas perineais 20 g: OR=1,30 (IC: 1,09 - 1,54)
- Aumento da perda sanguínea estimada: OR=1,76 (IC: 1,34 - 3,22)

OR: Odds ratio

IC: Intervalo de confiança

FCF: Frequência cardíaca fetal



Foto: Divulgação

Cama PPP (pré-parto, parto e pós-parto)

O quadro acima mostra que todos os itens tiveram significância estatística, isto é, reduziram-se o tempo do período expulsivo (segundo período), a necessidade de episiotomias, a dor referida no período expulsivo e as anormalidades da frequência cardíaca fetal, também nessa fase. Aumentaram as roturas perineais de segundo grau (até musculatura) e as perdas sanguíneas. Quanto à estimulação das mulheres para que façam “força para baixo” fora dos puxos, não influencia a ocorrência do parto e desgasta a parturiente. Alguns profissionais associam esse procedimento incorreto a outro também errôneo e prejudicial: a massagem perineal. Esta não só desfavorece o parto como causa trauma local e dor no puerpério. Das práticas que, na avaliação da OMS, não têm evidências suficientes para serem colocadas em prática, pelo menos duas merecem comentário especial. A amniotomia precoce é combatida por muitos estudiosos, porque privaria o feto de um coxim protetor e favoreceria a compressão do polo cefálico e o aparecimento de fenômenos vagais, como as desacelerações precoces. Outros a defendem porque seria um procedimento capaz de reduzir a duração do trabalho de parto de forma significativa, além de ter outras vantagens (FRASER et al, 1999).

AMNIOTOMIA PRECOCE (FRASER, TURCOT, KRAUSS ET AL, 1999)

Redução do tempo de trabalho de parto

60 a 120 minutos

Risco para cesárea

OR: 1,26 (IC: 0,96 - 1,66)

Apgar 5 min < 7

OR = 0,54 (IC: 0,30 - 0,96)

Diminuição do uso de oxitocina

OR = 0,79 (IC: 0,67 - 0,92)

OR: Odds ratio

IC: Intervalo de confiança

Esse quadro mostra que, com a amniotomia precoce, há evidente redução do tempo de trabalho de parto, cai o risco de depressão neonatal aos 5 minutos (Apgar <7) e o uso de oxitocina, essa potente substância promotora da contração uterina. O risco para cesárea não aumenta do ponto de vista estatístico.

Quanto à secção do cordão umbilical, não há consenso entre os autores sobre qual o melhor momento para realizá-la (ENKIN et al., 2005). Feita precocemente, permite manobras de ressuscitação imediatas. Também parece serem menores os níveis de bilirrubina no sangue do recém-nascido. Retardada, ajuda na transfusão de sangue da placenta para o feto (até 20 a 50% do volume sanguíneo da criança). Para recém-nascidos prematuros, já se demonstrou que o retardo por 60 a 120 segundos na secção do cordão evita transfusões por anemias e hemorragia intracraniana (HODNETT, 2003). Segundo Enkin et al. (2005), 30 segundos já são suficientes para um grande benefício.

Das recomendações feitas pela OMS, é muito interessante a que se refere a não tirar a paciente, para dar à luz, do local onde se desenvolveu o trabalho de parto. As salas "*home like*" ou PPP (pré-parto, parto e pós-parto) atendem a esse requisito, e os resultados perinatais mostraram-se adequados com seu uso, conforme dados de Hodnett, 2003 abaixo:

EQUIPAMENTO "HOME LIKE" X TRADICIONAL PARA O PARTO

Cochrane Library, 28/09/1998

Cinco estudos randomizados envolvendo 8000 mulheres

Redução da necessidade de analgesia/anestesia

OR = 0,82 (IC: 0,72 - 0,93)

Redução de alterações na FCF

OR = 0,72 (IC: 0,63 - 0,81)

Aumento na mortalidade perinatal

OR = 1,49 (IC: 0,79 - 2,78)

OR: Odds ratio

IC: Intervalo de confiança

FCF: Frequência cardíaca fetal

Observa-se, pelo quadro, que com o uso desse equipamento diminuem significativamente a necessidade de analgesia/anestesia e as alterações na frequência cardíaca fetal, sem que haja, de modo estatisticamente significante, aumento da mortalidade perinatal.

Nas salas PPP, colocam-se mesas/camas que se transformam de uma para outra com a maior facilidade. Quando essas estruturas estão preparadas para a expulsão fetal, o encosto fica verticalizado, facilitando o

posicionamento da paciente. Nesses locais, os objetos utilizados para a assistência (pinças, tesouras, material para anestesia etc.) não ficam à mostra, sendo expostos tão somente na hora do uso. Dispõe-se de poltronas para acompanhante, para o profissional de saúde e para a própria paciente, se ela assim o desejar. Há facilidade para banhos aquecidos e eventualmente instrumentos para que a parturiente os utilize como métodos antiálgicos ("cabalinho", bola). A privacidade fica preservada e existe espaço para que a mulher se movimente com liberdade. É fácil imaginar o incremento da qualidade desse sistema em relação ao tradicional, com grandes salas e múltiplas camas de trabalho de parto, sem privacidade, sem acomodação para acompanhantes, com impedimento à circulação e banheiro comum. Estas ainda persistem em hospitais mais抗igos, mas deveriam ser banidas totalmente.

A administração de medicamentos durante toda a gravidez deve ser judiciosa. No trabalho de parto e no parto, deve ser tomado cuidado redobrado para a prescrição de ocitócicos. A ocitocina deve ser aplicada com indicações precisas: indução de parto nas condições clínico-obstétricas que impõem essa atitude; condução do trabalho, especialmente nos casos de distocia funcional hipotônica e após a dequitação, principalmente se houver risco de hemorragia (gemelar, macrossomia, grande multiparidade). Há grande risco em se aplicar a droga durante o trabalho de parto sem supervisão adequada. A possibilidade de taquisistolia, hipersistolia e hipertonia que conduzem à anoxia fetal e até à rotura uterina é um risco real.

Indicação precisa e tecnologia apropriada para a administração são essenciais para o uso do medicamento. Quanto aos ergotamínicos, pode-se afirmar que devem ser utilizados somente em hemorragias por falta de contratilidade adequada do útero e não controláveis de outra forma (ocitocina inclusive). A revisão intrauterina não deve ser praticada rotineiramente. É, porém, obrigatória quando são feitas manobras intracavitárias ou nas aplicações de fórceps. Neste último caso, é mandatória também a revisão cuidadosa do colo com sutura bicomissural, revisão da vagina, vulva e períneo, com reparo de lesões porventura existentes. Há autores que recomendam essa revisão de colo, vagina, vulva e períneo, com sutura bicomissural rotineira do primeiro, em todos os partos vaginais; porém, sua factibilidade depende de a paciente estar ou não sob analgesia adequada.

Um problema em relação à assistência ao parto normal ainda em discussão é a prática rotineira da episiotomia. A tabela abaixo mostra o resultado de metanálise de Carroli & Belizan, 1999 sobre o tema]:

O USO DA EPISIOTOMIA (CARROLI, BELIZAN 1999)

Grupo episiotomia restritiva - 27,6% - 673/2441

X

Grupo episiotomia de rotina - 72,7% - 1752/2409

Trauma perineal posterior: RR = 0,88 (IC: 0,84 - 0,92)

Necessidade de suturas: RR = 0,74 (IC: 0,71 - 0,77)

Complicações pós-operatório: RR = 0,69 (IC: 0,56 - 0,85)

Trauma perineal anterior: RR = 1,79 (IC: 1,55 - 2,07)

Trauma vaginal ou perin. sev.: RR = 1,11 (IC: 0,83 - 1,50)

Dispareunia: RR = 1,02 (IC: 0,90 - 1,16)

Incontinência urinária: RR = 0,98 (IC: 0,79 - 1,20)

OR: Odds ratio

IC: Intervalo de confiança

Pós-oper: Pós-operatória

Vag: Vaginal

Sev: Severo

Quando se comparou o grupo em que 27,6% das pacientes tiveram episiotomia com aquele no qual 72,7% sofreram a intervenção, observou-se diminuição de trauma perineal, necessidade de suturas e complicações pós-operatórias, mas aumento do trauma perineal anterior (melhor denominado trauma vestibular). Esta é uma complicação extremamente indesejável, por atingir uma região do genital feminino muito sensível e muito frágil aos traumas. Importante, porém, é assinalar que não houve diferenças estatisticamente significantes quanto a ocorrências extremamente indesejáveis nos tempos posteriores ao parto, ou seja, quanto à dispareunia e à incontinência urinária de esforço. Algumas conclusões podem ser tiradas da análise desses números. A primeira é que não há diferenças quanto à dispareunia nem quanto à incontinência urinária. Considerando que os adeptos da restrição batem-se pelo aumento da dor na relação sexual das que sofreram a incisão

ampliadora, e que os adeptos da prática rotineira admitem que há mais incontinência urinária entre as mulheres que não a sofrem, pode-se ver que a metodologia estatística acima aplicada não dá razão a nenhum deles. Outra leitura que se pode fazer é que uma proteção perineal por pessoa treinada realmente resulta em períneo íntegro. Isso nem sempre garante a integridade dos feixes musculares. Ora, se não há incisão, é óbvio que não há necessidade de suturas nem complicações pós-operatórias, eventos dos quais as mulheres são protegidas pela episiotomia seletiva. No entanto, o aumento de 79% no trauma da região perineal anterior (trauma vestibular) quando se usa a episiotomia de modo restritivo é um fato que deve ser temido pelos obstetras. Trata-se de lesão sobre tecidos extremamente delicados e frágeis (região do clitóris e da uretra), cuja sutura não é simples e cuja cicatrização pode deixar sequelas.

Quanto às lesões perineais graves, não há diferença entre os grupos. As discussões acerca do parto operatório são infundadas. Deve-se lembrar de que já em 1920, De Lee preconizava o fórceps de alívio como um procedimento para preservar a mulher do desgaste do período expulsivo e a criança desse período estressante. Ele desconhecia o fato, somente esclarecido muitos anos depois com os trabalhos de Saling, de que, nesse estágio, no assoalho pélvico o sangue fetal revela os valores mais baixos do pH, ainda que dentro da normalidade. Niswander, em 1973, publicou uma grande revisão sobre recém-nascidos de parto normal e de fórceps baixos, dividindo a população por raça, paridade e tempo de gravidez acompanhando essas crianças até a idade escolar. Verificou que a maioria dos indicadores perinatais estudados era melhor nos recém-nascidos por fórceps que de parto normal. Foi uma época em que se difundiu muito a prática do fórcepe de alívio, a ponto de vários obstetras o praticarem rotineiramente. As fantasias decorrentes de aplicações desastrosas de fórcepes altos e de aplicações tardias do instrumento em outras ocasiões, além do aumento da segurança das cesáreas, deram origem a um grande temor nos médicos quanto ao uso do instrumento, que passou a ser rejeitado por parte das pacientes. Caiu o número de aplicações, reduziu-se o treinamento e, atualmente, a prática é pouco frequente, restrita a obstetras experientes – e somente com fórcepes de alívio. Isso traz um prejuízo à prática obstétrica, pois muitas cesáreas seriam evitadas com fórcepes baixos aplicados por profissionais devidamente treinados.

Já no que tange à cesárea assistiu-se, nos últimos 40 anos, a uma explosão da sua prática. Frequências que nem chegavam a dois dígitos atingiram valores extremos. O Brasil, especialmente no setor de convênios e na iniciativa privada, ostenta cifras inimagináveis para atender a um fenômeno natural.

O aumento do número de cesáreas pode ser atribuído a três grupos de fatores. O primeiro comprehende os fatores positivos – ou seja, que envolvem condições em princípio benéficas, mas elevam a quantidade de cesáreas. São eles:

- Trabalho sob enfoque de risco: conhecendo evidências que podem representar risco materno ou fetal, muitas vezes opta-se pela cesárea a fim de salvaguardar o bem-estar de ambos. Isso pode ser salutar, porém, não se deve esquecer de que as evidências são probabilísticas;
- Melhor conhecimento sobre efeitos da hipo ou anoxia intrauterina: muitas vezes, há suspeita de que a oxigenação esteja prejudicada (por exemplo, mecônio em trabalho de parto) e, por falta de propedêutica mais precisa disponível, o obstetra dá preferência à retirada do feto por cesárea;
- Aplicação da propedêutica instrumental de forma apropriada e com indicações adequadas: o novo arsenal propedêutico trouxe mais segurança na assistência, principalmente nos casos de alto risco, revelando anomalias no bem-estar fetal de forma precoce e induzindo à prática da cesárea.

Os fatores negativos são aqueles que, além de indesejáveis, fazem aumentar de forma inconveniente a frequência de intervenções. Incluem:

- Formação profissional inadequada: os médicos que atendem partos são formados, geralmente, em instituições de referência, que lidam com muitos casos de alto risco, para os quais a cesárea está indicada, até eletivamente, fora de trabalho de parto. O costume da indicação faz com que isso pareça o normal, e assim é internalizado. Outro aspecto falho é que as mesmas instituições que estão ensinando esses profissionais formam-nos também na área de ginecologia. Os casos de ginecologia ins-

titucionalizados são, como regra, aqueles que necessitam de resolução cirúrgica, e isso passa a parecer o recomendável em qualquer situação de atenção à mulher. Além disso, por razões variadas, os novos obstetras têm dificuldade em praticar intervenções por via vaginal (fórceps de alívio, por exemplo). Por isso, na evolução de um parto, em paciente euciésica, se ocorrer qualquer alteração em relação ao esperado, eles preferem retirar o feto por cesárea a corrigir a evolução com o risco de ter que praticar uma tocurgia por via vaginal;

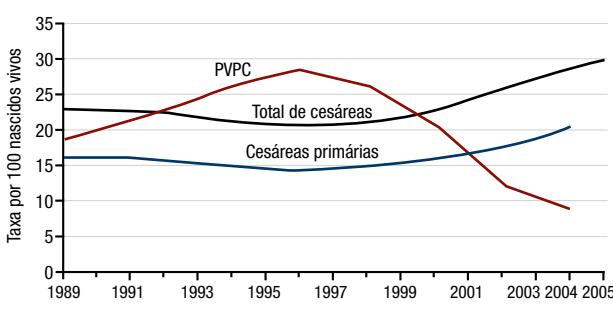
- Comodidade do médico ou da paciente: trata-se da prática de retirada de fetos por cesárea em datas ou horários mais convenientes. É, por exemplo, a razão da falta de vagas em maternidades em vésperas de feriados prolongados. Um aspecto da comodidade para o médico é a economia de horas. Para realizar a cesárea, o gasto de tempo é irrigoso em relação ao despedido num parto normal;
- Distorções quanto ao planejamento familiar: é a crença de que a laqueadura tubária deve ser feita ao final de uma gravidez. Tão falsa como essa é a de que é preciso fazer cesárea para laquear no parto. Em tempos anteriores, a laqueadura era proibida por lei e realizada veladamente durante uma cesárea. Com o aviltamento das remunerações, combinar com a paciente a feitura da laqueadura junto com o parto, mas com pagamento fora do coberto pelos convênios (especialmente Previdência Social) passou a ser uma maneira não ética de complementar honorários médicos;
- Fator econômico: o item anterior aborda um desses aspectos. Outro é a cobrança diferenciada por tipo de parto;
- Má interpretação da propedêutica obstétrica: se, de um lado, as metodologias mais modernas podem ser muito úteis, de outro podem levar a intervenções por distorção na interpretação de seus resultados, especialmente se esses não forem colocados no contexto da clínica e do restante da propedêutica subsidiária. Harlow et al (1995) mostraram que, entre 6.393 primigestas sem patologias associadas, as que fizeram uma ou mais cardiotocografias anteparto apresentaram um risco relativo de 1,85 (IC: 1,60-2,14) de terem parto por cesárea; entre as que fizeram uma ou mais ultrassonografias, esse risco relativo foi de 1,31 (IC: 1,15-1,51), quando comparadas a pacientes que não fizeram esses exames;

- Falta de preparo para o parto ou informações distorcidas, especialmente influências familiares de parentes submetidas a cesáreas;
- Iatrogenia da palavra: pronunciamentos de autoridades em obstetrícia defendendo o uso amplo da cesárea. São declarações de grande influência, especialmente para médicos mais jovens ou menos atualizados.

Somados a esses, há um fator de realimentação da prática cirúrgica. A frase de Cragin (1916) – “uma vez cesárea, sempre cesárea”, dita quando as cirurgias eram feitas com incisão longitudinal do útero e resultavam em 15% de roturas uterinas em um trabalho de parto futuro – acabou sendo tomada ao pé da letra por muito obstetras, mesmo para as cesáreas segmentares.

Tanto é que, com diversas propostas para baixar o número de cirurgias (auditorias, publicação de listas de obstetras com as respectivas frequências de cesárea, alterações de honorários), a realização do parto vaginal pós-cesárea foi uma das bandeiras sobre as quais a literatura mundial mais incisivamente se manifestou. No entanto, até essa estratégia está sob discussão, e tem sido mesmo abandonada (ECKER e FRIGOLETTTO, 2007). Nos Estados Unidos, a incidência está crescendo (ver gráfico abaixo). Isso faz prever dificuldades para reverter a tendência operatória.

CESÁREAS PRIMÁRIAS, TOTAL DE CESÁREAS E TOTAL DE PARTOS VAGINAIS PÓS-CESÁREA NOS EUA



PVPC: partos vaginais pós-cesáreas

A figura indica que no início dos anos 90 houve um estímulo à prática do parto vaginal pós-cesárea, com o intuito de diminuir a frequência das intervenções, muito alta para os padrões americanos. Isso teve realmente algum efeito (note-se a queda na curva de total de cesáreas). No entanto, a partir do final da década a tendência se inverteu, por conta de complicações médicas e da insatisfação de pacientes submetidas a trabalho de parto que acabaram por dar à luz através de cesárea.

Outro tema frequentemente debatido é o alívio da dor. Parece indiscutível que constitui função primordial do profissional de saúde aliviá-la. Não se pode falar em humanização do parto se esse ocorrer permeado por dores intensas. Mas isso não quer dizer que se deva exagerar na medicalização. Também não se pode esquecer que a sensação de dor varia de pessoa a pessoa (ENKIN et al, 2005). É conveniente discutir com a mulher, durante o pré-natal, suas expectativas em relação ao assunto. As técnicas para atingir esse objetivo podem ser não farmacológicas e farmacológicas. Dentre as não farmacológicas estão as que diminuem os inevitáveis estímulos dolorosos. A mais simples é permitir a movimentação livre da parturiente e mudanças de posição. A “bola” e o “cabalinho” são instrumentos simples que contribuem para isso. Há ainda metodologias que ativam receptores sensoriais periféricos. Aqui estão os toques nos pontos sobre os quais há maior sensação algica e as massagens, que facilitam o relaxamento. A acupuntura também se coloca nesta categoria, podendo ser reforçada por estímulos elétricos (eletroacupuntura). Os banhos mornos são úteis – isso difere da imersão na água para o parto que não tem apoio em evidências científicas.

Quanto ao alívio farmacológico da dor, técnicas de analgesia/anestesia raquidiana e peridural (ou ainda combinadas) são as mais eficazes, tanto em trabalho de parto, no período de dilatação, como no período expulsivo, permitindo revisão do canal após a dequitação, o que é uma vantagem adicional. No período expulsivo, especialmente se houver episiotomia, ainda se usa, em muitos lugares, o bloqueio pudendo e a anestesia local. São técnicas absolutamente superadas, insuficientes, que não trazem alívio para a dor da distensão do canal do parto. Neste momento estão abandonadas as técnicas inalatórias em nosso meio.



Cavalinho usado em trabalho de parto

PARTO HUMANIZADO

A “humanização pode ser definida como o respeito à vida humana que inclui circunstâncias sociais, éticas, educacionais e psíquicas, presentes em todos os seres humanos e consequentemente nas relações interpessoais. Este respeito (...) deve ser suplementado pelos aspectos técnico-científicos” (ROCHA e CARVALHO, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde (2008), “o conceito de atenção humanizada (perinatal) é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbi-mortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia”. É muito interessante que essa conceituação ressalte o valor da autonomia das mulheres e o princípio de evitar intervenções (medica-

mentosas e/ou cirúrgicas) desnecessárias. Porém, de significado ainda mais importante é a distinção feita entre parto e nascimento. O parto é um fenômeno mecânico, da passagem de um móvel (feto) através de um conduto (canal de parto), por ação de uma força (contração uterina). É regido por uma série de acontecimentos e de “leis” mecânicas sobejamente conhecidas e discutidas (mecanismo do parto). Já o nascimento é um fenômeno amplo, cujas repercussões físicas, psíquicas e sociais são extensas. A transformação da mulher em mãe, do homem em pai e das jovens senhoras em avós é um fenômeno que transcende as responsabilidades que os primeiros adquirem pelo resto de suas vidas. Indica uma mudança radical, uma “virada” na vida dessas pessoas, quer esse nascimento seja o primeiro ou não. Toda criança que vem ao mundo implica um compromisso de toda a sociedade (embora esta, em seu conjunto, pouco se dê conta disso): deve prover alimentação, educação, saúde, teto, lazer, etc. Portanto, cada nascimento, os milhares diários, é a fonte dos elementos de transformação permanente da sociedade. O profissional de saúde que tem o privilégio de estar presente a um desses acontecimentos é testemunha ocular e privilegiada do fenômeno ímpar, porque jamais se repetirá, do nascimento de um novo ser. Entender esse acontecimento e todo o processo que nele resulta é a base da humanização, muito além de locais, formas ou procedimentos.

II - ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO

INTRODUÇÃO

A organização de serviços de saúde é fundamental para que se promova uma efetiva melhoria no atendimento à gestante e ao recém-nascido. A hierarquização e a regionalização dos serviços em níveis de referência, obedecendo a critérios de risco, permitem otimizar recursos, colocando-os na medida da necessidade de cada usuário (SEGRE, 2001). A hierarquização, feita desse modo, cria níveis de complexidade distintos e possibilita que os pacientes que exigem maiores recursos sejam agrupados nos serviços com níveis de resolutividade maior, ou seja, mais complexos. O sistema deve garantir amplo acesso aos diferentes níveis, tendo por base um eficiente mecanismo de referência e contrarreferência. Com a regionalização, o atendimento pode ser dimensionado confor-

me a capacidade de abrangência e hierarquização dos serviços de saúde a serem prestados à população, garantindo qualidade no atendimento (STARK, 2004).

Entre os princípios fundamentais para que um sistema de atenção regionalizado e hierarquizado em saúde materno-infantil atue de maneira adequada, estão:

- Abrangência de uma determinada população;
- Padrão único de qualidade em todos os níveis de atenção;
- Identificação de instituições com vários graus de competência, de modo a propiciar diferentes graus de cuidados para diferentes grupos;
- Movimentação mínima de pacientes na área de abrangência;
- Organização do uso de facilidades e de pessoal;
- Trabalho de equipe;
- Decisão política.

As instituições devem realizar o atendimento à mãe e ao recém-nascido com procedimentos humanizados, objetivando melhor segurança e qualidade na assistência prestada (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2002).

ESTRATÉGIAS

Devem ser distinguidos, didaticamente, três tipos de programas em um sistema regionalizado e hierarquizado, todos com estratégias específicas. O primeiro diz respeito aos cuidados preventivos e curativos, regionalizados e hierarquizados segundo o enfoque de risco; o segundo está relacionado à capacitação de pessoal; o terceiro, à elaboração de um programa de informação e educação da população, sem o qual os outros dificilmente serão concretizados. Na verdade, esses três programas se superpõem, tendo como base o enfoque de risco e, consequentemente, a hierarquização do sistema de saúde (SEGRE, 2001). Segundo o enfoque de risco, três níveis de atenção podem ser considerados (primário, secundário e terciário), dependendo das necessidades da população – os cuidados mais complexos correspondem àsquelas de maior risco. Já o conceito de regionalização prevê que a movimentação das pacientes deva ser a mínima possível, de modo a permitir o acesso aos equipamentos de saúde dos diferentes níveis de atenção, conforme o caso.

AÇÕES

1. Melhoria dos cuidados durante o trabalho de parto e o puerpério:

As estatísticas sugerem que a deficiência se situa muito mais na qualidade de assistência ao parto que na cobertura (FREITAS et al, 2006). Quanto à assistência à mulher enquanto puérpera ou nutriz, nem todas as instituições oferecem atendimento, ou, quando o fazem, não disponibilizam dados para avaliação.

2. Melhoria dos cuidados de reanimação do recém-nascido na sala de parto:

É possível, com bastante segurança, afirmar que a melhoria do atendimento na sala de parto implica queda importante na mortalidade e na morbidade perinatais. Para tanto, são necessários equipamento básico mínimo para reanimação e pessoal devidamente treinado, atendendo a todos os partos em qualquer nível de atenção.

3. Implantação de unidades perinatais de maior complexidade, destinadas ao atendimento a gestantes e recém-nascidos de alto risco.

Evidentemente, são necessários equipamentos próprios a esse tipo de atenção, bem como equipe de saúde em número adequado e com o devido treinamento.

4. Capacitação de pessoal.

Imperioso se faz um programa de aperfeiçoamento das equipes de saúde em atenção perinatal, com vistas à humanização no atendimento.

OBJETIVOS

1. Atenção humanizada ao parto e ao recém-nascido normal.

2. Redução de mortalidade perinatal: a mortalidade perinatal constitui um indicador muito sensível da qualidade dos cuidados obstétricos e neonatais. Para reduzi-la, é preciso seguir as medidas adotadas pelos países que conseguiram diminuir suas taxas de mortalidade neonatal. Neles, a atenção às gestantes e aos recém-nascidos é baseada em importante infraestrutura de serviços preventivos integrados àqueles curativos e o sistema hierarquizado é fato consumado.

3. Redução da morbidade perinatal: trata-se de objetivo muito amplo, que engloba prevenção de sequelas físicas e mentais. Como a maioria das mortes neonatais e as sequelas a longo prazo ocorrem entre os recém-nascidos de pré-termo, torna-se importante a elaboração de programas para prevenção da prematuridade, do baixo peso ao nascer e da má nutrição fetal.

4. Redução do baixo peso ao nascer: atendimento ao recém-nascido na sala de parto/reanimação, na unidade neonatal e no ambulatório

"Para mudar o mundo, é preciso mudar a forma de nascer"

Michel Odent

A forma de nascer terá um forte impacto nas primeiras relações e percepções do mundo. Partos "violentos" são responsáveis por desencadear estresse pós-traumático na mulher, o que compromete de forma indelével o "encontro" entre o bebê e o mundo externo – mais especificamente, entre o bebê e sua mãe.

A chamada Humanização do Parto e do Nascimento é legitimada por meio de práticas baseadas nas evidências científicas e no direito. Em síntese, oferece-se uma assistência qualificada, individualizada e com toda a tecnologia apropriada e oportuna disponível.

A legislação estadual vigente é reforçada pela legislação federal, e ambas, quando cumpridas, favorecem que o parto seja uma experiência íntegra e prazerosa para a mulher, para seu companheiro e para o novo membro da família que está chegando.

No nascimento do bebê, os profissionais de saúde envolvidos na assistência ao parto serão convocados a testemunhar pelo menos um grande encontro, o da mãe com seu mais íntimo desconhecido; o momento e o ambiente estarão tomados por diferentes expectativas, nem sempre alinhadas.

Espera-se na sala de parto um acompanhante da escolha da mulher (Lei Estadual nº 10.241-1999, Lei Estadual nº 10.689-2000, Lei Federal nº 11.108), um profissional habilitado para assistir o parto e um profissional habilitado para assistir o recém-nascido (neonatologista ou pediatra, conforme a Portaria SAS/MS nº 31, BRASIL, 1993).

O atendimento ao recém-nascido (RN) em sala de parto tem-se tornado

cada vez mais importante, por poder auxiliar na transição da vida intrauterina para a extrauterina, assegurando uma assistência adequada às suas necessidades. Aproximadamente 10% dos RN apresentam dificuldades nessa transição, requerendo um tipo de intervenção pronta, rápida e eficaz, propiciada por profissional habilitado (SEGRE, 2001).

Retomando a fala de Golse (2004) – "É preciso entrar em contato com o bebê, mas fazê-lo com tato (no contato há o tato) para não forçar, não ser intrusivo" –, e considerando as interações do bebê com o novo ambiente físico e psíquico e o impacto que suas primeiras percepções terão em suas interações futuras, devemos, para além de todo protocolo a ser seguido e procedimentos a serem executados, focar a atenção na forma de prestarmos a assistência ao recém-chegado.

Essa proposta de assistência suave e individualizada provavelmente dará conta dos 90% de bebês que não apresentam nenhuma dificuldade na transição entre o intra e o extraútero. Essa "grande maioria dos recém-nascidos necessita de pouco mais que vias aéreas livres e calor adequado para suportar os primeiros minutos de adaptação à vida extrauterina" (ENKIN et al, 2000).

O planejamento da infraestrutura da sala de parto deve contemplar a recepção de recém-nascido de maneira sequencial ao parto, assim como o nascimento de fetos múltiplos. Deve-se dispor de área física, equipamentos, material e equipe específica para cada criança (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2002, 2003, 2004; ALMEIDA et al., 2004). Conforme anteriormente assinalado, às pacientes de baixo risco pode ser oferecido um atendimento opcional em salas únicas e individuais para o controle do trabalho de parto, parto, cuidados com o recém-nascido e alojamento conjunto – conhecidos também como *labor, delivery, recovery* (LDR), ou, em português, como salas PPP (pré-parto, parto, puerpério). Esses locais podem estar disponíveis em todos os níveis de atenção, devem ser próximos do centro obstétrico, em caso de necessidade, e dispor de equipamentos necessários ao atendimento ao parto e à reanimação neonatal (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2002).

A reanimação do recém-nascido deve ser realizada por pessoal treinado e com equipamento padronizado, segundo as normas da Sociedade Brasileira de Pediatria e da American Academy of Pediatrics (KATTWINKELL, 2000).

A presença do pai, ou de um acompanhante, deve ser prevista e esti-

mulada. O atendimento ao recém-nascido normal na sala de parto deve propiciar o mais precocemente possível o contato pele a pele com a mãe, no intuito de fortalecer o vínculo afetivo, estimulando a sucção imediata, importante fator para o aleitamento materno. Ao RN de risco, garantir condições para transferi-lo o quanto antes ao setor correspondente na unidade neonatal.

Uma completa infraestrutura para atendimento integral ao recém-nascido implica (ALMEIDA et al., 2004; SEGRE et al. 2006):

- Atendimento ao recém-nascido na sala de parto/reanimação;
- Setor de admissão ou estabilização para recém-nascidos de médio e alto risco;
- Alojamento conjunto, para o recém-nascido normal;
- Unidade de cuidados intermediários neonatais;
- Unidade de cuidados intensivos neonatais;
- Unidade de cuidados contínuos ou de convalescentes;
- Transporte neonatal intra e interinstitucional;
- Ambulatório de acompanhamento de recém-nascidos de baixo risco;
- Ambulatório de atenção integral ao desenvolvimento de recém-nascidos de risco.

• Atendimento ao recém-nascido na sala de parto/reanimação
Como já foi dito, o planejamento da infraestrutura da sala de parto deve contemplar o nascimento tanto de RN únicos quanto de fetos múltiplos. Assim, deve-se dispor de área física, equipamentos, material e equipe específica para cada conceito (BRASIL, 1994; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2002; ALMEIDA et al., 2004; SEGRE et al. 2006).

RECURSOS FÍSICOS

- Área de 8 m² dentro de cada sala de parto ou sala cirúrgica obstétrica, ou uma sala com, no mínimo, 6 m² exclusiva para realizar a reanimação neonatal com pontos de oxigênio e vácuo;
- Rede elétrica de emergência.

RECURSOS MATERIAIS/EQUIPAMENTOS

- Mesa de três faces para reanimação em sala de parto ou em sala de reanimação neonatal com fonte de calor radiante;
- Relógio com ponteiros de segundos em cada mesa/sala de reanimação;

- Material para aspiração: sondas traqueais sem válvula 5, 6, 8, 10, 12 e 14; sondas de aspiração gástrica 6 e 8; dispositivo para a aspiração de meconígio na traqueia;
- Material para ventilação: balão autoinflável com, no máximo, 750 ml, reservatório de oxigênio aberto ou fechado, válvula de segurança com escape entre 30-40 cm H₂O e/ou manômetro; máscaras faciais para recém-nascidos a termo e pré-termo;
- Material para entubação: laringoscópio com lâminas retas 0 e 1 e cânulas traqueais de diâmetro uniforme sem balonete 2,5 - 3,0 - 3,5 - 4,0 mm; fio guia estéril opcional;
- Material para medicações: adrenalina diluída 1:10.000, soro fisiológico, bicarbonato de sódio 4,2% e hidrocloreto de naloxona; colírio de nitrato de prata 1% e vitamina K; seringas de 1, 10 e 20 ml, agulhas e gaze;
- Material para cateterismo umbilical: campo fenestrado, cadarço de algodão e gazes; uma pinça Kelly reta de 14 cm; um cabo de bisturi com lâmina no 22; um porta agulha 11 cm e fio agulhado mononylon 4.0; sonda traqueal sem válvula no 6 ou cateter umbilical 3,5 ou 5F; clorhexidina alcoólica 0,5%;
- Outros: estetoscópio, clampeador de cordão, material para identificação da mãe e do recém-nascido; balança eletrônica, antropômetro e fita métrica; material para drenagem torácica e abdominal;
- Incubadora de transporte com oxigênio, oxímetro e bomba de infusão.

RECURSOS HUMANOS

Equipe médica (neonatologistas e/ou pediatras) e de enfermagem treinada em reanimação neonatal segundo as normas atualizadas da Sociedade Brasileira de Pediatria, cujos princípios fundamentais são (ALMEIDA et al., 2004; SIELSKI e MCKEE-GARRETT, 2008):

- Minimizar imediatamente a perda calórica;
- Estabelecer a respiração normal e a expansão pulmonar;
- Garantir a oxigenação;
- Garantir o débito cardíaco.

AÇÕES

1. Manutenção da temperatura

Imediatamente após o parto, o recém-nascido deve ser envolvido e seco,

por campos ou toalhas previamente aquecidos, para evitar a perda de calor por evaporação. O RN de termo, hígido, poderá ser colocado nos braços da mãe, ainda envolto nos campos aquecidos, sem que haja dissipação significativa de calor. Se for constatado algum desvio da normalidade, ou em caso de impossibilidade materna, colocá-lo então em um berço de calor radiante que possibilite as manobras de reanimação neonatal, se e quando necessárias. Descartar, a seguir, essas toalhas ou campos, inclusive aqueles sobre os quais o recém-nascido foi colocado. É imperativo verificar se a criança permanece aquecida. Proceder às manobras seguintes, em função das condições do recém-nascido e de acordo com as normas da Sociedade Brasileira de Pediatria.

2. Cuidados com o funículo

Logo após o parto, o funículo é pego entre duas pinças de Kocher, a 10-15 cm do abdome. Tratar a superfície cruenta com uma solução de álcool 70º GL, mantendo o curativo descoberto.

3. Medidas profiláticas

- Todo o recém-nascido deve receber a profilaxia da oftalmia gonocóica na primeira hora após o nascimento, independentemente do tipo de parto. Isso é feito por meio da instilação, em cada olho, de 1 gota de um colírio de nitrato de prata a 1%, de preparação recente.
- Administração de vitamina K – uma dose única de vitamina K1 de 1 mg, via muscular, deve ser aplicada até seis horas depois do parto. No recém-nascido de pré-termo de extremo baixo peso (<1000 g), a dose deve ser de 0,5 mg.
- Preparações orais de vitamina K não são recomendadas.

4. Início da amamentação

O leite materno é o alimento de primeira escolha para crianças saudáveis, em função de seus componentes nutricionais, anti-infecciosos e imunológicos, de seus efeitos psicológicos e de seu impacto no desenvolvimento da criança, com importantes vantagens para o estabelecimento do vínculo mãe-filho.

Quanto mais cedo acontecer a primeira mamada, maior a chance de que a amamentação seja bem-sucedida. Desde que o RN nasça sem pro-

blemas, ele estará alerta e pronto para sugar imediatamente. Se a mãe não estiver em condições, deve-se ajudá-la a lateralizar-se, apresentar a criança à mama, colocando seu abdome contra o corpo da mãe. Se não for possível a mamada nesse instante, estimular o contato olho a olho e o toque com o RN.

Manter mãe e filho em lugar confortável e colocar o bebê para mamar entre 30 e 60 minutos após o nascimento. Se a amamentação for de todo impossível nesse momento, o RN deverá ficar em contato com a mãe, assim que ela esteja em condições de assistir seu filho. Não há necessidade de dar água nem soro antes da primeira mamada. Manter o recém-nascido aquecido, envolvendo-o com um campo cirúrgico previamente acalorado ou usar uma fonte de calor radiante (ANDRADE e SEGRE, 2002).

Mãe, pai e RN devem ficar juntos na primeira meia hora de vida. Em condições normais, a primeira mamada deve ocorrer nesse período, mas não é necessário apressar o bebê para isso. Mãe e RN devem manter-se em contato pele a pele até que ambos estejam prontos para a mamada.

5. Identificação do recém-nascido

O nome da mãe deve ser colocado em pulseira a ser usada pelo recém-nascido, imediatamente após o parto. O transporte da criança da sala de parto ao alojamento conjunto (ou outro setor da unidade neonatal, conforme o caso) somente ocorrerá depois da devida identificação.

SETOR DE ADMISSÃO OU ESTABILIZAÇÃO

A unidade de admissão ou estabilização é destinada ao recém-nascido que não tem condições de ficar no alojamento conjunto de imediato, em função do peso ao nascer, controle térmico ou qualquer outro problema que demande uma vigilância contínua da equipe de saúde até sua completa estabilização. O tempo médio de permanência nesse setor é, em geral, de 4 a 6-8 horas (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2002; ALMEIDA et al., 2004; SEGRE et al., 2006).

Esta unidade é dispensável nos locais em que o sistema de atendimento se dá em LDR, desde que seja garantida assistência contínua de enfermagem ao binômio mãe-filho. Essas mesmas considerações se aplicam aos casos em que o recém-nascido permanece junto à mãe logo após o parto, nas salas de recuperação pós-parto.

O tempo médio de permanência nesse setor é de 4 a 6-8 horas (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2002; ALMEIDA et al., 2004; SEGRE et al., 2006).

RECURSOS MATERIAIS/EQUIPAMENTOS

- Berços aquecidos com calor radiante e monitor de temperatura;
- Distância mínima de 1 metro entre os berços;
- Duas tomadas de rede elétrica, uma fonte de O2, vácuo e ar comprimido por leito;
- Rede elétrica de emergência;
- Estetoscópio, oftalmoscópio, régua antropométrica, fita métrica de plástico e termômetro;
- Material para reanimação, aspiração e medicação;
- Uma pia para lavagem de mãos.

RECURSOS HUMANOS

Equipe médica (neonatologistas e/ou pediatras) e de enfermagem treinada no atendimento ao RN (um técnico de enfermagem para cada 5 a 8 leitos).

ALOJAMENTO CONJUNTO

O alojamento conjunto é um sistema hospitalar em que o recém-nascido, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe, 24 horas por dia, até a alta hospitalar. Tal sistema efetiva o estabelecimento do vínculo mãe-filho, possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais e a orientação à mãe sobre sua saúde e a do filho (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1993; SEGRE, 2002).

Esse tipo de atendimento é recomendado a mães com condições clínicas que permitam o contato com seu recém-nascido, que devem apresentar boa vitalidade, controle térmico e capacidade de sucção e deglutição.

OBJETIVOS

- Psicológico: estabelecimento de vínculo afetivo mãe-filho-pai-família; incentivar aleitamento natural efetivo e duradouro;
- Educacional: oferecer aos pais a possibilidade de aprender princípios corretos com relação aos cuidados da criança;
- Médico-administrativo: possibilitar a redução da incidência de infecção intra-hospitalar.

VANTAGENS

- 1-Para a mãe: satisfação de ter o recém-nascido a seu lado o tempo todo; tranquilidade por estar continuamente observando seu filho, atendendo suas necessidades e aprendendo a cuidar dele de maneira adequada; contato maior com a equipe de saúde;
- 2-Para o recém-nascido: atendimento imediato de suas necessidades primárias; maior estímulo ao aleitamento materno, tanto pelo contato mais íntimo e precoce entre mãe e filho como também em função do sistema de alimentação em autodemanda em que ficam esses recém-nascidos;
- 3-Para a família: a participação do pai no aprendizado de cuidados, em visitas que devem ser liberadas em qualquer horário, reforça o entrosamento familiar;
- 4-Para o ensino médico: os residentes de pediatria e de obstetrícia têm a oportunidade de avaliar mãe e recém-nascido como um todo, possibilitando uma visão mais adequada de seus problemas futuros. Além disso, aprendem a reconhecer o “normal”, sem o que dificilmente saberão dar o devido valor ao “anormal”;
- 5-Para a instituição: diminuição da infecção intra-hospitalar.

IMPLEMENTAÇÃO

Exige alguns requisitos básicos:

- Estabelecimento de uma equipe multiprofissional para o planejamento do sistema. Essa equipe básica deve se constituir, no mínimo, de um obstetra, um neonatologista, um enfermeiro, um administrador hospitalar e um assistente social. Sempre que possível, um psicólogo deve fazer parte do grupo.

SELEÇÃO DE PESSOAL

A própria equipe da unidade escolherá o pessoal mais interessado no programa e no trato do binômio e que possua ao mesmo tempo qualidades de transmitir ensinamentos. O número de elementos de enfermagem deverá ser um para quatro binômios mãe-filho ou, se de todo impossível, um para cada seis binômios, no máximo.

RECURSOS FÍSICOS

- Área mínima de 6 m² para leito materno e berço, sendo o máximo de 6 binômios mãe-filho por quarto;
- Berços posicionados com uma separação mínima de 2 metros;
- Sanitários e uma pia por sala, para lavagem de mãos;
- Um aspirador com manômetro e oxigênio para cada quarto;
- Local para coleta de exames;
- Relógio de parede.

RECURSOS MATERIAIS/EQUIPAMENTOS

- Leito hospitalar para a mãe, com mesinha;
- Berço, de preferência de acrílico, que possa permitir também o banho do recém-nascido;
- Uma cadeira para cada binômio mãe-filho;
- Bandeja individualizada com termômetro, material de higiene e curativo umbilical (sabonete, algodão, hastes de algodão, álcool a 70%);
- Balança eletrônica, régua antropométrica e fita de plástico;
- Um aparelho de fototerapia convencional, com lâmpadas superiores ou inferiores localizadas abaixo do berço, para cada 20 leitos;
- Estetoscópio e oftalmoscópio;
- Um carrinho de emergência para reanimação neonatal;
- Um “hamper” para roupas usadas (a serem recolhidas duas vezes ao dia).

RECURSOS HUMANOS

Equipe básica:

- Um neonatologista para cada 20 recém-nascidos;
- Um obstetra para cada 20 mães;
- Um enfermeiro para cada 30 binômios e um auxiliar de enfermagem a cada seis binômios;
- Um assistente social;
- Um psicólogo (sempre que possível).

O administrador hospitalar deve compor a equipe para dirimir questões administrativas da unidade. A equipe multiprofissional treinada em aleitamento materno dever atuar de maneira integrada. As altas hospitalares são recomendadas, no mínimo, com 48 horas de vida, com documentação completa em relação ao atendimento durante a internação.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DE MÃES

De preferência, mães que fizeram pré-natal e já estejam previamente motivadas. No entanto, qualquer gestante de parto normal, fôrceps de alívio ou cesárea, na ausência de doença materna ou do recém-nascido, poderá também ser incluída.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DO RECÉM-NASCIDO

Condições de nascimento:

- Recém-nascido que não tenha apresentado necessidade de reanimação ativa ao nascimento;
- Peso maior que 2.000 g ao nascer;
- RN de termo ou pré-termo limítrofe, apropriado para a idade gestacional e sem doenças.

O primeiro exame clínico será efetuado ainda na sala de parto, antes de o recém-nascido ser encaminhado ao alojamento conjunto. O exame neonatal detalhado será realizado no alojamento conjunto, 12 a 24 horas após o nascimento.

CRITÉRIOS PARA EXCLUSÃO DO RN

- Boletim de Apgar abaixo de 5 no quinto minuto;
- RN encaminhado para observação em outros setores da unidade neonatal, a partir da sala de parto, ou presença de quaisquer afecções encontradas no exame imediato na sala de parto ou na sala de admissão;
- Recusa da mãe.

AÇÕES

- Alimentação: seio materno em horário livre.
O uso de fórmulas não é recomendado e, se absolutamente imprescindível, será restrito, e exclusivamente a critério médico. Não oferecer água ou glicose ao recém-nascido;
- Banho: o recém-nascido poderá tomar banho, desde que seus sinais vitais estejam estabilizados. O procedimento deverá ser feito no alojamento conjunto, pelo enfermeiro responsável pelo binômio, para que a mãe possa acompanhar a técnica e aprendê-la. Será um banho de imersão, com água tépida, colocada no próprio berço de acrílico, que poderá servir de “banheira”. Utilizar sabonete neutro, de uso exclusivo para cada recém-nascido;

- Troca de fraldas: as trocas de fralda serão efetuadas após cada mamoada, ou sempre que o recém-nascido apresentar evacuações. Avaliar, assim, a diurese e a eliminação de meconíio;
- Higiene do coto umbilical: o clampeamento do cordão deve ser retirado 24 horas após o nascimento. O curativo deve ser feito a cada troca de fralda. Efetuar a limpeza com solução alcoólica a 70° GL. Deixar aberto;
- Vacinação: solicitar autorização dos pais para administração da primeira dose da vacina contra hepatite B, mesmo se a mãe for HBsAg negativa. Casos especiais (mãe HBsAg positiva) deverão receber orientação médica;
- Teste do pezinho: realizar antes da alta hospitalar;
- Triagem auditiva neonatal universal: realizar antes da alta hospitalar, após autorização dos pais.

INTERRUPÇÃO DO ALOJAMENTO CONJUNTO

Raramente o alojamento conjunto precisa ser interrompido – por exemplo, naqueles casos em que a mãe, por condições obstétricas, está impedida de cuidar do recém-nascido ou pode pôr em risco seu bem-estar. Outra possibilidade seria o aparecimento de alguma intercorrência no recém-nascido que exija cuidados médicos especiais.

Deve-se observar ainda que:

- Todo recém-nascido que não ficar em alojamento conjunto voltará ao berçário ou, conforme o caso, para a sala de cuidados intermediários ou para a UTI, com avaliação e exames realizados pelo médico;
- Os recém-nascidos do alojamento conjunto que necessitarem de coleta de sangue serão atendidos em sala adequada da unidade, permanecendo em observação no próprio alojamento conjunto até a chegada dos resultados dos exames;
- Toda mãe eliminada do programa deverá sair do quarto destinado ao alojamento conjunto.

UNIDADE DE CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS NEONATAIS

A unidade de cuidados intermediários também é denominada de médio risco ou semi-intensiva. Destina-se ao atendimento do recém-nascido considerado de médio risco, nas seguintes condições: transferência da unidade de terapia intensiva, nas primeiras 24 horas; observação nas

primeiras 72 horas de vida de RN com peso entre 1500-2000 g; presença de desconforto respiratório leve; necessidade de venóclise para infusão de glicose, eletrólitos, antibióticos; fototerapia; prematuros em fase de ganho de peso que não passaram pela UTIN, entre outros, conforme a rotina de cada serviço (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2002; ALMEIDA et al., 2004; SEGRE et al., 2006).

RECURSOS FÍSICOS

- Área de 4,5 m² por leito, com espaçamento de 1 metro entre os berços e paredes, exceto cabeceira;
- Dois pontos de rede elétrica, dois pontos de oxigênio, dois de ar comprimido e dois de vácuo para cada leito;
- Um ponto de rede elétrica para raio-x portátil em cada sala;
- Rede elétrica de emergência;
- Torpedo de oxigênio de reserva;
- Área de prescrição médica, cuidados e higienização;
- Uma pia a cada cinco leitos, para lavagem de mãos;
- Posto de enfermagem, sala de serviço, sala de acolhimento para amamentação e ambientes de apoio;
- Relógios de parede visíveis para os leitos.

RECURSOS MATERIAIS/EQUIPAMENTOS

- Berços com calor radiante, incubadoras de parede simples e berços simples;
- Capacetes de oxigênio;
- Um oxímetro de pulso e monitor cardíaco para cada leito;
- Uma bomba de infusão para dois leitos;
- Um aparelho de fototerapia para quatro leitos;
- Bandejas para procedimentos;
- Estetoscópio e termômetro individuais;
- Balança eletrônica, negatoscópio, oftalmoscópio e otoscópio;
- Um monitor de pressão arterial não invasiva;
- Um carrinho completo de emergência para reanimação neonatal;
- Cadeira confortável para Método Mãe Canguru.

RECURSOS HUMANOS

- Um pediatra-neonatologista com certificado de Especialista em Pediatria com Área de Atuação em Neonatologia (TEN) diarista, exclusivo para 15 leitos ou fração;
- Um pediatra com Título de Especialista em Pediatria (TEP), plantonista, para 15 leitos ou fração por turno de trabalho;
- Um enfermeiro coordenador;
- Um enfermeiro exclusivo da unidade para 15 leitos ou fração, para cada turno;
- Um técnico ou auxiliar de enfermagem para cinco leitos ou fração, por turno;
- Um fonoaudiólogo;
- Um funcionário exclusivo para limpeza do serviço.

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

A unidade de tratamento intensivo ou de cuidados intensivos destina-se ao atendimento de pacientes graves ou com risco de vida e que dispõem de assistência médica e de enfermagem ininterruptas. Têm ainda equipamentos específicos próprios, recursos humanos especializados e acesso a outras tecnologias destinadas a diagnóstico e terapêutica. No período neonatal destina-se a portadores de instabilidade hemodinâmica, distúrbios metabólicos graves, insuficiência respiratória, alterações das funções vitais, peso ao nascer inferior a 1.500 g, nutrição parenteral, cateterismo central, necessidade de cirurgia, entre outras indicações. (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2002; ALMEIDA et al., 2004; SEGRE et al., 2006).

RECURSOS FÍSICOS

- Ambiente climatizado com iluminação passível de regulação;
- Área de 6 m² por leito, com espaçamento de 1 m entre os berços e paredes, exceto cabeceira;
- Dezesseis a 20 pontos de rede elétrica, três a quatro pontos de oxigênio, de ar comprimido e de vácuo para cada leito;
- Ponto de rede elétrica para raio-x portátil para cada sala;
- Rede elétrica de emergência;
- Torpedo de oxigênio de reserva.
- Relógios de parede visíveis para os leitos;

- Uma pia a cada quatro leitos para lavagem de mãos;
- Área de prescrição médica, cuidados e higienização;
- Posto de enfermagem, sala de serviço, de coleta de leite humano e ambientes de apoio;
- Sala de informação médica ou multiprofissional;
- Área de expurgo, lavagem e preparo de material para posterior esterilização;
- Repouso médico com sanitário;
- Sala de estar de enfermagem com sanitário;
- Sala de secretaria;
- Depósito para materiais.

RECURSOS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS

- Berços aquecidos para cuidados intensivos, incubadoras de parede dupla e umidificadas;
- Um oxímetro, um monitor cardíaco e um ventilador com umidificador por leito;
- Um conjunto de pressão positiva contínua em vias aéreas (CPAP) na-sais para cada leito;
- Um monitor de pressão não invasiva por leito;
- Um balão autoinflável com reservatório e máscara por leito;
- Duas bombas de infusão por leito;
- Um aparelho de fototerapia para cada dois leitos;
- Bandejas para procedimentos de sondagem, punções, drenagens e acessos venosos;
- Balança eletrônica de incubadora, monitor de pressão invasiva e capnógrafo;
- Negatoscópio, oftalmoscópio e otoscópio;
- Um termômetro e um estetoscópio por leito;
- Um carrinho completo de emergência para reanimação neonatal;
- Uma geladeira para leite humano e outra para medicações;
- Uma incubadora de transporte com oxigênio, ar comprimido, oxímetro e bomba de infusão;
- Cadeira confortável para Método Mãe Canguru.

RECURSOS HUMANOS

- Um pediatra-neonatologista responsável técnico, com certificado de

Especialista em Pediatria com Área de Atuação em Neonatologia (TEN) ou certificado de Especialista em Pediatria com Área de Atuação em Medicina Intensiva Pediátrica (TETIP);

- Um pediatra com TEN ou TETIP diarista exclusivo para cada cinco leitos, no máximo, nos turnos da manhã e tarde;
- Um pediatra com TEN plantonista para cada cinco leitos, no máximo;
- Um enfermeiro coordenador exclusivo da unidade;
- Um enfermeiro exclusivo da unidade para cada cinco leitos, no máximo, por turno de trabalho;
- Um técnico ou auxiliar de enfermagem para cada dois leitos, no máximo, por turno;
- Um fisioterapeuta para cada cinco leitos, no máximo, em cada turno;
- Um fonoaudiólogo;
- Um psicólogo;
- Um nutricionista;
- Funcionários exclusivos pela limpeza do serviço.

TRATAMENTO ACÚSTICO DAS UNIDADES

Os sistemas de ventilação, monitores, incubadoras, bombas de aspiração, ventiladores, pessoal da equipe de saúde devem ser intermitentemente monitorizados para medição dos níveis de ruído nas UTI neonatais. O barulho de fundo não deve ultrapassar 70 dB (2) (SEGRE et al., 2006).

UNIDADE DE CUIDADOS CONTÍNUOS E DE CONVALESCENTES

Destina-se aos recém-nascidos egressos da unidade de terapia intensiva que tiveram seus problemas mais graves resolvidos, mas ainda não estão em condições de alta. E também a RNs prematuros em fase de ganho de peso. Em virtude dos cuidados a serem prestados, esse setor deverá dispor de recursos físicos, materiais e humanos semelhantes aos dos cuidados intermediários neonatais (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2002 e 2003; ALMEIDA et al., 2004; SEGRE et al., 2006).

CONTROLE DE QUALIDADE DO ATENDIMENTO

As unidades/setores deverão dispor de:

- Protocolos dos procedimentos escritos e atualizados periodicamente;
- Treinamento e capacitação em nível assistencial médico e de enfermagem;

- Impressos padronizados para o atendimento ao recém-nascido;
- Fluxo de informação aos familiares.

Também deverão utilizar indicadores com a finalidade de traçar metas para a melhoria da assistência neonatal. Tais dados, que devem ser calculados mensalmente e divulgados para a equipe assistencial, compreendem:

- Taxa total de partos cesáreos e específica em primigestas;
- Taxa de recém-nascidos ventilados em sala de parto;
- Taxa de recém-nascidos de baixo peso, muito baixo peso e extremo baixo peso ao nascer;
- Taxa de ocupação e tempo de permanência dos recém-nascidos nos vários setores;
- Taxa de recém-nascidos ventilados e/ou com cateter central;
- Taxas de infecção hospitalar e perfil de sensibilidade e resistência aos antimicrobianos;
- Estatística vital, estratificada por peso ao nascer e idade gestacional;
- Causas dos óbitos neonatais precoces e tardios.

Além desses, podem ser avaliados continuamente outros indicadores da qualidade da assistência hospitalar em relação à satisfação dos clientes internos e externos.

ALTA HOSPITALAR

A alta hospitalar da mãe e do recém-nascido vai depender das condições de saúde de ambos, da habilidade que a mãe demonstrar em cuidar de si mesma e do seu filho, do apoio que poderá ter em casa e das facilidades de acesso ao seguimento ambulatorial apropriado. Todos os esforços devem ser envidados para que a alta de ambos seja simultânea (FREITAS, 2002).

A decisão sobre o momento em que isso será feito deve se basear nas avaliações da equipe de saúde que cuida do binômio. Um período de permanência hospitalar mínima de 48 horas após o parto tem sido observado na maioria dos serviços de neonatologia, para mães e recém-nascidos saudáveis. Contudo, a avaliação médica é imprescindível, para examinar as condições do RN, tais como a eliminação de meconígio, a diurese, a presença de icterícia neonatal e, principalmente, se o aleitamento materno se estabeleceu adequadamente. A partir dessa análise, o retorno ambulatorial deverá ser programado.

No caso específico de icterícia neonatal, verificar possibilidades de incremento e adiar a alta do recém-nascido para avaliação posterior, em 24 horas, ou dar alta se houver possibilidade de retorno para revisão dentro de 24-48 horas.

Não é recomendada a alta precoce (antes de 48 horas).

AÇÕES

- Orientações para a alta: informações escritas, além daquelas transmitidas verbalmente, devem ser entregues aos pais;
- As mães devem ser orientadas quanto à dieta, cuidados de higiene pessoal, processo de involução uterina, processo de evolução e características da loquiação, cuidados com a episiorrafia (se houve) e/ou com a incisão cirúrgica (se o parto foi cesariano);
- Quanto ao recém-nascido, essas informações devem conter, resumidamente, os dados pertinentes ao tipo de parto, boletim Apgar de 1º e 5º minutos, idade gestacional, classificação do recém-nascido, medidas antropométricas e o histórico da sua permanência no hospital, com todas as intercorrências eventualmente verificadas.
- Amamentação: as orientações sobre o aleitamento materno devem ser reforçadas. Ensinar às mães os fundamentos das técnicas de amamentação correta reduz as chances de desconforto físico durante esse processo, melhora a pega do mamilo e aumenta a passagem do leite para a criança. A assistência direta à puérpera e o fornecimento de informações sobre as técnicas mais adequadas (reforçadas por folhetos, figuras, vídeos explicativos em circuito fechado e programas de acompanhamento e avaliação na própria instituição) são fatores que contribuem para o sucesso do aleitamento.
- Registro civil: encaminhar o pai ao cartório da área correspondente para efetuar o registro civil de seu filho.

CARTÃO DE ALTA (MELO, 2004)

Por ocasião da alta hospitalar, a instituição deverá ser responsabilizada por:

- Realizar, no próprio local ou em outra instituição conveniada ou terceirizada, pelo menos as triagens para: fenilcetonúria, hipotireoidismo, hemoglobinaopatia e fibrose cística (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2002; ALMEIDA et al. 2004; SEGRE et al., 2006);

- Realizar a triagem auditiva neonatal em todos os recém-nascidos (CHAPCHAP, 2002);
- Realizar avaliação sistemática de todos os RNs antes da alta, para o risco de icterícia acentuada e informar aos pais sobre a icterícia do RN (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2004).

Marcar a primeira consulta ambulatorial de retorno, preferencialmente, com até 72 horas de vida.

TRANSPORTE NEONATAL INTRA E INTERINSTITUCIONAL

O transporte do recém-nascido de risco no meio intra-hospitalar ocorre mais frequentemente entre a sala de parto e a unidade neonatal de cuidados intermediários ou intensivos, ou entre a unidade neonatal e o centro de diagnóstico e/ou cirúrgico (ALMEIDA et al., 2004).

O transporte interinstitucional acontece usualmente das instituições menores para as mais especializadas. Tem início após a adequada estabilização do paciente no hospital de origem e é feito em comum acordo com a equipe do hospital de destino e com vaga assegurada. (SEGRE, 2001). O objetivo do transporte do recém-nascido de alto risco para um centro de referência é aumentar a sobrevida e a qualidade de vida do paciente. Pode se dar de três maneiras:

- Transferência do feto ainda “in utero” (portanto, da gestante de risco): Trata-se do sistema ideal de transporte. É feita por meio de uma ambulância comum, que leva a mãe para o centro de referência, com custo baixo, mantendo-se o feto protegido pelo ambiente materno;
- Transferência interinstitucional: exige uma ambulância com equipamento adequado, profissionais treinados e com experiência em terapia intensiva neonatal, além de equipamentos portáteis e autônomos que atendam às necessidades dos pacientes. Implica custo elevado e riscos para o recém-nascido;
- Contratransferência: implica o retorno do RN aos níveis de menor complexidade, desde que seus problemas graves tenham sido resolvidos.

RECURSOS FÍSICOS

- Veículo de transporte com iluminação adequada e condições para o funcionamento de incubadora a bateria e ligada à tomada do veículo de 12 volts, com suporte em seu próprio pedestal para cilindro de oxigênio;

nio e ar comprimido, controle de temperatura com alarme. A incubadora deve estar apoiada sobre carros com rodas devidamente fixadas quando dentro da ambulância.

- O veículo deve contar com condições mínimas para cobrir o percurso com segurança para o paciente, a equipe assistencial e o motorista.

RECURSOS MATERIAIS/EQUIPAMENTOS

Devem ser mantidos exclusivamente para a realização do transporte neonatal:

- Incubadora de transporte com aquecimento por convecção;
- Dois cilindros de oxigênio acoplados à incubadora;
 - Material para oxigenoterapia e ventilação com pressão positiva: ventilador eletrônico com umidificador aquecido, sistema de ventilação manual com fluxo contínuo e regulagem de pressão ou balão autoinflável;
 - Material para monitoração: oxímetro de pulso, monitor cardíaco, estetoscópio, termômetro, fitas para controle glicêmico;
 - Bombas de infusão e seringas;
 - Material para reanimação neonatal, incluindo material para cateterismo e drenagem torácica;
 - Material para coleta de exames e hemoculturas;
 - Material para infusão e preparo de medicamentos.

RECURSOS HUMANOS

Um médico e um profissional de enfermagem capacitados para o atendimento do recém-nascido de risco.

III - ASPECTOS EMOCIONAIS

ANSIEDADES NA SITUAÇÃO DE PARTO

Após viver tantas ansiedades até conseguir adaptar-se à gravidez, quando já havia integrado o feto como parte de seu esquema corporal, se acostumado às mudanças metabólicas, hormonais e fisiológicas, após o parto a mulher terá de passar por um novo processo de ajuste, agora ao corpo não grávido. Ao mesmo tempo, finalmente verá o seu bebê, poderá tocá-lo, sentir-lo em seus braços.

O nascimento é uma mudança decisiva para mãe e bebê, e é uma experiência bastante forte. A separação de dois seres que até então viviam

de modo interdependente, em íntimo e permanente contato, impacta emocionalmente a cada um deles. Essa mudança reativa a angústia de nascimento da mulher, leva-a a reviver inconscientemente o trauma do próprio nascimento, do desamparo experimentado ao nascer pela perda do estado de vida uterino e pelo medo do desconhecido. Trata-se de uma ansiedade associada à sensação de perda, esvaziamento, de sentir-se despojada de parte sua, de ter que enfrentar um desconhecido, o filho. O interjogo dessas ansiedades pode produzir um estado confusional, com sensações de estranhamento, despersonalização e perda de identidade. A ansiedade trazida pela percepção das primeiras contrações, ao ser adequadamente reconhecida e nomeada, deve se esvanecer em seguida, com a parturiente mantendo-se em relativo equilíbrio. Se isso não for possível, como uma forma de defesa psíquica, algumas mulheres sentem uma diminuição na frequência das contrações, o que pode ser interpretado como uma reação inconsciente a algo que a agride internamente. Para algumas mulheres a dor intensificada resulta em aumento da angústia, que pode se estender aos familiares. Para outras, a dor é sentida como anúncio da proximidade do parto e tida como uma aliada. Quanto ao apoio emocional, ter por perto uma figura que traga serenidade, compreensão e seja acolhedora pode aliviar a crise e trazer segurança. Isso facilita o contato e a comunicação com os profissionais do hospital, promovendo a sensação de segurança e atitudes de colaboração da parturiente e da própria equipe. Nesse sentido, ajuda muitíssimo a presença de um acompanhante de escolha da mulher na sala de parto, podendo ser o companheiro, sua própria mãe ou pessoa de sua rede de apoio, dada a necessidade de proteção da parturiente, em meio a seu desamparo e exaustão. Algumas mulheres contam com Doulas, que oferecem apoio à mulher desde a gestação e estão presentes no trabalho de parto e parto. Cabe à equipe de saúde acolher o acompanhante e facilitar sua presença desde o pré-natal, bem como no trabalho de parto, parto e puerpério. Segundo o Ministério da Saúde, há estudos que comprovam que a presença do acompanhante traz benefícios que vão desde o sentimento de maior segurança e confiança das gestantes até a redução de medicamentos para alívio da dor e da duração do trabalho de parto. Os estudos sugerem impacto positivo na redução da depressão pós-parto (BRASIL, 2006). O acompanhante também é importante para identificar sinais de que algo não vai bem e buscar a ajuda necessária,

o que pode contribuir para evitar maiores complicações e risco à vida da mulher.

Durante o processo de dilatação, é necessário continuar a oferecer à parturiente a sensação de que está sendo afetivamente cuidada e protegida. Ao viver seu trabalho de parto, a mulher experimenta-o como algo sob sua vontade, como sendo protagonista do evento. Caso contrário, quando não houve a adequada tranquilização das ansiedades, o quadro pode se tornar dramático, com vivências de muita ameaça, de ser vítima de um processo incontrolável. No Brasil, o parto hospitalar ocorre em mais de 95% dos casos. Como o ambiente hospitalar é muitas vezes um ambiente hostil, algumas iniciativas no sentido de garantir um ambiente mais adequado para o parto vêm sendo tomadas, tais como a criação de centros de parto normal, que proporcionam um cenário mais adequado para o evento. Para outras mulheres o local escolhido para o parto é a própria casa. Devemos lembrar que o parto é um evento fisiológico, social e emocional, que diz respeito à mulher, ao bebê, a seu companheiro e a sua família, portanto, é obrigação de todos (gestores, profissionais de saúde e sociedade) oferecer condições para que sejam respeitadas a intimidade e as emoções do parto e do nascimento.

A incorporação das medidas preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (2003) na atenção ao parto (por exemplo, evitar o uso rotineiro e sem indicação precisa de procedimentos como tricotomia, episiotomia e enemas), aliada às práticas que comprovadamente são benéficas (como a permissão para ingestão de líquidos e alimentos, o incentivo a deambulação, banhos e massagens para alívio da dor), contribui para o bem-estar da parturiente.

No final do trabalho de parto, torna-se confusa a percepção do que é vaginal ou anal. Isso pode reativar fantasias e sentimentos da infância sobre os mitos do nascimento e angústias ligadas ao processo de aprendizado esfincteriano, como às referentes as fantasias de castração. Nas manifestações de sintomatologia oral, a ansiedade diz respeito ao medo de esvaziar-se totalmente e ficar dissolvida no nada. A mulher pode se sentir invadida por fantasias de perigo, aniquilamento e morte, relativas à angústia do próprio nascimento. Tudo isso indica a necessidade de apoio emocional da parturiente nesse momento, tanto pelo acompanhante como por parte de pessoas especializadas e familiarizadas com esses conceitos, como podem ser os obstetras, as obstetritzas, as enfermeiras

e as doulas. Na situação expulsiva, a fonte de ansiedade refere-se à proibição da sexualidade, uma vez que o alívio prazeroso provocado pela passagem do bebê pode ser vivido confusamente como prazer da área sexual. Ver o filho recém-nascido e tê-lo em seus braços é fator que possibilita recobrar a identidade perdida no estado confusional e tolerar da melhor forma a saída da placenta. Além do mais, ao nascer, o bebê se mostra com vida própria e se incorpora como integrante novo na família, que solicita atenção e provoca interação.

PUERPÉRIO

I - ASSISTÊNCIA MATERNA

Puerpério, pós-parto ou sobreparto é o período que vai da dequitação à volta do organismo materno às condições pré-gravídicas (DELÁSCIO e GUARIENTO, 1970). Segundo o Ministério da Saúde, o puerpério inicia-se 1 a 2 horas após a saída da placenta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). Dentro do ciclo gravídico-puerperal, a gravidez é a fase evolutiva, o parto é a resolutiva e o puerpério, a regressiva. Mas isso não é uma verdade por inteiro, já que nesta última fase há um órgão que atinge o máximo de sua funcionalidade: a mama. É preciso estar atento ainda para o fato de que o puerpério traz consigo modificações psicológicas para a mulher, nem sempre devidamente valorizadas.

Costuma-se dividir o puerpério em imediato (até o décimo dia), tardio (até o 42º) e remoto (daí em diante). A preservação da saúde – no mais amplo sentido, isto é, físico, mental e social – nessa fase é de importância fundamental para a vinculação saudável mãe/filho/família.

Não deveria ser comum ver mulheres após o parto exaustas, extenuadas por esforço seguido e por falta de hidratação adequada, levando-se em conta as reiteradas recomendações para alimentá-la e hidratá-la durante o trabalho de parto e as medidas para aliviar a dor e abreviar o tempo penoso da expulsão fetal. Após alguns minutos da dequitação, costumam ocorrer calafrios, cuja etiologia é controversa e que não exigem medidas especiais para que desapareçam. Apesar desse desconforto, o que se espera é uma mulher feliz e tranquila com o sucesso do seu parto, encantada com a visão do novo ser.

Segundo a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (2010), são, de forma ampliada, os seguintes os objetivos da assistência ao puerpério:

- Acompanhar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido;
- Orientar e apoiar a família para a amamentação;
- Orientar os cuidados básicos com o recém-nascido;
- Avaliar a interação mãe-recém-nascido;
- Identificar situações de risco e tomar as atitudes pertinentes;
- Orientar o planejamento familiar.

A ASSISTÊNCIA CLÍNICA À MULHER PUÉRPERA COMPREENDE:

1 – Anamnese:

Embora a anamnese seja mais simples, já que se espera a tomada completa por ocasião da internação para o parto, tem uma importância crucial, desde que o examinador não se atenha apenas aos sinais e sintomas físicos e entenda que ele está diante de uma nova mulher. A situação está significativamente alterada. Ela tornou-se mãe pela primeira ou por mais uma vez, o que traz uma nova configuração do psiquismo, para o bem ou até para o mal (exemplo: rejeição). É muito importante que o obstetra tenha disponibilidade para conversar e sensibilidade de avaliar, em cada visita do puerpério, mudanças de comportamento que podem caracterizar os “blues”, ou até mesmo sinais e sintomas de uma depressão que vai se manifestar com mais intensidade logo adiante (vide aspectos emocionais do puerpério).

Do ponto de vista somático, a anamnese deve obter informações acerca de:

A – Dor: a mulher que dá à luz em parto normal sem episiotomia tem escassos fenômenos algícos. Quando eles se manifestam, respondem a terapêutica muito simples com analgésicos comuns. A presença de episiorrafia é, porém, um fator agravante desse sintoma. Se a sutura foi feita com boa técnica, a dor é minimizada, mas por certo existe. Os analgésicos devem ser ministrados de maneira sistemática a fim de aliviá-la. Preferir aqueles que tenham menor efeito sedativo, já que manter a mãe vigília é de interesse do recém-nascido, para que tenha amamentação por demanda e outros cuidados necessários sem maior dificuldade. Problema maior no que se refere à dor está nas pacientes que deram à luz em cesárea. Atualmente, com as anestesias de condução complementadas por morfina, a gestante passa muitas horas sem fenômenos dolorosos. Depois disso, é

preciso usar medicamentos para atenuar a dor. Um grande erro cometido por muitos cirurgiões obstétricos é utilizar anti-inflamatórios. São drogas cujo princípio farmacológico de ação atenta contra o processo de cicatrização, que é fundamentalmente inflamatório. Às vezes há necessidade de analgésicos potentes apenas nas primeiras horas após o desaparecimento do efeito da morfina, podendo-se passar para outros mais brandos nos dias subsequentes. Não se pode negar que o alívio com drogas mais potentes pode prejudicar a relação da mãe com a criança enquanto durar seu uso; porém, a dor é um obstáculo maior ao relacionamento. Raramente as cólicas pós-parto exigem medicação específica.

B – Deambulação: espera-se que as puérperas deambulem muito precocemente. Mesmo submetidas a anestesia de condução e a parto operatório, pede-se que elas se mobilizem tão logo se sintam aptas a fazê-lo.

C – Funções fisiológicas: deve-se arguir a puérpera acerca das micções. Mesmo com a potencialização da anestesia por morfina, é muito rara a retenção urinária, quando se mantém sonda vesical por cerca de seis horas. Em partos extremamente laboriosos ou em casos de aplicação de fórceps, pode surgir a isquiúria paradoxal. Nesses casos, a puérpera queixa-se de fortes dores abdominais, há falsas micções – que nada mais são que perdas do excesso da urina que a bexiga já não pode conter – e forma-se um tumor abdominal que pode ser palpado do pubo até a cicatriz umbilical, às vezes. Trata-se da bexiga repleta de urina, que empurra o útero para um dos flancos, geralmente o direito, onde é difícil de ser reconhecido caso não se pense nessa possibilidade. As evacuações costumam retardar um pouco, um ou dois dias, dificilmente mais na atualidade, em que não são usados mais os enemas. O retardo em seu restabelecimento nem sempre exige terapêutica medicamentosa, bem como não é uma condição obrigatória para manter internação no puerpério. Muitas vezes basta a volta da paciente para sua casa e seus costumes para que essa função se normalize.

D – Amamentação: deve-se pesquisar se a paciente está amamentando, se recebeu as instruções necessárias para fazê-lo corretamente e se há lesões de mamilos que devem ser cuidadas (vide aspectos emocionais da amamentação).

O exame físico rotineiro da puérpera deve abranger:

- **Exame das mucosas e dados vitais:** o exame das mucosas pode espelhar clinicamente a presença de anemia. Sua intensidade deverá ser avaliada laboratorialmente. A aferição da pressão arterial é mandatória, especialmente nos casos em que se registrou hipertensão arterial ao final da gravidez. A medida da temperatura pode revelar a presença de morbidade puerperal – definida como encontro de 38º C em dois dias consecutivos, excluídas as primeiras 24 horas, com tomada feita por meio de técnica padronizada. A despeito desse conceito, qualquer elevação da temperatura precisa ser observada atentamente, porque pode ser um primeiro sinal de processo infeccioso se instalando. Também é necessário estar atento não somente ao conceito acima quando houver infecção intraparto, porque o processo pode prosseguir com hipertermia já desde o início do puerpério. De muita valia é a aferição do pulso. Costuma ser lábil e manter-se entre 50 e 60 batimentos por minuto. Oscilações de 25 a 50 batimentos, ocasionais, não são incomuns. O puerpério costuma cursar com número de batimentos menor que na mulher em condições usuais. A taquisfigmia pode sugerir anemia, mas também ser sinal precoce da instalação de processo infeccioso ou de flebotrombose.
- **Mamas:** avaliar cuidadosamente o grau de ingurgitamento, que vai se instalar em algum momento, bem como fissuras que se apresentam nos períodos iniciais da amamentação e que podem servir de porta de entrada para infecções do órgão. Observar se a puérpera está mantendo-as elevadas, como é desejável, a fim de evitar complicações.
- **Abdome:** observação geral para aquilatar se há algum grau anômalo de distensão, especialmente no pós-cesárea. Auscultar os ruídos hidro-aéreos nessa circunstância. Avaliar o útero quanto a retração, involução, consistência e sensibilidade. Caso o parto tenha sido por cesárea, examinar a cicatriz.
- **Períneo:** observar as características dos lóquios: cor, quantidade e odor. Examinar qualquer cicatriz que haja, quer seja de episiorrafia quer de sutura de rotura perineal.
- **Membros inferiores:** verificar se há edemas. Eles costumam aparecer, ainda que discretamente, mesmo em pacientes que não os tinham ao

final da gestação. Exacerbam-se nas que já o apresentavam. Trata-se de redistribuição de líquidos, e regredirão espontaneamente. Não são motivo de preocupação quando isolados. Pesquisar cuidadosamente empastamento das panturrilhas, a fim de rastrear trombose venosa. É preciso que fique claro que essa é a rotina específica a se aplicar em puérperas normais. Quando presente alguma afecção, a conduta profilática e terapêutica deverá atender às necessidades do problema existente. Quanto à medicação da puérpera durante a institucionalização, o mais comum é o uso de **analgésicos**, sobre os quais já se comentou anteriormente. Questionável é o uso de **antibióticos** na configuração terapêutica, porém com objetivo profilático. De modo geral, as puérperas de partos normais não requerem terapia antibacteriana. Nos casos de parto operatório, uma análise judiciosa tem de ser feita caso a caso. Nas cesáreas, é rotina a antibioticoterapia profilática durante o ato cirúrgico, o que dispensa continuidade da medicação nos casos de cirurgia eletriva, bolsa íntegra, manipulação delicada dos tecidos. Quando, porém, houver manipulação exacerbada de tecidos, prolongamento de incisão, perda sanguínea abundante e condições de risco para infecção (diabetes, obesidade), convém manter a sua administração. Nos partos vaginais, especialmente com esgarçamento de tecidos e prolongamento de incisões, também é interessante manter a terapêutica. Outros medicamentos serão prescritos de acordo com as necessidades. Discutível é o uso de medicação tópica nos mamilos (vide aspectos emocionais da amamentação).

RECOMENDAÇÕES PARA APÓS A ALTA

As recomendações elencadas a seguir poderão ser feitas para grupos de puérperas por um profissional de saúde ou por equipe multiprofissional. Em algumas instituições, esses grupos se formam para orientar as mães quanto aos autocuidados após a alta e às precauções com o recém-nascido. Eles são úteis porque discutem orientações relativas à saúde propriamente dita do binômio e porque se preocupam em fornecer diretrizes acerca das leis que protegem especialmente as mães trabalhadoras, e em orientá-las sobre o registro civil de sua criança. Para certas populações, isso é de grande valia. Em outros casos, as orientações são

dadas individualmente, geralmente pelo médico assistente ou por outro profissional de saúde a quem essa função seja delegada.

Quanto a **medicamentos**, ao receber alta a puérpera deverá ser orientada para tomar os antibióticos, se estes foram receitados, até completar a dose total prescrita. Analgésicos serão recomendados de acordo com as necessidades da mulher. Preconiza-se manter a ingestão de ferro e ácido fólico até dois meses após o parto. Isso facilita o retorno aos níveis hematimétricos normais e costuma prover a recuperação dos depósitos de ferro diminuídos. É útil, mas, não obrigatória, a administração de oclotocina em "spray" para facilitar a ejeção láctea e, com isso, a sucção pelo recém-nascido.

A **higiene** corporal deverá ser enfatizada nas orientações de alta. Como regra geral, as cicatrizes de cesárea não exigem maiores cuidados além da limpeza com água e sabonete. Não são necessários curativos se a cicatrização estiver ocorrendo de forma satisfatória. As cicatrizes de episiotomia devem ser higienizadas frequentemente, com água e sabonete, de preferência sempre que a mulher urinar ou evacuar. Não necessitam de curativos especiais, em condições de normalidade, mas devem manter-se secas.

É comum as puérperas arguirem sobre o uso de **cintas elásticas**, principalmente as cesareadas. Devem ser informadas de que não há contraindicação a seu uso, mas também que não existe indicação formal para fazê-lo. Convém esclarecer que não é o uso dessa peça que vai reduzir o tamanho do abdome, fazer com que as estrias desapareçam ou melhorar a cicatrização. Esse é um bom momento para orientá-las sobre as vantagens de exercícios físicos, especialmente abdominais, no momento oportuno.

Nunca deixar de recomendar que fiquem atentas a **sinais de alerta** das principais complicações que podem ocorrer após a alta hospitalar. Febre e loquia fétida, ou mesmo suspensão da loquia, às vezes indicam infecção. Lembrar, porém, que a presença de lóquios com mau cheiro, isoladamente, pode ser sinal de higiene precária. Mais tardivamente, dor e manchas avermelhadas nas mamas, acompanhadas de febre, sugerem a instalação de mastite, que, se cuidada precocemente, regredirem com tratamento clínico. Dor e endurecimento da panturrilha, geralmente

unilateral, são indicativos de flebotrombose. Edema bilateral, sem dor, nos primeiros dias de pós-parto, costuma ser apenas consequente à redistribuição dos líquidos orgânicos e não exige cuidados especiais, pois desaparece espontaneamente.

É recomendável que a paciente **retorne** ao sistema de saúde ou ao seu médico ou ainda que receba visita domiciliar uma semana após a alta, para reforço das recomendações referentes à amamentação embora outros aspectos possam ser orientados.

Se a puérpera tiver sido submetida a cesárea e os pontos forem aparentes, o obstetra indicará obrigatoriamente retorno em 5 a 7 dias após o parto, para retirada dos mesmos. Além desse prazo, é grande o risco de o entorno da cicatriz ficar definitivamente marcado. Essa consulta poderá ser aproveitada para outras ações que forem necessárias. Caso a cicatriz seja intradérmica, com fio absorvível ou não, o retorno será solicitado em cerca de 15 dias para o corte das extremidades do fio (absorvível) ou sua retirada (inabsorvível).

Imperiosa é a marcação da **consulta pós-parto para todas as puérperas** geralmente em torno de 40 dias do puerpério. Nessa fase, pelo menos teoricamente, as condições morfológicas da genitália retornaram às condições pré-gravídicas. Nas mulheres que amamentam, o estado endócrino ainda mantém alterações notórias da mucosa vaginal, e na grande maioria não há retorno dos ciclos menstruais. Arguir sobre a amamentação e perdas vaginais. Nessa consulta, o exame clínico das mamas e dos genitais deve ser minucioso. Ainda costuma-se observar a presença de lóquios (loquia alba). Tendo ocorrido alguma complicação clínica na gravidez e/ou no parto, apurar se está sanada ou sob controle. Orientar sobre aquilo que ainda não esteja satisfatório, com a busca de especialistas para determinadas condições. Reforçar **orientação anticoncepcional**. Esta deve ser dada já na alta hospitalar, até porque não se sabe quando o casal voltará à atividade sexual. Lembrar que, embora a amamentação exclusiva forneça certa proteção nos primeiros tempos do puerpério, ela não é de todo segura. Recomendam alguns especialistas a contracepção injetável, especialmente com progestágenos de duração prolongada. Outros, anticoncepcionais hormonais orais de baixa dosagem e com base também em progestágenos. Lembrar que nem uns nem

outros são destituídos de efeitos colaterais indesejáveis (sangramento anômalos, amenorreia após o efeito esperado do medicamento, falha). Os injetáveis são interessantes para mulheres que não devem engravidar, pelo menos em curto prazo, por conta de afecções várias, e nas quais a recomendação de outros métodos não seja confiável. Sabe-se que existe possibilidade de modificação da composição do leite com o uso de progestágenos. O que não se sabe, em essência, é se essas modificações têm resultados indesejáveis significativos para a nutrição do recém-nascido. Para casais esclarecidos, uma orientação segura, em direção ao uso de métodos de barreira, pode ser aconselhável. Quando a escolha para o prazo mais prolongado recair sobre anticoncepcionais orais, talvez o melhor seja escolher o fármaco adequado após o final da amamentação e o retorno de ciclos menstruais normais. Informar ao casal que o intervalo intergestacional recomendável (entre o fim de um episódio reprodutivo e o início de outro) é de pelo menos um ano.

II - ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO

O PRIMEIRO MÊS DE VIDA

É importante destacar o primeiro mês de vida do bebê, quando a família terá de pôr em prática uma série de cuidados que alteram substancialmente sua rotina. Trata-se de um período de adaptação complexa, pois há muitos processos de mudança em curso. Muitas vezes, o retorno para casa acontece num contexto em que a mãe ainda está se recuperando do parto, a lactação ainda não se efetivou e a irregularidade de sono e os horários de mamada do bebê geram insegurança.

Quando há outros filhos pequenos, é comum que manifestem ciúmes em relação ao bebê e demandem maior atenção dos pais, sobretudo da mãe, para a realização de tarefas cotidianas em que a autonomia se perde.

Nesse contexto, é fundamental que o profissional de saúde realize uma visita domiciliar, visando identificar as demandas biológicas da mãe e do bebê, a organização do cuidado familiar frente ao contexto, e apoio à família, valorizando seus aspectos positivos e indicando medidas de suporte para as necessidades desta etapa (SEGRE et al, 2006).

A visita domiciliar está prevista nos serviços que atuam com a Estra-

tégia Saúde da Família (PSF) e recomenda-se que seja realizada pelo enfermeiro na primeira semana em que a mãe retorna da maternidade. Em relação à mulher, o exame físico abrange a identificação de sinais de gravidez (infecção puerperal, hemorragia, depressão pós-parto), queixas de desconforto (dor na incisão, mamas ingurgitadas, mamilos sensíveis, problemas gastrointestinais) e dificuldades com relação ao trabalho doméstico.

Em relação ao bebê, o exame físico busca identificar sinais de gravidez (possível infecção bacteriana, letargia), alterações de pele, aspecto do coto umbilical, padrão de mamadas e presença de reflexos. A maneira como a família organiza o cuidado é fundamental para reverter eventuais problemas e prevenir outros.

Em geral, os cuidados a serem colocados em prática já foram explicados na maternidade e reforçados por ocasião da alta. Mas é somente quando a família encontra-se no seu espaço de autonomia e com a responsabilidade real que as dúvidas surgem. É comum que haja insegurança sobre o banho (melhor horário, temperatura da água, melhor posição do bebê, uso de loções para o “banho seco”), o curativo com o coto umbilical (como avaliar a cicatrização, se o clip está forçando, presença de secreção), a vigília e o sono (melhor posição, horários), o choro (significados, interpretação e respostas dos pais) e, principalmente, sobre a amamentação (presença ou ausência do leite, quantidade satisfatória, posição adequada, pega adequada, intervalos) (SIELSKI & MCKEE GARRETT, 2008).

Esses aspectos são verificados em diferentes contextos socioeconômicos, indicando que, mesmo quando se está diante de uma família com escolaridade universitária, as dúvidas e inseguranças existem e devem ser abordadas pelos técnicos de saúde.

O profissional tem um papel importante no aconselhamento, sobretudo valorizando os aspectos positivos encontrados e buscando a superação dos problemas através do envolvimento dos interessados na definição das medidas cabíveis.

Mais do que “prescrever”, cabe ao profissional utilizar boas técnicas de comunicação, demonstrando interesse, disposição de ouvir atentamente e incluir elementos da rede familiar e social de apoio na resolução dos problemas identificados. Dado que o cuidado necessário deverá ser pos-

to em prática pela própria família, é fundamental que o profissional de saúde exponha sua avaliação acerca dos parâmetros de normalidade encontrados, visando ampliar a confiança dos cuidadores.

O uso de instrumentos como genograma e ecomapa (manual) pode facilitar a identificação da rede e do que é significativo para cada família durante esse primeiro mês de contato.

Dado que se trata de um período de muitas mudanças e alta vulnerabilidade, é fundamental informar os sinais de gravidez (para a saúde da mulher e do bebê), tornando o serviço disponível para atendimento de ambos em qualquer dúvida – sem necessidade de agendamento prévio, exigência de documentação ou qualquer outro aspecto burocrático que dificulte o contato com o serviço de saúde.

AMAMENTAÇÃO

A fim de assegurar uma decisão verdadeiramente informada sobre a alimentação da criança, a educação para a amamentação deve se iniciar no pré-natal e ser voltada a todas as gestantes, não apenas às que já desejam amamentar. Deverão ser abordados os principais aspectos relativos à fisiologia da lactação, os benefícios para a mãe e para o recém-nascido, integrados aos aspectos culturais (ANDRADE e SEGRE, 2002).

As ações que promovem o aleitamento materno compreendem: início da amamentação na primeira meia hora após o parto, alojamento conjunto, sistema de livre demanda, orientações que impeçam o uso de suplementação alimentar desnecessária, uso de bicos artificiais, conhecimento e envolvimento da equipe sobre a amamentação e apoio apropriado no período pós-alta quanto à técnica correta de amamentar.

Colostro: na primeira semana depois do parto, a secreção mamária é um fluido espesso e amarelo chamado colostro. Sua composição é importante para a adaptação fisiológica do recém-nascido à vida extra-uterina. A composição do colostro é diferente daquela do leite maduro, tanto pela natureza de seus componentes, como pelas proporções relativas. A densidade do colostro acha-se entre 1.040 e 1.060. Seu valor energético médio é de 67 Kcal/100 ml, e seu volume varia de 2 a 20 ml por mamada nos primeiros três dias. O colostro é rico especialmente em IgA secretora, bem como em IgM, e o número de células mononucleares imunocompetentes está em seu nível mais elevado.

O colostro facilita o estabelecimento da flora bífida no trato digestivo e a expulsão do meconígio. Por ser rico em anticorpos, pode proteger contra as bactérias e vírus presentes no canal de parto ou associados a outros contatos humanos. O nível de vitaminas também difere daquele do leite maduro: o nível de vitamina A no terceiro dia e o de vitamina E podem ser três vezes maior.

Leite de transição: leite produzido entre a fase de colostro e leite maduro, com mudanças graduais em sua composição. Esta fase se prolonga desde os sete a dez dias após o parto até duas semanas.

As concentrações de imunoglobulina e proteínas totais diminuem, enquanto crescem as de lactose, gordura e calorias totais. As vitaminas hidrossolúveis aumentam e as lipossolúveis se reduzem até os níveis do leite maduro.

Leite maduro: o leite maduro é a sequência natural do processo de amamentação. É o alimento de primeira escolha para crianças sadias, em função de seus componentes nutricionais, anti-infecciosos, imunológicos e benéficos ao desenvolvimento, com importantes vantagens para o estabelecimento do vínculo mãe-filho.

Duração da mamada: embora seja uma característica individual, a maioria dos RN mama aproximadamente 15 a 20 minutos de cada lado. Nos primeiros dias, 5 a 10 minutos podem ser suficientes, ou mesmo apenas uma só mama pode satisfazer o recém-nascido. Com o tempo, desde que o RN esteja mamando correta e vigorosamente, deve-se deixá-lo alimentar-se por quanto tempo quiser, até largar o mamilo. Depois de esgotar a primeira mama, deixar arrotar e oferecer a segunda, até que fique satisfeito. A duração da mamada é determinada pelo próprio bebê.

Intervalo entre as mamadas: regra geral: de acordo com as necessidades da criança (sinais de fome) ou da mãe (mamas cheias). O RN precisa ser amamentado com frequência nos primeiros dias – dez a 12 vezes em 24 horas. Lembrar que o tempo de esvaziamento gástrico é de aproximadamente 1 hora e meia.

Às vezes, o bebê pode dormir por 3 a 4 horas. É melhor acordá-lo para mamar, deixando-o só de fraldas, colocando-o sentado, em posição de

alerta, não esquecendo, contudo, de evitar o esfriamento. O RN deve mamar também à noite, pois isso estimula a produção de leite.

É preciso salientar: cada criança tem seu próprio ritmo, que deve ser respeitado. Quem faz o horário é a criança, não o relógio. O controle deve ser feito pelo exame do RN: atividade, vivacidade, turgor firme, diurese, evacuações e aumento de peso.

Imunização no período neonatal: além da vacina contra a hepatite B, anteriormente mencionada e aplicada antes da alta da maternidade, o recém-nascido deve receber a BCG oral.

Triagem auditiva neonatal: se não foi realizada na maternidade, a triagem auditiva deve ser feita no recém-nascido ainda no período neonatal (antes de 28 dias de vida). (CHAPCHAP, 2002).

Teste do pezinho: mesma situação do item anterior: se não foi realizada na maternidade, a triagem para fenilcetonúria, hipotireoidismo e hemoglobinopatias deve ser feita no recém-nascido ainda no período neonatal.

Consultas de puericultura: a primeira consulta de puericultura do recém-nascido sadio deve ser marcada para o 15º dia de vida, a fim de se avaliarem o aleitamento materno e as condições gerais do bebê. Se necessário – por exemplo, nos casos de presença de icterícia neonatal –, a primeira consulta poderá ocorrer 24 a 48 horas depois da alta da maternidade. Realizar os controles de peso, comprimento, perímetro céfálico e avaliação clínica completa e do desenvolvimento.

AMBULATÓRIO DE ACOMPANHAMENTO DE RECÉM-NASCIDOS DE BAIXO RISCO

O retorno ambulatorial de todos os recém-nascidos de baixo risco, os de termo em alojamento conjunto, deve ser realizado 72 horas após a alta hospitalar, na presença da mãe, para avaliar o aleitamento materno e a evolução da icterícia neonatal, se presente (ALMEIDA et al. 2004).

Marcar consulta de retorno com 1 semana e aos 15 dias de vida.

RECURSOS FÍSICOS

- Uma sala adequadamente ventilada com, no mínimo, 16 m²;

- Sala para secretaria com mesa e cadeira;
- Sala de espera com cadeira para amamentação.

RECURSOS MATERIAIS/EQUIPAMENTOS

- Mesa para atendimento com três cadeiras;
- Mesa para exame físico com colchonete;
- Balança para peso até 8 kg, régua antropométrica e fita métrica de plástico;
- Bandeja de uso individual com termômetro, abaixador de língua, algodão, hastes de algodão e álcool a 70%;
- Estetoscópio, oftalmoscópio e otoscópio.

RECURSOS HUMANOS

A equipe assistencial deve ter treinamento em aleitamento materno. Para o atendimento durante oito horas diárias são necessários:

- Um pediatra;
- Um enfermeiro;
- Um auxiliar de enfermagem;
- Um(a) secretário(a).

AMBULATÓRIO DE ATENÇÃO INTEGRAL AO DESENVOLVIMENTO DE RECÉM-NASCIDOS DE RISCO

Os recém-nascidos de risco para alterações de crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor compreendem aqueles com: peso ao nascer inferior a 1.500 g, idade gestacional inferior a 34 semanas, tamanho pequeno para a idade gestacional, asfixia perinatal, doenças neurológicas, infecções congênitas, entre outros fatores. O ambulatório interdisciplinar de recém-nascidos de risco tem como objetivo realizar a intervenção profilática, a detecção e a terapêutica precoce dos desvios de crescimento e das deficiências motora, visual, auditiva, de linguagem, mental e cognitiva, com visão global da criança e de sua família (FREITAS, 2002). Profissionais de saúde que devem fazer parte desse atendimento: médicos (pediatra, neuropediatra, cirurgião pediátrico, oftalmologista, otorrinolaringologista ou outros), enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e assistente social, especialmente treinados em atenção humanizada ao recém-nascido de risco.

Devem ser especificamente privilegiadas as seguintes ações:

- Detecção da deficiência auditiva;
- Detecção da retinopatia da prematuridade;
- Controle do desenvolvimento neuropsicomotor.

RECURSOS FÍSICOS

- Cada sala adequadamente ventilada com, no mínimo, 16 m²;
- Sala para secretaria, com mesa e cadeira;
- Sala de espera com cadeiras para amamentação.

RECURSOS MATERIAIS/EQUIPAMENTOS

- Mesa para atendimento com três cadeiras;
- Mesa para exame físico com colchonete;
- Uma balança para lactentes e outra para pré-escolares e escolares, régua antropométrica e antropômetro, fita métrica de plástico;
- Termômetro e abaixador de língua de uso individual;
- Estetoscópio, oftalmoscópio e otoscópio;
- Material específico utilizado por profissional da equipe.

RECURSOS HUMANOS

Equipe multidisciplinar: médicos (pediatra, neuropediatra, oftalmologista, ou outros), enfermeiro, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e assistente social, preferencialmente treinados em atenção humanizada ao recém-nascido de risco.

AVALIAÇÃO DO SISTEMA

A instituição deverá manter os seguintes mecanismos de vigilância:

- Comitê de estudos de mortalidade materna;
- Comitê de estudos de mortalidade perinatal;
- Comissão de controle de infecção hospitalar.

Proposta de implantação de um sistema baseado no enfoque de risco

Um sistema de saúde implantado segundo o enfoque de risco deve ter algumas características próprias, de modo a formar uma “pirâmide”, tendo como base o atendimento no nível primário, mais numeroso e difundido na comunidade, e como ápice o atendimento terciário, em número menor e destinado, fundamentalmente, a casos de alto risco materno-fetal-neonatal (SEGRE, 2001), conforme será exposto a seguir.

O grupo de baixo risco perinatal, uma vez identificado, tem suas necessidades atendidas com procedimentos simples de recuperação (nível primário de atenção ambulatorial e atenção ao parto).

Consideram-se como pertencentes ao nível primário todas as unidades que atendem sem restrições à demanda espontânea e dão resolutividade adequada, inclusive encaminhamento aos níveis de maior complexidade. Podem prestar atendimento até a 3.000 partos/ano.

Unidades consideradas como nível primário:

- Unidades básicas de saúde (Centros e Postos de Saúde) para atendimento ambulatorial;
- Unidades mistas para atendimento ao parto normal.

RECURSOS HUMANOS

Equipes de saúde existentes no nível primário, devidamente capacitadas.

AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS

NAS UNIDADES DE NÍVEL PRIMÁRIO

- Dar orientação individual e/ou em grupo de mães no pré-natal;
- Identificar e classificar o risco da gestante;
- Ter capacidade de encaminhar aos níveis de maior complexidade sempre que necessário (manter intercomunicação entre os níveis);
- Atendimento ao parto de gestantes de baixo risco;
- Promover o atendimento ao recém-nascido em sala de parto: presença de pediatra para realizar reanimação neonatal segundo as normas da American Academy of Pediatrics e da Sociedade Brasileira de Pediatria;
- Localizar o recém-nascido em alojamento conjunto logo após o parto;
- Dar apoio aos familiares;
- Fazer agendamento da primeira consulta médica pediátrica e/ou atendimento de enfermagem precoce 72 horas após o parto e sete dias pós-parto (início da puericultura);
- Promover agendamento de demais consultas de retorno, de acordo com o cronograma de puericultura;
- Marcar consulta médica e/ou atendimento de enfermagem de retorno precoce para mães com risco de desmame;
- Promover orientação individual e/ou em grupos de mães sobre aleitamento materno exclusivo até os seis meses;

- Realizar exames laboratoriais simples;
- Promover educação sanitária da comunidade.

Um grupo de risco médio, que demanda técnicas mais especializadas, terá sua resolução em um nível de atenção secundária, com equipe de saúde adequadamente treinada, disposta de equipamentos pertinentes ao nível de risco.

Considerar como nível secundário:

Ambulatorial: unidades adaptadas para recepcionar gestantes de médio risco;

Hospitalar: unidades capacitadas a dar cobertura de 3.000 a 8.000 partos/ano, providas de:

- Unidade de internação obstétrica localizada em hospital geral para gestantes normais e de médio risco de sua própria região de influência
- Salas de parto com facilidades de salas cirúrgicas de hospital geral;
- Instalações para alojamento conjunto;
- Unidade de berçário de médio risco, para atendimento a problemas menos complexos do período neonatal.

RECURSOS HUMANOS

Equipe de saúde existente no nível secundário para o adequado desenvolvimento das ações correspondentes.

AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS NAS

UNIDADES DE NÍVEL SECUNDÁRIO

- As mesmas do nível primário;
- Na sala de parto: presença do pediatra/neonatologista para atendimento imediato ao recém-nascido, segundo as normas da American Academy of Pediatrics e da Sociedade Brasileira de Pediatria;
- Atendimento ao recém-nascido normal em alojamento conjunto;
- Atendimento ao recém-nascido com problemas de médio risco;
- Realizar exames laboratoriais específicos pertinentes ao risco;
- Ter capacidade de encaminhamento ao nível de maior complexidade (terciário) sempre que necessário; ou, uma vez sanado o problema que deu origem ao risco, encaminhar a gestante ao nível de menor complexidade (manter intercomunicação entre os níveis);

- Dar apoio aos familiares;
- Fazer agendamento precoce da puérpera e de seu recém-nascido para a unidade de nível primário que os enviou (contrarreferência) mais próxima de sua residência.

Os casos de risco elevado, que correspondem à minoria, necessitam de tecnologias ainda mais complexas, que devem ser utilizadas por pessoal altamente especializado, constituindo o terceiro nível de atenção.

São considerados equipamentos de nível terciário:

• Ambulatorial: ambulatório de especialidades hospitalar com as seguintes características:

- Unidades obstétricas que possam dar cobertura (supervisão) de 8.000 a 20.000 partos/ano;
- Atuar, excepcionalmente, como nível primário e secundário para as gestantes de sua área específica de atuação;
- Receber todas as gestantes de risco transferidas pelos níveis primário e secundário de sua área de influência;
- Dispor de instalações para alojamento conjunto;
- Dispor de facilidades para mães e recém-nascidos de risco, com infraestrutura completa de atendimento, compreendendo UTI neonatal e de adultos;
- Dispor de equipe multiprofissional de saúde;
- Dispor de serviços de apoio 24 horas/dia;
- Dispor de laboratório para preparo de soluções para alimentação parenteral.

RECURSOS HUMANOS

Equipe multidisciplinar especificamente treinada para o atendimento da mãe e do recém-nascido de alto risco.

AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS

NUM NÍVEL DE ATENDIMENTO TERCIÁRIO

- As mesmas dos níveis primário e secundário;
- Na sala de parto, presença do neonatologista para atendimento imediato ao recém-nascido normal e de risco, segundo as normas da American Academy of Pediatrics e da Sociedade Brasileira de Pediatria;
- Ter capacidade de atender ao recém-nascido de risco com afecções

graves e próprias do período neonatal;

- Realizar ventilação mecânica;
- Atender o recém-nascido de baixo peso, muito baixo peso e extremo baixo peso (recém-nascido fetal);
- Dar atenção ao recém-nascido de risco cirúrgico e/ou malformado;
- Propiciar alimentação parenteral durante 24 horas;
- Capacidade de realizar exames laboratoriais complexos pertinentes aos casos durante 24 horas;
- Dar apoio aos familiares;
- Promover a educação sanitária da comunidade;
- Promover a normalização de condutas;
- Promover a capacitação de pessoal;
- Fazer a supervisão e dar apoio aos níveis de atenção primária e secundária;
- Promover a investigação científica;
- Promover a coleta e processamento de dados;
- Organizar o sistema de transporte;
- Promover a análise de custos e resultados.

III - ASPECTOS EMOCIONAIS

PERÍODO PUPERPAL E NEONATAL

É recomendável que o primeiro contato visual e tátil da mãe com o bebê ocorra logo após o parto, antes do corte do cordão umbilical. Em alguns serviços é permitido que o acompanhante realize o corte do cordão. Coloca-se o bebê junto do corpo da mãe, para então proceder ao corte. Essa prática traz inúmeros benefícios. Para a mãe, poder olhar e tocar seu bebê traz o conforto de saber que está vivo, e a auxilia a adequar a imagem mental que construiu (o bebê ideal), diferente daquele apresentado a ela (o bebê real). Estudos indicam que a imagem mental de um recém-nascido, criada pelas mães e por outros adultos, corresponde à de um bebê de três meses de idade. Portanto, deparar-se com o bebê real – que tem pele com aspecto esbranquiçado pelo vérnix-caseoso, cabeça ligeiramente alongada, pois os ossos do crânio tiveram de se ajustar para a passagem no canal vaginal – pode levar muitas mães a uma sensação de estranhamento, de não reconhecimento de que aquele ser apresentado a ela é o produto da sua gestação. Algumas

mulheres chegam a relatar fantasias de que o bebê foi trocado. Assim, possibilitar que ambos fiquem próximos, que tenham contato pele a pele, possibilitará o gradual reconhecimento, a identificação de aspectos familiares, de traços físicos semelhantes aos genitores ou outros familiares e a formação do vínculo. (SOIFER, 1980).

Na perspectiva física, por exemplo, o contato permite que a proximidade ajude a fortalecer o sistema imunológico do bebê, pois a mãe o coloniza com os microrganismos de seu ambiente. Isso ajuda em sua adaptação imunológica ao meio em que viverá. Na perspectiva psíquica, estudos indicam que o bebê nasce com registros de memória rudimentares e inconscientes, os registros mnêmicos, demonstrando familiaridade com sons, como o da voz materna. Assim, quando a mãe fala ao bebê em geral ele se acalma. O contato pele a pele também pode fornecer conforto, pois permite que o recém-nascido ouça o som familiar dos batimentos cardíacos da mãe e se acalme com os movimentos respiratórios dela. O contato também poderá ajudá-lo a enfrentar a mudança do estado intrauterino para o estado da vida fora do corpo materno, a enfrentar o desamparo, as novas e atemorizantes sensações causadas pelo desconhecido. Promover a proximidade física também facilitará a ocorrência da amamentação na primeira hora de vida do bebê, o que traz inúmeros benefícios físicos e está estreitamente ligado ao fortalecimento do vínculo.

O puerpério é um período de muito trabalho psíquico para a mulher. Ela terá de lidar com a perda do corpo grávido. Nesse período, algumas relatam sensação de esvaziamento, outras contam que continuam a sentir os movimentos fetais. Sabe-se que, em séculos passados, ao útero era dado o nome madre, uma entidade cujo equilíbrio estava diretamente relacionado ao equilíbrio psíquico. Em grupos culturais mais tradicionais, é dito que é a “mãe do corpo” que está a se movimentar. Nesse momento de ajuste, ocorrem alterações físicas e hormonais importantes. E a forma como são nomeadas revelam o sentido que cada uma dá a esses acontecimentos. Como já mencionado acima, agora a mulher terá de se ajustar e investir no corpo não grávido, ajuste que ocorrerá acompanhado da lenta volta ao corpo anterior, de antes da gravidez. Terá ainda de viver o luto pelo bebê ideal, ajustar suas expectativas e investir no bebê real, que agora é um ser que tem vida própria, independente. Agora, de fato deverá exercitar a maternidade, demonstrar

para si e para os outros que é capaz de ser mãe. Deverá aprender a ser mãe para o seu bebê.

Encontra-se, então, em um estado de importantes alterações hormonais, físicas e emocionais, que, dependendo de sua história anterior e da continência oferecida pelos que a cercam, poderá resultar no adequado ajuste psíquico em maior ou menor tempo. Entretanto, algumas mulheres necessitarão da ajuda de um profissional de saúde mental. Sabe-se que as alterações emocionais são comuns no puerpério. Estima-se que entre 50 e 70% das mulheres apresentem um estado depressivo leve e transitório, com cerca de duas semanas de duração, conhecido como blues puerperal. Há manifestações emocionais de fragilidade, hiperemotividade, alterações do humor, falta de confiança em si própria e sentimentos de incapacidade – por exemplo, sentir-se incapaz de cuidar do bebê, incapaz de continuar a cuidar da casa, da família (BRASIL, 2006b).

Manifestações mais graves, que caracterizam o quadro de depressão pós-parto, acometem entre 10 e 15% das puérperas, que têm sintomas como perturbação do apetite e do sono, decréscimo de energia, sentimento de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes

de morte e ideação suicida, sentimento de inadequação e rejeição ao bebê (BRASIL, 2006b). Tais casos necessitam de acompanhamento de profissionais de saúde; pode ser necessário tratamento psicoterápico e/ou medicamentoso.

Deve-se considerar que o companheiro também vive os efeitos do período puerperal. Pode se sentir excluído da relação tão íntima que é estabelecida entre a mãe e o bebê. Também poderá não compreender as reações da mulher no puerpério, sendo necessário esclarecê-lo sobre as manifestações do período, favorecendo assim o ajuste de ambos à entrada do novo membro na família. Quanto à sexualidade, ajustes poderão ser necessários, considerando-se que o bebê demanda muita atenção e prontidão para atender suas necessidades, o que levará o casal a arranjos que possibilitem garantir espaço para sua intimidade e atividade sexual. Quando há outros filhos, podem ocorrer alterações de comportamento, como atitudes agressivas e hostis dirigidas à mãe e ao bebê. Poderão ainda ocorrer regressões, como episódios de enurese noturna, fala mais infantilizada e até agressividade.

Devemos considerar que o nascimento de um bebê impacta à todos, pois com ele nasce uma nova família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAPÍTULO 4 – O NASCIMENTO

PARTO – ASSISTÊNCIA MATERNA – UMBERTO GAZZI LIPPI

- ASHFORD, J. I. – A history of accouchement force. *Birth*, 13:241-249, 2009.
- BLANCHETTE, H. – Comparison of obstetric outcome of a primary care access clinic staffed by certified nurse-midwives and private practice group obstetricians in the same community. *Am J Obstet Gynecol*, 172:1803-1807, 1995.
- CARROLI G & BELIZAN J. – Episiotomy for vaginal birth. *Cochrane Database systematic Reviews*, 1999. Issue 3. Art. N° CD 000081.
- GRAGIN E.B. – Conservation in obstetrics. *NY Med J* 104:1-3,1916.
- GALBA J.A. & COELHO Neto A. – Programa de Atenção Primária de Saúde. Universidade Federal do Ceará - Imprensa Universitária, 1981.
- GUPKA J.K. & NIKODEM V.C. – Woman's position during second stage of labour. *Cochrane Database Systematic Reviews* Issue 1, 1999. Review 2004- CD 002006
- ECKER, J. L. & FROGOLETTA, F. D. Jr. – Caesarean delivery and risk-benefit calculus. *N Engl J Med*, 356:885-888, 2007.
- ENKIN, M. W., WILKINSON, S. C. & GROFF, P. et al. – Withdrawn: manual removal of placenta at caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*, 2005.
- FRASER W, TURCOT L., KRAUSS I. & BRISSON-CARROL G. – Amniotomy for shortening spontaneous labor. *Cochrane database systematic reviews*, issue 4, Art. N° CD 000015, 1999.
- FRIEDMAN E. A. – The graph analysis of labour. *J Obstet Gynecol* 68:1065-82, 1954.
- HARLOW, B. L., FRIGOLLETO, F. D. Jr. & CRAMER, D. W. et al. – Epidemiologic predictors of cesarean section in nulliparous patients at low risk. *Am J Obstet Gynecol*, 33:445-451, 1995.
- HODNETT, E. D. – Home-like versus conventional institutional settings for birth. *Cochrane Database Systematic Reviews*, Issue 2, 2003.
- HARMS, R. – How did the adage 'Once cesarean always a cesarean' originate, and why has it fallen out of favor? *Video*, Mayo Clinic, 2009.
- NISWANDER, K. & GORDON, M. – Safety of the low-forceps operation. *Am J Obstet Gynecol*, 117:619-630, 1973.
- ROCHA, J. & CARVALHO, A. – Parto Humanizado. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Philpott RH - Graphic Records in Labour BR Med J 4:1963-5, 1972.
- SALING, E. – Recommendation for a combined supervision of the fetus during labor by cardiotocography, fetal blood analysis and pulse oximetry. *Fetal Diagn Ther*, 13; 4-7, 1998
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO – Manual Técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo, SES, 2010
- TACKER S.B., STROUP D. & CHANG M. – Continuous electronic heart rate monitoring for fetal assessment during labor. *Cochrane Database Syst Rev*. 2001;(2): CD000063. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Ver*. 2006;(3): CD000063.
- ZHANG J, BERNASKO J.W. & LEYBOVICH E. et al – Continuous labor support from labor attendant for primiparous women: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* 88:739-744, 1996.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Safe motherhood. Care in normal birth: a practical guide. Geneve: WHO, 1996.

CAPÍTULO 4 – O NASCIMENTO

PARTO – ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO – CONCEIÇÃO A. M. SEGRE

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Guidelines for perinatal care. 5 ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists, 2002.

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS & AMERICAN HEART ASSOCIATION. Textbook of Neonatal Resuscitation, 2000. Edição em português, São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2003.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Subcommittee on hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. Pediatrics. 114(1): 297-316, 2004.
- ALMEIDA, M. F. B., REGO , M. A. S. R. & COSTA , H. P. F. – Infraestrutura para atendimento integral ao recém-nascido. Documento Científico do Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria; 2004.
- ANDRADE, R. & SEGRE , C. A. M. – “Aleitamento materno”. In: SEGRE, C. A. M. (editor). Perinatologia. Fundamentos e prática. São Paulo: Sarvier; 2002. p. 409-23.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Normas básicas de alojamento conjunto. GM 1.016 de 26/08/1993
- BRASIL. Ministério da Saúde. Atendimento ao RN na sala de parto. SAS 96 de 14/06/1994.
- CHAPCHAP , M. J. – “Detecção precoce da deficiência auditiva”. In: Segre , C. A. M. (editor). Perinatologia. Fundamentos e prática. São Paulo: Sarvier; 2002.p.820-8.
- ENKIN, M.D. & KEIRSE, M.J.N.C. et al. – A guide to effective care in pregnancy and childbirth, 3^a. Ed., Oxford, Oxford University Press, 2000.
- FREITAS , M. – “Seguimento do recém-nascido de risco”. In: Segre , C. A. M. (editor). Perinatologia. Fundamentos e prática. São Paulo: Sarvier; 2002. p. 873-80.
- FREITAS , M., SEGRE , C. A. M. & SIQUEIRA , A. A. F. – Obstetric care in Brazil: an analysis of the situation. Einstein. 4(1):8-15, 2006.
- GOLSE, B – “O bebê, seu corpo e sua psique: explorações e promessas de um novo mundo”. IN: ARAGÃO, R. O. (org.) O bebê, o corpo e a linguagem. São Paulo. Casa do Psicólogo, São Paulo; p. 13-40, 2004.
- KATTWINKELL , J. – American Academy of Pediatrics & American Heart Association/Neonatal Resuscitation Program Steering Committee. In: Textbook of Neonatal Resuscitation. 4th ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics, 2000.
- MELO , A. C. – Cartão de alta hospitalar para recém-nascido. Correios da SBP. Jan-Mar/2004.
- SEGRE, C. A. M. – “Programa de assistência perinatal”. In: SEGRE, C. A. M. e SANTORO, M. Jr. (editores). Pediatria. Diretrizes básicas e orientação de Serviços. São Paulo: Sarvier; 2001. p. 5-43.
- SEGRE , C. A. M., Costa, H. P. F, Freitas, M. & Border, L. S. – Organização de serviços para atendimento à criança e ao adolescente. Documento científico. SPSP; 2006.
- SIELSKI, L. A. & MCKEE-GARRETT, T. M. – “Nursery care of the well newborn”. In: Cloherty , J. P., Eichenwald , E. C., Stark , A. (editors). Manual of neonatal care. 6th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams and Wilkins; 2008. p. 72-7.
- STARK, A. R. – American Academy of Pediatrics. Committee on Fetus and Newborn. Levels of neonatal care. Pediatrics. 114(5): 1341-7, 2004.

CAPÍTULO 4 – O NASCIMENTO

PARTO – ASPECTOS EMOCIONAIS – CLAUDIA MEDEIROS DE CASTRO

- BRASIL – Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 163 p. color. – (série A. Normas e Manuais Técnicos) – (série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos), 2006
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Antenatal care in developing countries: promises, achievements and missed opportunities: an analysis of trends, levels and differentials, 1990-2001. Geneve: World Health Organization, 2003

CAPÍTULO 4 – O NASCIMENTO

PUERPÉRIO – ASSISTÊNCIA MATERNA – UMBERTO GAZZI LIPPI

- DELASCIO, D., GUARIENTO, A. BRIQUET – Obstetrícia Normal. (2^a. ed). São Paulo: Editora São Paulo, 1970.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO – Manual Técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo, SES, 2010
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Parto, Aborto e Puerpério. Assistência Humanizada à mulher. Brasília. Ministério da Saúde, 2001.

CAPÍTULO 4 – O NASCIMENTO

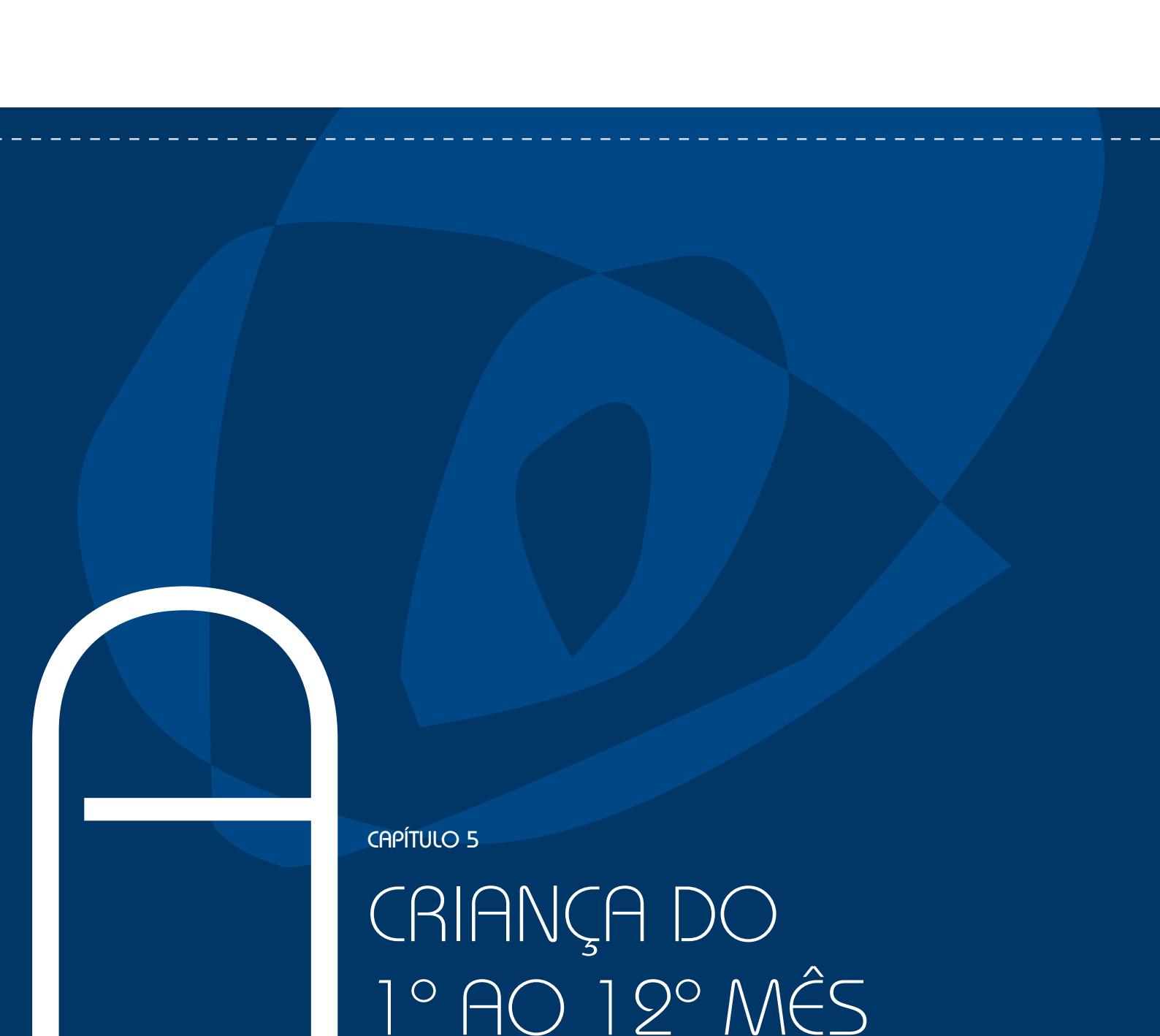
PUERPÉRIO – ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO – CONCEIÇÃO A. M. SEGRE

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Guidelines for perinatal care. 5 ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics and the American College of Obstetricians and Gynecologists. 2002.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS & AMERICAN HEART ASSOCIATION. Textbook of Neonatal Resuscitation, 2000. Edição em português, São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2003.
- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Subcommittee on hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. Pediatrics. 114(1): 297-316, 2004.
- ALMEIDA, M. F. B., REGO, M. A. S. R. & COSTA, H. P. F. – Infra-estrutura para atendimento integral ao recém-nascido. Documento Científico do Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria; 2004.
- ANDRADE, R., SEGRE & C. A. M. – “Aleitamento materno”. In: SEGRE, C. A. M. (editor). Perinatologia. Fundamentos e prática. São Paulo: Sarvier; 2002. p. 409-23.
- CHAPCHAP, M. J. – “Detecção precoce da deficiência auditiva”. In: SEGRE, C. A. M. (editor). Perinatologia. Fundamentos e prática. São Paulo: Sarvier; 2002. p. 820-8.
- FREITAS, M. – “Seguimento do recém-nascido de risco”. In: SEGRE, C. A. M. (editor). Perinatologia. Fundamentos e prática. São Paulo: Sarvier; 2002. p. 873-80.
- SEGRE, C. A. M. – “Programa de assistência perinatal”. In: SEGRE, C. A. M. & SANTORO, M. Jr. (editores). Pediatria. Diretrizes básicas e orientação de Serviços. São Paulo: Sarvier; 2001. p. 5-43.
- SEGRE, C. A. M., COSTA, H. P. F., FREITAS, M. & BORDER, L. S. – Organização de serviços para atendimento à criança e ao adolescente. Documento científico. SPSP; 2006.
- SIELSKI, L. A. & MCKEE-GARRETT, T. M. – “Nursery care of the well newborn”. In: CLOHERTY, J. P., EICHENWALD, E. C. & STARK, A. (editors). Manual of neonatal care. 6th edition. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams and Wilkins; 2008. p. 72-7.

CAPÍTULO 4 – O NASCIMENTO

PUERPÉRIO – ASPECTOS EMOCIONAIS – CLAUDIA MEDEIROS DE CASTRO

- BRASIL. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos), 2006.
- SOIFER, R. – Psicologia da gravidez, parto e puerpério. Porto Alegre: Artes Médicas, 1980.



CAPÍTULO 5

CRIANÇA DO 1º AO 12º MÊS

■ O neurodesenvolvimento
Saul Cypel

■ Aspectos emocionais
Lia Rachel Colussi Cypel

■ Expressões e estímulos
Adriana Friedmann

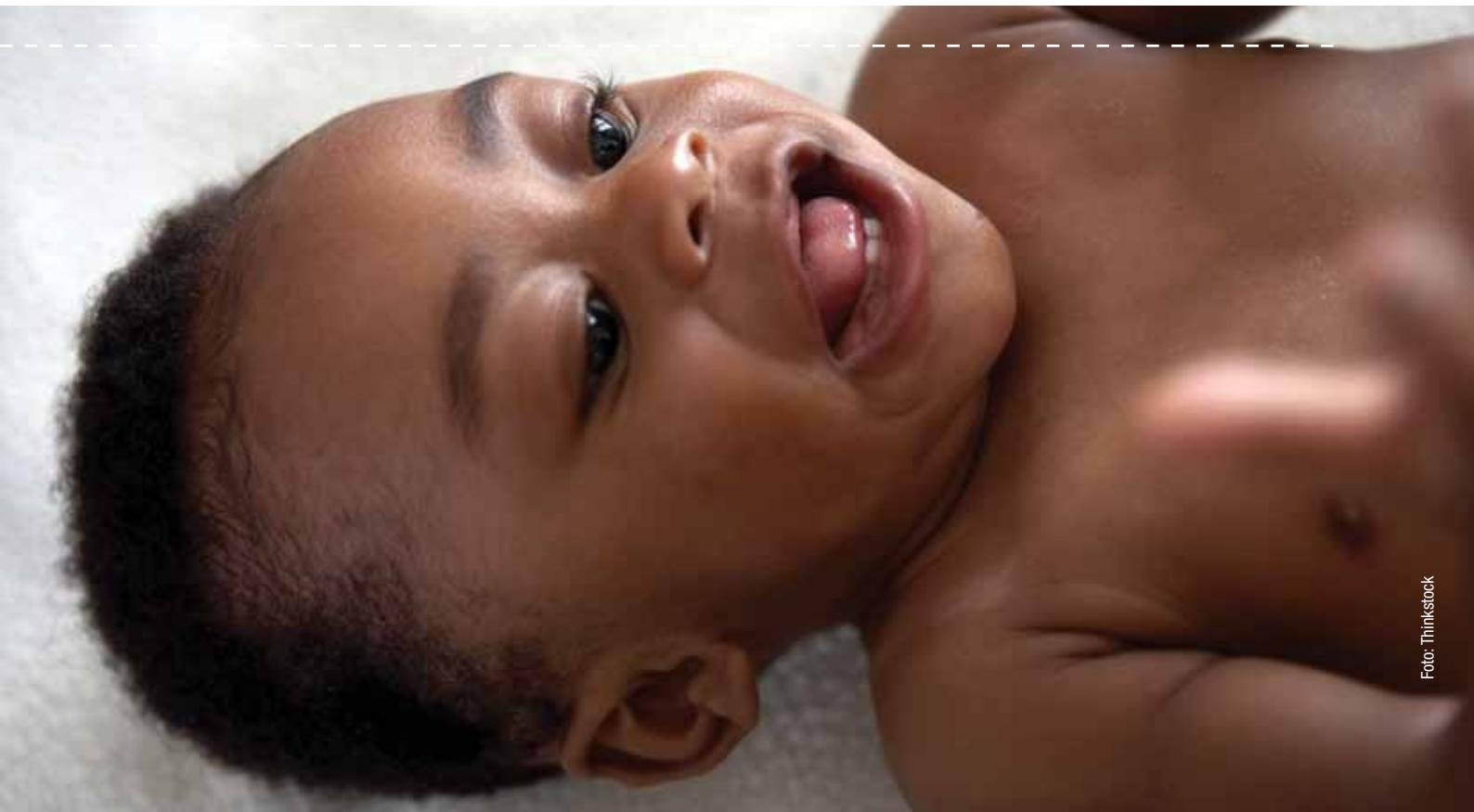


Foto: Thinkstock

O NEURODESENVOLVIMENTO

Neste tema do Neurodesenvolvimento serão abordadas três áreas significativas relativas às crianças de até os três anos de idade. Estes aspectos serão: o desenvolvimento motor, a linguagem e o sono, sendo que entremeados aos mesmos serão feitas referências a outras condições desenvolvimentais. No presente capítulo, serão feitas referências às crianças de 1 a 12 meses.

O DESENVOLVIMENTO MOTOR

O recém-nascido (RN) a termo apresenta comportamento motor peculiar, que corresponde às suas condições de maturidade neurológica (LEFEVRE, 1950; PRECHTL & BAITEMA, 1964; DIAMENT, 1976). Sua postura no berço é característica, ficando em decúbito dorsal com os membros semifletidos (postura em flexão). Apresenta um conjunto de reflexos típicos desta fase:

	INÍCIO	DESAPARECIMENTO
Prensão palmar	Nascimento	2 meses
Prensão plantar	Nascimento	10 meses
Apoio plantar	Nascimento	3 meses
Marcha reflexa	Nascimento	2 meses
Moro	Nascimento	3 meses
Pontos cardinais	Nascimento	3 meses
Sucção reflexa	Nascimento	3 meses

Alguns desses reflexos estarão presentes somente neste período e vão se extinguir nos meses seguintes (Moro). Outros desaparecerão, para retornarem meses mais tarde como atividade voluntária (marcha reflexa) e alguns outros, durante a maturação, transitam de uma atividade reflexa para voluntária (prensão palmar).

Os reflexos de preensão palmar e plantar são desencadeados pela colocação de um objeto ou mesmo de um dos dedos do examinador na palma da mão ou planta do pé, respectivamente, observando-se resposta com flexão vigorosa dos dedos ou dos artelhos.

O apoio plantar ocorre erguendo-se o tronco do bebê como se fosse ficar na posição ereta de pé, notando-se que coloca as plantas dos dois pés apoiadas na superfície do berço. A seguir, ao fazer-se a inclinação do tronco para frente, observa-se que o RN alterna passos reflexamente, como se estivesse caminhando.

Desencadeia-se o reflexo de Moro com o RN em decúbito dorsal, provocando-se um movimento súbito com o lençol ou mesmo um ruído mais intenso. Nota-se a extensão e a abdução dos membros superiores e extensão dos inferiores, seguidas de flexão dos quatro membros e choro. No primeiro ano de vida, ocorrem aquisições importantes no desenvolvimento motor (COLE & COLE, 2003). Esses movimentos voluntários se organizam no sentido crânio-caudal, obedecendo à sequência do processo de mielinização. Ou seja, acontece primeiramente na porção cefálica e, mais tarde, nos membros inferiores.

Assim sendo, podemos destacar três etapas fundamentais do desenvolvimento motor (DIAMENT & CYPEL, 2010):

- Sustentação da cabeça: entre o 2º e o 5º mês
- Sentar sem apoio: entre o 7º e o 10º mês
- Andar sem apoio: entre o 12º e o 18º mês

Entremeados a essas aquisições, percebemos outros detalhes. No primeiro mês de vida, a criança costuma alternar comportamentos diversos entre sono e vigília.

Poderíamos esquematicamente descrevê-los como:

ESTADO 1	Sono profundo	Descansa tranquilamente
ESTADO 2	Sono rápido	Move-se enquanto dorme e reage aos sons
ESTADO 3	Sonolência	Olhos cerrando-se. Dormirá em seguida
ESTADO 4	Vigília descontraída	Olhos abertos com expressão radiante
ESTADO 5	Vigília ativa	Mímica facial. Todo corpo se move
ESTADO 1	Choro	Chora, até grita. Agita o corpo

Também no primeiro mês de vida, a criança consegue elevar a cabeça do berço quando colocada de bruços e fixa um ponto luminoso. No segundo

mês, tem maior habilidade nessa posição e consegue explorar o ambiente, rodando a cabeça e olhando o que se passa em volta. Consegue também proteger-se de ficar desconfortavelmente com a face fixada ao travesseiro, podendo rodá-la voluntariamente.

Sorri espontaneamente em determinados momentos, sem relação com o que ocorre no entorno, e com certa frequência durante o sono, provavelmente motivado por sentimentos internos. É capaz de perceber sons e pode rodar a cabeça para o lado de onde ouve uma voz.

No segundo mês, fixa o olhar em objetos ou pessoas e segue seu deslocamento, fazendo isso com mais constância até o terceiro mês, sorrindo, emitindo sons oraís ou dando pequenas gargalhadas no contato com os pais. Começa a adquirir movimentos voluntários com as mãos, sendo capaz de levá-las até a mamadeira. Os movimentos manuais vão se aprimorando. No quarto mês, apanha objetos e os leva à boca, usando uma preensão de tipo palmar, usando os dedos e a palma das mãos ao fazê-lo, ainda sem condições da preensão em pinça com o polegar e o indicador. Em torno do terceiro ao quinto mês, mostra-se mais independente, revelando maior atividade e interação. Passa a reconhecer visualmente os familiares e a relacionar-se de modo mais evidente. O bebê também se diverte observando as próprias mãos e seus movimentos. Expressa maior interesse pelo seu entorno, especialmente com seu cuidadores, em geral mãe e pai, reconhecendo-os por meio do olhar e pela voz, respondendo ao contato por meio de sorriso e emissão de ruídos com a boca. É capaz de permanecer mais tempo sozinho, distraindo-se por sua própria conta, com bons períodos e maiores de tranquilidade.

Modifica-se progressivamente a postura dos membros em flexão do período de RN para a aquisição de movimentação espontânea e ativa, ora estendendo-os, ora flexionando-os. Iniciam-se também movimentos com o tronco, podendo rodar do decúbito dorsal para a posição de bruços com o auxílio dos membros superiores, deslocando-se pelo berço. O cuidado com o lactente deverá ser redobrado, principalmente se colocado para higiene no trocador, de modo a evitar quedas e traumatismos.

Suas condições visuais progridem rapidamente, fixando melhor o olhar e mostrando maior capacidade de seguir o deslocamento de pessoas e objetos, com percepção tridimensional e noções de aproximação e distanciamento. Será capaz de apanhar ou bater com a mão em um brinquedo que se desloca diante de si. Da percepção inicial de brilho e intensidade

de cores, passa em torno do quarto mês à capacidade de perceber toda a gama de cores. Começa desde essa época a apresentar preferência por determinados tipos e formas de objetos e cores.

Nesse período, a audição segue com progressos. Ressalte-se que as suas condições de audição já estão presentes desde a 30ª semana de vida intrauterina. O bebê demonstra interesse especial pela voz humana, mais nitidamente a de seus pais. A voz da mãe lhe proporciona prazer e tranquilidade. Ouve seus próprios ruídos e sons produzidos com a vibração dos seus lábios. Algumas vezes, ocorrem em resposta à fala que a mãe lhe dirigiu, como se estivesse respondendo.

A partir do quinto e do sexto mês, suas condições de equilíbrio de tronco permitem que comece progressivamente a sentar com apoio. Nas semanas seguintes, apresenta melhor postura, mesmo sem apoio. Nessa época, aprimora também sua habilidade manual, conseguindo manipular melhor os objetos e trocar de mãos, iniciando aos poucos a preensão do tipo pinça, com o polegar e o indicador.

Esse progresso motor voluntário dos membros superiores lhe permitirá usar o apoio protetor das mãos ao cair para os lados se estiver sentado. Mais interessado nos objetos e brinquedos, o bebê será capaz de observar melhor os detalhes, mostrando inclusive uma preferência por determinada cor. Sua percepção e assimilação visuais estão mais amadurecidas, e sente prazer em passeios em que observa o ambiente (parques e supermercado, por exemplo). Entre o sétimo e o oitavo meses demonstra interesse e preferência por certos desenhos ou mesmo figuras de livros infantis.

Aproveita a posição de sentado, passando a ver o mundo de modo mais amplo e interessante, com ampliação do seu campo visual, aumentando a capacidade de rastreamento.

Consegue também mobilizar-se melhor, sendo capaz de virar de bruços e desvirar.

O engatinhar, que começa entre o décimo e o 12º meses, constitui-se uma aquisição motora de importância relativa – certamente dará melhores condições de mobilidade à criança. Entretanto, pode não se manifestar em um bom número delas, o que não é sinal de anormalidade. Alguns bebês chegam a ficar na posição do engatinhar, porém não realizam os movimentos com os membros. O fato de não engatinhar não trará quaisquer prejuízos futuros tanto com relação aos aspectos motores quanto

a outras aquisições funcionais mais complexas (linguagem, aprendizado escolar).

Mas podem deslocar-se de outras maneiras. Por exemplo, movimentos de flexão e extensão dos membros inferiores quando estão sentados, se deslocando para frente, sobre as nádegas. Dessa forma seguem explorando o ambiente.

Durante esse mesmo período, mais próximo dos 12 meses de idade, começa a ficar de pé com apoio. Em seguida, esboça dar alguns passos, apoиando-se em móveis ou sendo seguro por uma das mãos. Certo número de crianças poderá ter essa reação mais tarde, até os 18 meses. Também é um tempo normal.

Alguns pais, no afã de ajudarem o estabelecimento da marcha, colocam seus filhos em andadores. Esses aparelhos permitem deslocar-se com uso da força dos membros inferiores. No entanto, não serão úteis para o melhor desempenho motor, por não oferecerem à criança a oportunidade para que desenvolva sua própria capacidade para a aquisição adequada de postura e equilíbrio do tronco. Além disso, oferecem risco de segurança. Afinal, nos deslocamentos, sem um controle motor adequado, as crianças ficam expostas a traumatismos de severidade variada.

Quando completa um ano já consegue bater palmas. Pode se ver isso na festa de comemoração do aniversário. Seus movimentos manuais são mais precisos, com utilização da preensão em pinça, conseguindo surpreendentemente apanhar objetos de tamanho bastante reduzido.

Passa a apresentar condições motoras para brincar com jogos simples, como receber e jogar uma bola de volta ou mesmo empilhar alguns blocos. É importante ressaltar que esses períodos demarcados das aquisições motoras podem apresentar características individuais e ocorrerem em momentos próximos dos referidos, constituindo o que se considera como variações da normalidade. Porém essa tolerância é relativa e tem limites: quando as aquisições ocorrerem de modo evidentemente discrepante dos padrões referidos, será necessária uma atenção cuidadosa para esclarecimento do atraso observado.

Ainda no âmbito neurológico, é importante monitorar o crescimento do volume do crânio. Isso é avaliado pela medida do perímetro craniano (PC) nas consultas mensais com o pediatra. O resultado nos dá uma informação indireta do crescimento do cérebro, que se desenvolve rapidamente no primeiro ano de vida, aumentando cerca da metade do que o fará até

a vida adulta. Isso expressa, principalmente, a riqueza da estruturação circuitaria neuronal, a consequente organização e o progresso funcional. Da mesma forma que para o peso e altura, para o PC existem tabelas padronizadas e validadas para a população brasileira, inclusive de acordo com o gênero da criança (Tabela 1. MARCONDES et al. 1971, NELLAUS, 1968). Os controles devem ser anotados naquele gráfico, o que permitirá se ter uma noção evidente de como o processo está evoluindo.

TABELA 1. PERÍMETRO CRANIANO

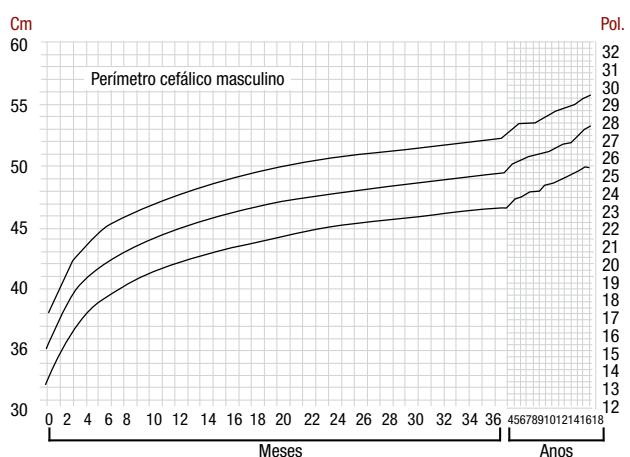


Tabela 1 - Perímetros cefálicos para o sexo masculino com regiões de tolerância baseados em Marcondes et cols., 1971; ⁶ Nelhaus', 1968.

A medida do PC é tomada sempre na glabella e no ponto mais saliente da região occipital. Do ponto de vista prático, os RN a termo têm o PC em torno de 34 a 35 cm, sendo que ao final do primeiro ano estará entre 45 e 47 cm. A progressão é proporcionalmente maior no primeiro semestre, reduzindo-se no segundo.

A LINGUAGEM

A aquisição da linguagem desenvolve-se em várias etapas (BUTTERWORTH & MORIRISSETTE, 1996). A criança vai sendo exposta a um mundo sonoro de comunicação por meio dos familiares e do ambiente que a cerca já desde o nascimento. Ouve a comunicação destes com ela e entre eles mesmos. Inicialmente, terá uma percepção para a entonação das vozes, se mais suave ou mais brusca e grosseira. Será muito impor-

tante que os pais tenham conhecimento de que o bebê se comunica e busca comunicação (RIVA et al., 2006). É preciso enfatizar a importância de que conversem com seus filhos, fato que será de grande relevância para o desenvolvimento da linguagem. Entre outras coisas, a imitação vai oferecendo ao lactente a oportunidade de reproduzir sons, principalmente os labiais – ao mesmo tempo em que ouve o som, também percebe como o adulto o produz (por exemplo, mamã e papá).

A linguagem, mais especialmente a fala, surge em torno dos segundo e terceiro meses, com a emissão dos primeiros sons (gugugu...). Constitui-se no chamado gorjeio ou balbucio, que certamente possuem contextos de comunicação e afetivo. Na sequência, em torno dos quatro meses, terá a percepção mais discriminada dos sons como as vogais e algumas sílabas.

Reagem a ruídos e à voz dos familiares, dirigindo o olhar e a cabeça. Como já referido, suas condições visuais e auditivas e também de interação estão mais amadurecidas, passando a interagir com o meio e com as pessoas que os cercam.

Já em torno do quinto mês, podem imitar alguns sons emitidos pelos adultos. Mostram também reação às entonações com significado expressas pelo adulto, sorrindo ou tranquilizando-se com falas mais doces e reconfortantes, ou mesmo crispando a face e chorando se um tom mais forte ou mesmo um grito for utilizado.

Por volta do sexto e sétimo meses, surgem as vocalizações de sílabas (bababada - dada), características do que chamamos lalação. Passam a ter a compreensão de gestos como “não” por movimento do dedo indicador ou por gestos laterais da cabeça do cuidador. Mostram uma interação consistente pelo olhar e por meio de brincadeiras.

Se aos sete meses a criança não estiver emitindo sons ou mesmo se os emitia e deixou de fazê-lo e/ou reage pouco a ruídos, será importante ouvir a opinião de um profissional para esclarecer o que está ocorrendo (TREVARTHEN & AITKEN, 1994; FENSON et al, 1994; CYPEL, 2010). Com certa frequência poderá haver deficiência auditiva, e o diagnóstico precoce, antes do aniversário de um ano do bebê, reveste-se de um melhor prognóstico.

As primeiras palavras vão surgir no período dos dez aos 12 meses. As crianças utilizam para a sua emissão fonemas labiais (papá e mamã). Passam a atender quando chamadas pelo nome. Interessam-se por can-

ções infantis e pedem a sua repetição. Usam gestos para solicitar o que querem e entendem bem mais do que conseguem expressar.

Será importante falar com a criança de modo correto, embora em alguns momentos o adulto possa usar afetuosamente expressões com dicção mais infantilizada, imitando um bebê falando. O uso de pequenos livros com figuras ilustrativas certamente despertará interesse e servirá para introduzir palavras e novas informações.

O SONO

O sono no primeiro ano de vida apresenta variações à medida que os meses vão transcorrendo (KLEITMAN, 1963; REIMÃO, 2010).

Habitualmente, até o terceiro e quarto meses, os bebês costumam dormir boa parte do tempo, até cerca de 16 horas por dia. Eles acordam para as mamadas ou por algum desconforto (fralda molhada, etc.) a cada duas ou três horas.

A ciclagem do sono ocorre inclusive durante o período noturno, indo do descanso tranquilo e profundo ao mais ativo (THOMAS & WHYNEY, 1989). Este equivale ao sono REM do adulto, período de maior ocorrência de sonhos, e ocupa cerca de 50% a 80% do sono do neonato. O padrão muda no restante da vida, com redução progressiva do sono REM.

Alguns bebês acordam duas ou três vezes durante a noite, sem que haja maiores dificuldades em seu entorno. Observa-se que ainda não adquiriram o hábito do sono noturno mais prolongado. Às vezes, dormem mais durante o dia do que à noite ("trocam o dia pela noite", como dizem alguns pais). Nesses casos, é preciso acolhê-los por curto tempo, sem retirá-los do berço, mantendo a penumbra do quarto, incentivando-os a dormir novamente, e insistindo na aquisição do sono noturno mais contínuo. Em outras ocasiões, há necessidade de correção alimentar, com aumento da quantidade láctea na última mamada. Outras vezes despertam muito cedo pela manhã. Isso poderá ser contornado colocando-se cortinas para manter o ambiente mais escuro. Na medida em que essas atitudes de adequação forem se repetindo, observa-se a recuperação do hábito noturno do sono.

É importante lembrar que os períodos de sono noturno duram em torno de dez horas. Embora existam variações individuais, será importante manter esse parâmetro.

Já a partir do quinto e sexto meses começam, durante o dia, a não dormir no intervalo entre as mamadas. O sono até pode ocorrer após se alimentarem, mas um tempo depois acordam e assim permanecem, interessando-se por algum objeto ou pela interação com o cuidador. Dormem por poucas horas de manhã e à tarde. Já à noite, o período de sono é mais prolongado, passando a acordar uma vez para mamar, quando anteriormente o faziam a cada três ou quatro horas. Entre o sétimo e oitavo meses, mostram-se bastante ativos. Mesmo no início da noite, quando chega seu horário de dormir, por volta das 20hs, querem seguir entretenidos e participando. Ainda que fiquem por mais alguns minutos juntos com os familiares, é importante que sejam colocados em seguida para dormir, conservando-se o hábito já estabelecido. Muitas vezes um banho quente ou mesmo uma massagem delicada auxilia a que fiquem mais tranquilos.

Outros lactentes acordam com alguma frequência à noite, de duas a quatro vezes, chorando e gerando estresse nos pais. É importante certificar-se de que nada de maior risco esteja ocorrendo. Assim, os cuidadores devem atender o bebê, conversar um curto tempo, procurar acalmá-lo e sair do quarto mesmo que ele siga chorando. Essa manifestação poderá estender-se por alguns minutos, mas aos poucos vai terminando. Algumas crianças têm esse comportamento quando sentem o ambiente do quarto muito escuro. Uma luz discreta de abajur poderá deixá-las mais calmas. Essa seria uma época adequada para incentivar sua autonomia, deixando-a dormir em seu próprio quarto. Conseguem manter períodos de até dez horas de sono noturno, e boa parte dos bebês já não acorda durante a noite.

Assim seguem até o final do primeiro ano, quando algumas crianças dispensam a mamada noturna. Mesmo se acordarem durante a noite, conseguirão satisfazer-se com um pouco de água para logo adormecerem. O sono segue ciclando entre o superficial e profundo por períodos de 90 minutos, em torno de seis ciclos por noite. No sono superficial, o bebê poderá abrir rapidamente os olhos, chorar e em seguida voltar a dormir. Em outros momentos, necessita da presença de um dos pais por poucos minutos e de uma conversa suave para adormecer novamente.

O sono e a alimentação são duas áreas extremamente sensíveis às alterações emocionais do bebê. Observamos que crianças com antecedentes significativos de condições de risco perinatais (ameaça de aborta-

mento, por exemplo) ou que percebem modificações ocorridas nos pais (depressão materna e/ou paterna) sofrem mudanças comportamentais. Nesses casos, os bebês podem se mostrar excessivamente inquietos, com choro frequente e dificuldades para descansar.

Esses comportamentos alterados do sono se manifestam na dificuldade em começar a dormir, ficando no colo e nos embalos da mãe. Adormecem depois de um tempo razoável. Porém, com certa frequência, despertam assim que são colocadas no berço e retornam para o colo do cuidador. Podem seguir dormindo por um curto espaço de tempo, despertando novamente, repetindo-se essa situação de três a quatro vezes por noite, por várias semanas, levando os pais à exaustão.

Na tentativa de acalmar seu bebê, a mãe oferece o peito a cada vez, e ele o suga vorazmente. Em certas ocasiões, insiste em permanecer sugando por tempo prolongado, mesmo que não esteja mais retirando o leite.

Com nove ou dez meses, podem continuar com as dificuldades de sono, resistindo a acomodar-se no berço, exigindo a presença do adulto, que muitas vezes deita com seu filho ou o leva para a cama do casal. Seguem os períodos curtos de sono, acordando diversas vezes e novamente solicitando os pais. Observa-se que estes muitas vezes se sentem inseguros em impor regras mais eficientes e acolhem excessivamente seu filho, o que determina um reforço na ansiedade e na insegurança do bebê.

Os familiares e cuidadores devem ser esclarecidos sobre a importância do sono e de como lidar em circunstâncias adversas quando a criança mostra dificuldades em habituar-se às regras naturalmente estabelecidas. Atitudes cuidadosas, esclarecedoras e firmes, mas com afeto, ajudam a contornar de modo adequado esses momentos, favorecendo uma melhor interação e possibilidades de organização comportamental e emocional do filho.

nor intensidades e importância entre pais, filhos e irmãos. No entanto, percebemos que estas lutas com o mundo externo irão ajudar a criança, gradativamente, a encarar os sentimentos, as fantasias e conflitos que se passam em seu interior.

Quando a criança consegue lidar com as dificuldades que vão aparecendo em cada fase do seu desenvolvimento, acolhida e amparada por sensibilidade, afeto e compreensão dos pais, adquire segurança em seus próprios recursos psíquicos e emocionais. Passa a confiar nos vínculos que irão sustentar a construção de sua estabilidade emocional, independência e autoestima.

Eis porque é importante salientar que, embora o instinto natural dos pais e o amor seja um guia imprescindível para a criação do filho, não são suficientes, muitas vezes, para levar a criança ao desenvolvimento saudável de suas reais potencialidades.

Será fundamental que sejam somados, dentro do possível, os conhecimentos e os *insights* (compreensão) sobre o desenvolvimento emocional do bebê e o funcionamento de sua mente. Essas atitudes aprofundam o entendimento vital sobre as vicissitudes na construção daquele elo da maior importância na sua vida: o vínculo afetivo entre pais e filhos.

Contudo, “torna-se importante acrescentar, que ao tentarem criar seus filhos da melhor maneira possível, os pais estarão lidando, desde o início, com seres humanos individuais, com um potencial que pode ser incentivado e gradualmente ser ajudado a se realizar, mas nunca como criações dos pais, que podem ser moldadas de acordo com suas vontades”, como menciona Marta Harris (1995).

A ajuda que pode ser dada aos filhos depende dos recursos emocionais dos pais, dos limites de suas circunstâncias e contextos, e também de suas personalidades. Esses fatores poderão ser, certamente, mais bem aplicados quanto mais consciência se tiver sobre eles.

ASPECTOS EMOCIONAIS

Tornar-se mãe e pai, em certo sentido, acontece da noite para o dia, mas em outro, é uma função na qual devemos crescer por meio da experiência e por meio de erros e acertos que praticamos.

Se observarmos mais de perto a maneira como uma criança cresce em sua família, verificamos que são inevitáveis os conflitos de maior ou me-

A IMPORTÂNCIA DE SER MÃE E PAI

Sabe-se que o filhote humano tem uma condição única em relação aos filhotes de todos os outros mamíferos. Enquanto as crias de outras espécies têm um curto período de dependência de cuidados externos, visto que já vêm ao mundo providos de recursos que permitem uma rápida adaptação à vida extrauterina, o bebê humano nasce sem condições de sobrevivência. Isso exige um longo período de dependência em relação a

outro ser humano que garanta sua vida física e psíquica.

Tudo que o bebê conta ao nascer, além de seu desamparo e impotência, é uma quantidade de energia vital, não integrada, indiscriminada e difusa. Sua dependência é total de um contato com outro ser humano que exerce a função materna, para que venha gradativamente organizar toda sua energia de vida e construir suas funções adaptativas, que nos outros mamíferos já estão prontas ao nascer.

FUNÇÃO MATERNA

Não existe tarefa de maior responsabilidade do que a de ser mãe, de ser responsável por uma nova vida que depende tanto dela para seu bem-estar físico e mental.

O peso da responsabilidade pelo bebê pode ser tão grande que a mãe acaba podendo ficar excessivamente concentrada nos cuidados físicos e pouco sensível aos seus sentimentos.

É preciso grande esforço de imaginação e amor para vivenciar os aspectos emocionais que desde o início permeiam o vínculo com seu bebê. Este pequeno ser requer, antes de qualquer coisa, ser compreendido e ocupar um lugar de importância fundamental na vida de uma (ou mais) pessoa(s). (NÓBREGA, 2005).

É importante salientar que a função materna só pode ser exercida por um humano, independentemente de ter dado à luz, portanto. Pode ser homem ou mulher, desde que tenha condição de maternagem, ou seja, deve haver um afeto em relação ao bebê, um desejo estruturante de que ele sobreviva e se desenvolva, um prazer amoroso mutuamente integrador e uma experiência de continência (acolhimento) que prioriza aquele pequeno ser em seu universo emocional, inundando-o de amor. Isso significa conferir-lhe a importância de ser único, fundamental e indispensável em seu existir para aquela determinada pessoa. (CARON, 2000).

O termo maternagem foi usado por Winnicott (1982) em sua obra, em vários momentos e refere-se à maneira boa e protetora de a mãe cuidar de seu bebê, o que inclui amparo às necessidades fisiológicas e todo o investimento de desejo, amor e aconchego.

Neste vínculo, segundo Winnicott, a mãe passa ao seu bebê os limites e a proteção, oferecendo-lhe o mínimo de desconforto possível no novo ambiente extra uterino que, por ser desconhecido, pode ser sentido por ele como hostil ou até mesmo agressivo.

Este conjunto de disposições é predominantemente inconsciente e depende da personalidade materna, mas também de fatores de sua realidade e proposições intencionais conscientes dela, na busca de melhor destino para a complexa relação com seu filho.

Daí a importância de buscarmos estratégias e aprimorar técnicas no sentido de sensibilizar as mães para o valor de sua função, de lhe facilitar posicionamentos mais adequados à função e potencializar suas habilidades, por meio de informação e reflexão interativa.

Os elementos em jogo na dimensão afetiva do encontro mãe / bebê são extremamente sutis, aquém do verbal. E as sensações mais íntimas da mãe no contato com seu filho, acarretam um fluxo inconsciente de sentimentos, fantasias, desejos, expectativas que transitam de um para outro por meio do olhar, do toque, do ritmo e do tom de voz, do odor, etc. Neste universo vincular é de fundamental importância a oscilação natural, mas balanceada, entre presença e ausência da mãe, o momento de satisfação e prazer versus o vazio e a frustração deixados pela sua falta. Esse desconforto do vazio pode ser vivido pela criança como uma experiência de ansiedade e medo. Se a ausência se prolongar, pode ser sentida como intolerável, gerando uma experiência emocional de “inexistência” e posteriormente, se persistir, de desamparo total, causando danos psicológicos de variadas intensidades.

No entanto, quando há uma ausência curta, provisória, vivenciar conforto X desconforto, prazer X desprazer, o que está dentro X o que está fora dele mesmo, é algo essencial para auxiliar o bebê na aquisição do processo de discriminação, que funda a sua percepção das diferenças. A diferença percebida e vivenciada afetivamente é o suporte para a experiência de discriminação “eu X não eu”, ou seja, distinguir “eu do outro”, que é diferente de mim. Essas vivências são a base de futuras possibilidades do bebê de se identificar, isto é, ter como modelo pessoas que o circundam e de posterior construção da identidade.

O sucesso destes processos depende da mãe, mesmo quando está afastada, deve manter afetivamente o bebê dentro de si. Ou seja, “continuar a ter um bebê presente internamente em sua mente mesmo que esteja longe”, o que permite a este construir dentro de si figura de mãe como um ser suficientemente bom, protetor e permanente.

Esses diversos espaços de falta provocados pelas ausências temporárias materna é o que vai permitir a aquisição da linguagem e da simboliza-

ção posteriormente, uma vez que são mobilizados movimentos psíquicos para criar uma representação no lugar da figura ausente.

Aparecem então dor psíquica (sofrimento), medo, desamparo, saudade, falta, raiva, que só serão mitigados na medida possível da continência (aconchego) materna. Esta vivência é que permitirá a percepção pela mãe desse estado emocional no filho e tornara o desconforto do bebê mais suportável. Isto ocorre pelo oferecimento de acolhimento e elaboração afetiva no sentido de “suportar junto, com afeto”, de oferecer uma “mente auxiliar” para compartilhar aquele sofrimento com o filho.

A interpretação correta pela figura materna do que o bebê está sentindo, constrói nesta fase o caminho para a sua aquisição gradativa das fantasias enriquecedoras do psiquismo infantil e o gradual reconhecimento da realidade interna e externa (do que se passa dentro e fora dele).

Se esse tipo de interpretação não for possível para a mãe, ou uma interpretação distorcida por dificuldades emocionais maternas significativas, haverá uma tradução deficitária dos anseios infantis, uma negação ou indiferença ao bebê real. Isso denotará a ausência do desejo, do investimento afetivo no vínculo, da alegria de compartilhar os próprios sentimentos com as respostas dadas pela existência do bebê. Não haverá relação, nem interação mútuas satisfatórias. E como uma “névoa” no vínculo impedirá o reconhecimento da existência daquele bebê como ser importante, único e singular - gerando, como foi dito, comprometimento psíquico, pobreza de pensamentos, ideias, fantasias, de reconhecimento da própria vida afetiva e do outro. (ROSENBLUTH, 1973).

FUNÇÃO PATERNA

Dar à luz é uma experiência única e mobiliza intensa carga emocional na mulher. Mas esta experiência comovente e extraordinária precisa ser compartilhada com alguém, num vínculo afetivo no qual se sinta acolhida. Pode ser que a mãe não saiba verbalizar diretamente este sentimento, mas é importante que o marido esteja presente e compreenda o que ela está sentindo, que ele se interesse pelos sentimentos dela e também pelo bebê.

Compartilhar com o marido suas vivências e sentimentos de alegria ou temor naquele momento inicial do vínculo com seu filho ameniza a carga de intensa responsabilidade que acompanha o prazer de ter dado à luz um bebê. (WINNICOTT, 1993).

A figura paterna deverá saber que desempenha um papel importante neste momento: o de oferecer continência e reasseguramento afetivo à esposa. E precisa sentir-se útil desde o início. Primeiramente para a mãe e, indiretamente, para o recém-nascido; aos poucos, diretamente útil também para o bebê, complementando a função de acolhimento da genitora.

Sua presença sensível e protetora será fundamental para favorecer que a mãe tolere sua insegurança inicial quanto à função materna, a necessidade de atenção e seus sentimentos de fragilidade e medo. E será uma maneira de a figura paterna satisfazer suas aspirações maternais que, mesmo inconscientes ou negadas, existem em todos os pais. Quanto mais aceitas melhor a identificação com os anseios e necessidades da esposa naquele momento.

Essas aspirações tornam-se inúteis quando se estabelece um confronto com a figura materna: uma disputa pela atenção e pelo amor do bebê. Quando duas pessoas irão cuidar da criança, precisarão estar num vínculo de colaboração e compreensão mútuas. Caso contrário, a situação fica bastante confusa para o bebê, que se sente abandonado e preterido frente à disputa entre os pais (ou outros rivais como mãe e avó, ou as duas avós, etc.).

O confinamento da mãe, nos primeiros dias ou até nos primeiros meses após o parto, exige maturidade emocional do marido para não se sentir ou não tolerar ser deixado, de fato, de lado. Para a mãe, é importante que o recém-nascido seja sua prioridade.

Quando o pai se sente insatisfeito ou quando suas necessidades infantis passam a ser preponderantes, ele pode tornar-se uma sobrecarga maior para a mãe, disputando sua atenção ou tendo ciúmes e competindo com o próprio filho. Grande parte da evolução saudável dos vínculos posteriores vai depender de a figura paterna, o mais brevemente possível superar essas vivências imaturas e resgatar a função de protetor e estabilizador da situação nova e desconhecida que é um nascimento na família.

Uma maneira de a esposa ajudar o marido a não ceder aos impulsos de ciúme e a sentimentos de fragilidade e rejeição é demandar dele ajuda. Em vez de pedir auxílio aos próprios pais ou amigos, pode dar-lhe a oportunidade e o espaço para sentir-se útil, como já dissemos, e para poder tomar contato com sua função imprescindível e essencial, neste momento, junto à esposa e ao filho.

Em cada etapa do desenvolvimento da criança, a importância e a necessidade da figura paterna se apresentarão com características específicas. No decorrer do 1º ano, será muito necessária sua intervenção afetuosa, compreensiva, mas firme e coerente. Isso será importante a fim de ajudar a mãe e o bebê a transformarem o seu vínculo fusional (vínculo de duas pessoas como se fossem uma só) em algo mais diferenciado em suas individualidades, acolhendo e elaborando as angustias decorrentes dessa vivência de individuação – condição imprescindível para que a criança evolua de extrema dependência para sua independência relativa. Também será a figura paterna o principal representante do sistema de interdição na família. Colocando limites, regras, permitirá aos filhos saírem do mundo de satisfação plena dos seus desejos, de vivências de desconhecimento da existência do outro para o universo da alteridade, com respeito pelas diferenças. Assim, podem se inserir em sua cadeia geracional e em sua história, assumindo gradativamente a autonomia, liberdade e a responsabilidade por si e pela sociedade que estará ajudando a construir.

O MUNDO DO BEBÊ RECÉM-NASCIDO

É necessário e saudável que a mãe tome consciência de que seu bebê é único, diferente de qualquer outro bebê de amigas ou de seus outros filhos que já possa ter tido ou que irá ter e que ela, mesmo sendo a mesma, também será um pouco diferente para cada um de seus filhos. Marta Harris (1995), coordenadora durante muitos anos do Departamento de Crianças e Pais, da consagrada Tavistock Clinic, em Londres menciona com precisão o processo de estabelecimento de vínculos: “O relacionamento se desenvolve com a capacidade de duas pessoas experimentarem e se ajustarem à natureza, uma da outra. Da maneira como seu filho precisa de alimentação e espaço para crescer, precisa da segurança de um vínculo amoroso, no qual possa se expressar, deixar-se conhecer e conhecer-se e perceber a grande quantidade de sentimento por ele vividos. Por meio de sua resposta como mãe às necessidades físicas e emocionais do bebê, ele vai aprender a conhecer a mãe e a construir sua confiança em uma pessoa cuidadosa e prestativa e, por meio de sua interpretação adequada dos sentimentos dele, o bebê vai aprender a conhecer-se” (HARRIS, 1995).

A mãe não precisa acertar sempre, basta estar genuinamente envolvida

no vínculo e disponível para aprender com a experiência que estará sendo vivida. Mas talvez a experiência maior e mais importante seja a que ela mesma teve quando bebê e que, embora não se recorde conscientemente, estará nos fundamentos de sua capacidade de reagir, de manter-se vinculada afetivamente e oferecer continência em nível satisfatório. As primeiras necessidades do bebê são ser carregado, vestido, alimentado e ter alguém que gradue o seu contato com os estímulos do mundo externo para que não sejam tão abruptamente diferentes do meio intra uterino e possam ser gradativamente tolerados, sem serem vividos como intrusivos e ameaçadores.

A proteção do corpo da mãe, o seu calor, os seus gestos de delicadeza, empatia e proteção vão lhe garantir a segurança e conforto emocional necessários para favorecer novos contatos com o mundo externo desconhecido. Como já mencionamos, a mãe deverá estar presente afetivamente e com empatia com o filho para atender tanto suas sensações desagradáveis, como dor e o desconforto expressos em termos físicos (evacuações, urina, vômitos, gases, etc.), quanto sua necessidade de alimento e afeto amoroso. Deverá também compreender os sentimentos e desejos que a criança expressará nesse início por contato sensorial, voz, carinhos, toques, olhar... Essa é a “função de continência” materna. É necessário repetir para dimensionar a importância do que Winnicott (1988) denomina “preocupação materna primária”: estado mental no qual a mãe se torna capaz de se colocar no lugar do bebê, de segurá-lo bem, de atuar como um “ego auxiliar”, mesmo que frágil, de tal forma que o filho possa usufruir de um mínimo conforto quanto às suas agoniadas e desconfortos iniciais de vida.

Isto porque, neste início, a mãe é o mundo do bebê, embora ele não a reconheça como uma pessoa à parte. Pelo contrário, a figura materna é apenas uma continuidade de seu próprio corpo, com experiências prazerosas ou não, e que lhe despertam reações físicas e emocionais variadas. A mãe é o braço que o carrega, a mão que o veste e despe, que lhe dá banho, o colo que o aquece e embala, o seio que o alimenta e sacia sua fome. Às vezes é aquela também que falha em satisfazer sua necessidade imperiosa. Mas o bebê não discrimina se o que vive vem de fora ou de dentro dele, até mesmo porque não tem estas noções. Isto significa que a criança e a mãe são sentidos como extensão um do outro, como uma coisa só.

A ênfase no conhecimento e compreensão dessas experiências iniciais do recém-nascido até os 3 meses justifica-se porque as necessidades dessa época são poucas, mas podem ser aflitivas para o bebê quando não atendidas. O grau tolerável de frustração do bebê é muito pequeno. Pouco a pouco irá aumentando gradativamente sua capacidade de tolerar a não realização de seus desejos e necessidades.

A tolerância aumentará como decorrência do predomínio de vivências de compreensão e satisfação de suas necessidades, que serão internalizadas como recursos positivos e bons, expressão de um vínculo estável e confiável. Esse sentimento lhe dará apoio emocional em eventuais momentos de sofrimento por frustração, sem que entre em desespero. No entanto, o bebê ainda não teve tempo para estocar emocionalmente essas experiências.

A situação de amparo no abraço materno é o primeiro vínculo, após o caos do nascimento, dentro do qual sua personalidade pode se desenvolver e ampliar o contato com o mundo ao seu redor.

Depois que o bebê adquire um pouco mais consciência do que está vivendo, tendo uma ideia melhor sobre suas próprias necessidades por interpretá-las corretamente, começa a se comunicar mais ativamente e com maior clareza. Contudo, muitas vezes não consegue saber o que está querendo até que alguém o entenda e o satisfaça e o prepare para que a experiência negativa seja apagada.

Se predominarem experiências de satisfação das necessidades, as vivências que vêm sendo descritas até agora favorecerão aos poucos, a organização da figura materna cada vez mais como uma pessoa por inteiro – sua mãe - a quem o bebê pode chamar para consolo, companhia ou brincadeiras.

E quando acontece o contrário, quando vive predominantemente experiências negativas, quando há falta de compreensão ou, pior, há a ausência de um vínculo significativo que o proteja dos momentos de desconforto e terror? O bebê organiza essas experiências de modo a construir uma “figura má” do qual se afasta, sem querer se relacionar. E o esforço terá de ser intenso para que um novo vínculo resgate o investimento afetivo, para que a força de vida ganhe espaço novamente no mundo interno da criança e renove sua esperança e confiança em si mesma, no outro e no ambiente que a cerca.

AMAMENTAÇÃO

Alimentar-se e viver, o que chamamos de amamentação, significa para o recém-nascido todo o seu mundo, a fonte privilegiada de suas relações com o meio ao seu redor pelo qual estabelece contato emocional, nutrindo não somente seu corpo, mas também sua mente.

Nesta fase inicial de vinculação afetiva, a situação positiva da amamentação, na qual a mulher se sente confiante, capaz de usufruir e se sentir feliz na doação física e íntima, é a maneira mais completa de ser alcançado o estado de unidade e harmonia total na relação mãe/bebê. As evidências que apontam para a importância do aleitamento materno são indiscutíveis. O que não pode ocorrer é uma interpretação equivocada que coloque em equivalência amor pelo filho e desejo de amamentar, gerando um julgamento depreciativo das mães que por uma ou outra razão não o fazem.

Nem sempre é possível que a amamentação aconteça e a mãe dependerá muito de si mesma para alcançar tal condição, aprendendo como fazê-lo, embora seu sucesso ou fracasso, no estabelecimento do aleitamento também possa ser influenciado pela ajuda que recebe do médico, da enfermeira ou mesmo do marido ou outros familiares.

Nas semanas seguintes ao nascimento, a amamentação é o acontecimento mais importante para a mãe e para o bebê. No entanto, não deve ser forçada. Isso deve ser alcançado sem pressa, com cautela, paciência e tranquilidade. A maioria dos recém-nascidos não sabe bem como mamar de imediato e precisa de um pouco de estímulo e “tentativas” de aproximação ao seio. A mãe também estará sujeita a sentimentos inconscientes a respeito da eficácia de seu leite para realmente sustentar o seu bebê. A ansiedade só diminui quando ele mama com firmeza, fica satisfeito e se desenvolve. Quando isto não acontece, será mais suportável para a mãe sustentar uma atitude de persistência por mais tempo se estiver consciente de que a “alimentação” é o mundo inteiro para o filho e a fonte de todas suas novas interações.

“Mais importante que as características do leite, o que importa é a atitude da mãe e sua capacidade de permanecer desejosa de amamentar. Permitir-se dedicar tempo para observar o seu bebê e as próprias reações frente a ele, não se preocupar em excesso se as coisas não funcionam bem de imediato e tratar de inventar novas maneiras de esta-

belecer o vínculo. Buscar ajuda, se necessário, e sobretudo usufruir dos momentos de experiências prazerosas para recarregar as reservas de energia afetiva e disponibilidade integral pela convicção genuína de que acha que vale a pena o investimento" (BOTBOL, 2005).

Contudo, atualmente sabemos que um número enorme de pessoas se desenvolve satisfatoriamente sem que tenha passado pela experiência da amamentação no seio. Isto significa que existem outras formas por meio das quais um bebê pode experimentar um contato físico íntimo com a mãe e criar um vínculo afetivo com ela.

O lamentável é que ambos perdem se não passarem por esta experiência, uma vez que a amamentação no seio é uma forma de comunicação privilegiada. "Ali estarão se estabelecendo as bases de uma riqueza de personalidade, a força do caráter, a oportunidade de fortalecimento da criatividade, a chance de felicidade de um indivíduo" (WINNICOTT, 1996). Neste encontro inicial mãe/bebê o que está suposto na amamentação não é de ordem meramente orgânica. Um ser humano está sendo desenvolvido a partir de manifestações e de palavras carinhosas que humanizam. A mulher sustenta o filho com leite, com seu colo e seu olhar, tentando interpretar choro e construindo significados para o que vivem juntos. Nesse momento, o recém-nascido é provido de um conjunto de sinais da presença materna que implica o desejo da mãe e constituem uma experiência de satisfação e prazer para ambos. Estabelece-se um vínculo no qual a mãe alimenta seu bebê e também se alimenta, instaurando uma relação no plano psíquico e afetivo. A criança será nutrida das marcas básicas de sua subjetividade e a mãe estará sendo nutrida simbolicamente pelo afeto de se filho.

O BEBÊ DE 3 MESES

A partir do 3º mês estabelece-se uma linha divisória no desenvolvimento do bebê e em sua estruturação psíquica e emocional.

Uma abordagem geral a respeito toma como referencial a publicação de Miller (1992) salientando os aspectos principais dessa etapa da vida. O bebê se mostra mais estável e suas experiências são mais articuladas. Está mais centrado e integrado e o reconhecimento das pessoas que ama é evidente. O sorriso para os pais é de puro prazer.

A memória e pensamento já se mostram incipientes. Pode ajustar sua

mente, focar seus olhos e alcançar as coisas com a mão deliberadamente, distinguindo também o que gosta e o que não gosta.

As bases de nosso caráter são estabelecidas na infância, e o sentimento do que temos dentro de nós para lidar com o que a vida nos apresenta se liga à repetição de experiências boas e tranquilizadoras vividas nesta época. Embora ninguém tenha somente experiências boas, na infância é fundamental que estas excedam as ruins. Os pais são os responsáveis por assegurar que as coisas aconteçam dessa forma. Milhares de pequenos eventos geram a ideia de esperança e confiança a cada vez que o adulto atende a uma necessidade do bebê (física e emocional).

O filho passará a se sentir amado e com confiança em si e no outro sempre que tiver contato com um adulto atento e sensível ao que a ele está vivendo,

Ninguém fica encantado toda vez que vê seu bebê e tampouco o bebê estará sempre feliz por ver os pais. É bom que se saiba que nessa fase as crianças fácil e frequentemente vivem uma gama muito grande de sentimentos. E que muitas vezes é difícil para os pais tolerar a raiva, o medo ou o desamor vindos de um bebê que em outros momentos é tão amoroso e que pode dirigir estes sentimentos para as pessoas (pais) que são o mundo inteiro para ele – mas, que justamente por isso, tudo que lhe acontece parece vir deles.

Quando os pais conseguem se manter realistas e lembrar-se de que estes sentimentos do bebê, embora intensos, não são verdadeiros e únicos, colocam-se como metabolizadores, continentes das angustias da criança, ajudando-a a suportá-las.

A tolerância e a compreensão em relação às angustias pode oferecer ao bebê a grande chance de crescer sem sentir que estes sentimentos ruins são perigosos demais para encarar e de ser capaz de fazer esta opção ao invés de tentar sempre evitá-los.

A experiência emocional de ser acolhido em suas angustias por uma mãe com empatia amorosa e depois ser ajudado a tolerá-las após terem sido "digeridas" por esta figura acolhedora, capacita o bebê a "aprender" com o que vive. A criança passa a armazenar a experiência que teve para ela um significado, de um modo tal que lhe permitirá utilizar seu "aprendizado" numa situação nova. Isso que também o deixará muito mais seguro e confiante. (BION, 1962 a e b).

A presença no vínculo da condição de aconchego da mãe/cuidador favorecerá o crescimento mútuo e o desenvolvimento em ambos da capacidade de Resiliência, que é a capacidade de se recompor emocionalmente frente às adversidades, com tolerância à frustração (BAUER, 2007).

No entanto, o ser humano sempre tem seus defeitos e seria irreal levar o bebê a pensar que a vida é livre de conflitos e sofrimento.

Como também seria um erro os pais pensarem que podem evitar que os filhos se frustrem, mesmo que adorassem fazer isto, protegendo-os da dura realidade.

Os que tentam evitar que o bebê sinta qualquer sofrimento ou ansiedade estão privando-o da possibilidade de exercitar sua capacidade de lidar com um pouquinho de sofrimento a cada vez, dentro do tolerável para ele, fundamental para capacitá-lo a aguentar as situações nas quais ele não vai poder ter seu desejo atendido.

O difícil, nesta tarefa de educar, está justamente na avaliação da dose dessas experiências toleráveis - nem tão tênues que o bebê não as perceba, nem tão fortes que supere sua capacidade de contê-las ou de se manter integrado.

Algumas dificuldades podem aparecer nesta época como: problemas para dormir e para se alimentar, e que pode ter relação com a condição emocional vincular pais/bebê. Por exemplo, o filho que não consegue dormir ou acorda com frequência pode estar expressando sua dificuldade em se separar da mãe, em ficar sozinho. Ela pode ser sensível o suficiente para acolhê-lo, entendendo-o. O problema é que, se isto persiste por mais tempo, a ansiedade do bebê pode afetar os pais, que também começam a se afligir e a perder a condição de transmitir ao filho segurança, tranquilidade e afeto que seriam necessários para que se acalmasse.

Sabemos que cada bebê suscita uma maneira particular de lidar com ele que é influenciada não só por sua personalidade e suas necessidades, mas também por personalidades, desejos, ideias e realidade de vida de seus pais.

Sempre são variadas as informações e sugestões práticas do que deve ser feito em situações como estas. Para nós, importa ajudar os pais a pensar sobre o significado do que está acontecendo, saber que estes problemas podem estar ligados a como o bebê está se sentindo.

Costuma então ser benéfico mãe e pai refletirem um pouco sobre o que

neles emocionalmente é acionado por aquele pequeno ser e que possa ter a ver com a história de vida de cada um, nesse momento no qual a identificação com o filho necessariamente se dá. Com frequência a compreensão dessas relações ameniza a turbulência. Em suma, assim como os pais são sensíveis ao estado emocional do bebê, ele também é sensível ao dos pais.

A chegada de uma criança à família altera todos os relacionamentos. E, nesse primeiro ano ela estará muito interessada nas pessoas que a cercam, parecendo notar as diferenças que existem entre todas. Escuta, responde, observa e tem que lidar com o misto de emoções que todos lhe despertam, enquanto vai buscando encontrar o seu lugar. Ela estará colocando as bases de seus relacionamentos futuros com a família e fora dela. Uma questão que se propõe é como manter um equilíbrio entre dar ao bebê o amparo e proteção de que ele precisa e proporcionar-lhe ao mesmo tempo oportunidade para que seja estimulada sua curiosidade crescente pelo mundo.

Os bebês precisam sentir-se seguros e acolhidos, tanto no saber que estão presentes na mente dos pais como na sua rotina de vida. A partir daí utilizam sua força natural de vida para buscar novas experiências e ampliar rapidamente seus interesses. (SPLITZ, 1973).

Iniciando a capacidade para pensar, seus horizontes vão se alargando e suas respostas sociais serão cada vez mais variadas.

Emergindo para o mundo, é grande a sensibilidade e a responsabilidade do bebê, bem como o interesse pelas pessoas e a busca para encontrar maneiras para pensar o mundo à sua volta, a fim de comprehendê-lo e dominar o seu significado.

No início, os adultos têm que ajudá-lo nisso, pensando por ele e/ou com ele. Devem prover a experiência de um contato com uma mente que pode ver as coisas de um ângulo diferente da dele, que comprehende o que o bebê não entendeu, que se lembra do que ele esqueceu. Portanto, continente para as suas necessidades por meio do vínculo afetivo com ele. Aos poucos, acontece seu crescimento mental. Sua capacidade para pensar vai se expandindo na medida em que consegue reter na mente coisas que não estão lá presentes, e evocar uma pessoa mentalmente quando ela está ausente, suportando melhor a sua falta – como na hora em que a mãe se afasta. Assim, irá contando gradativamente mais com seus próprios recursos.

A CAPACIDADE DE SEPARAÇÃO

Todo esse processo de desenvolvimento emocional descrito até agora é expresso pela criança em sua atividade do brincar e que expressa o seu aprendizado sobre o mundo externo, mas também sobre o seu mundo interno, seus sentimentos, ideias, fantasias, medos e desejos.

Como menciona Martha Harris (1995): “Começa a pensar sobre semelhanças e diferenças, a compreender a ideia do que vem de dentro e o que vem de fora e da existência de um espaço entre eles e a conceber a ideia de separação, tão fundamental para o seu processo de diferenciação e posterior individuação”.

Para realmente avaliar a experiência com as pessoas, a criança precisa fazer algumas distinções entre o que não é ela e aquilo que ela fantasia pertencer a si mesmo, pelo simples fato de assim o desejar.

Chega o momento em que percebe não ser a mesma pessoa que a mãe que a carrega, o conforta e a faz feliz. Percebe que não tem controle sobre esta presença, da qual tanto depende e que é tão confortadora. Esta percepção é difícil de ser aceita. O bebê tenta reproduzir a experiência confortadora de todas as formas: por meio dos brinquedos, do próprio corpo, com sua memória e imaginação.

Muitas vezes fica muito ressentido por não ter o poder absoluto sobre a figura materna que percebe ter autonomia e independência.

A preferência pelo pai, que aparece em torno dos seis meses, frequentemente ocorre com base nestes fatos e expressa o ressentimento do bebê pela não disponibilidade total da mãe para si.

Quando os pais têm um bom relacionamento e não sentem necessidade de competir pela atenção do filho, lidam com estas flutuações da preferência do bebê e o ajudam a elaborar suas complexas emoções de amor, hostilidade, ciúmes, culpa e tristeza.

Também nessa época, a importância da presença do pai se torna mais evidente, sendo visto como um ser a parte e diferente.

Percebe também que o pai e a mãe têm uma convivência mútua, bem distinta do relacionamento com ele. Possuem meios de se comunicar entre si que não são compreendidos pelo bebê.

Muitos pais começam a perceber que realmente existem para os filhos, que em alguns momentos são até mais importantes que as mães e que poderão amenizar, muitas vezes, a turbulência que em vários momentos invade a relação mãe/filho.

Cada bebê descobre o mundo em seu ritmo e tem sua maneira particular de juntar suas experiências emocionais e de aprender ou de recusar-se a aprender, às vezes. Possui sua maneira de ser, que é diferente da do pai, da mãe e dos irmãos ou de outras crianças. Não há vantagens especiais em querer que ele seja precoce ou adote outras características que não as que lhes são as mais verdadeiras.

A CAPACIDADE PARA SE COMUNICAR E O BRINCAR

Como mencionamos, o brincar relaciona-se com a aquisição de novas experiências, com a maneira de elaborar as vivências emocionais significativas e também como um modo de se comunicar consigo próprio e com os outros. Desde o início de sua vida os bebês vivenciam as comunicações inconscientes com outras pessoas para gradualmente também desenvolverem sua capacidade de se comunicar deliberadamente.

“O desenvolvimento da linguagem está intimamente ligado ao desenvolvimento da compreensão, por parte da criança, de que ela é uma pessoa separada. A comunicação por meio da ação, do brincar ou de palavras atravessa um espaço – o espaço entre pessoas” (MILLER 1992). Os adultos costumam compreender a necessidade de ajudar os bebês a desenvolver o potencial de comunicação e o fazem com ações e palavras desde o início.

A voz começa, portanto, como um som familiar. Envolve e conforta o bebê e faz parte da sensação de estar amparado por meio de algo conhecido, transmitindo amor e o desejo de compreender.

Nossa linguagem ajuda a dar forma e sentido ao que está acontecendo e o filho precisa que lhe emprestemos palavras e que suas experiências lhe sejam nomeadas. Há satisfação em experimentar um desejo que é entendido e atendido, em se comunicar com sucesso.

“A linguagem não cuida apenas dos desejos. Medos e ansiedades tornam-se mais trabalháveis quando são verbalizados. Um longo processo se inicia na fase de bebê e continua através da infância: o processo de nomear e compreender ansiedades vagas e amedrontadoras. São a matéria dos pesadelos, as preocupações que não têm nome, que são impensáveis e indescritíveis. É surpreendente como desde cedo a criança é capaz de responder quando lhe é dirigida a palavra, e como parte do significado do que lhe é dito é captado por ela, antes mesmo que possa falar. Se você acha que o seu bebê comprehende o que você diz, ele

provavelmente comprehende de fato. Seja cético quanto às pessoas que dizem que ele nada comprehende." (MILLER, 1992).

No desenvolvimento da criança, não há divisões exatas em relação ao que deve acontecer em cada etapa. No entanto alguns acontecimentos são esperados próximos ao final do 1º ano: o bebê engatinha aproximando-se ou afastando-se de onde quer e com frequência já foi desmamado. Portanto, tem uma existência separada da mãe. Isto fez uma enorme diferença para o bebê e para os pais.

DESMAME

Para os bebês amamentados pela mãe o período do desmame ocorre normalmente durante a segunda metade do 1º ano de vida, quando a criança já se acostumou aos outros alimentos e está apta a reduzir a dependência da figura materna. O bebê que usa mamadeira tende a se apegar por mais tempo a ela uma vez que a tem sob mais controle. Em geral, a amamentação representa uma experiência agradável para a mãe, que se sente ajudando o filho no desenvolvimento do filho, numa convivência extremamente íntima e de grande empatia com a satisfação do bebê.

Mas tanto para o bebê como para a mãe, o desmame é experiência significativa. Todas as faltas vividas e ausências (aparecimento ou desaparecimento da mãe por momentos mais curtos ou prolongados) são um treino para este momento.

O desmame é, portanto, um processo intenso de perda, um ato de encarar a separação também para a mãe embora, conscientemente, ela possa desejar iniciar este processo.

Para o bebê, como diz Marta Harris (1995) "o desmame constitui o protótipo de muitas situações que a criança ou o adulto encontrará em sua vida, envolvendo separação, perda, mudança e desenvolvimento ou busca de novas direções. Não representa, certamente, o primeiro exemplo – o nascimento em si constitui a primeira separação, o primeiro abandono do conforto e da segurança do ventre materno, em busca de um mundo desconhecido e com potenciais desconhecidos de crescimento, mas com o objetivo de progredir. A "perda" do seio é um elemento indispensável para a consolidação e desenvolvimento de recursos adquiridos".

É um momento de vivência de uma série de emoções em relação à esta

perda sendo importante deixar que a criança expresse sua raiva, tristeza ou aborrecimento.

Seu medo é, sem dúvida, que a perda do seio represente a perda real de sua mãe. Por isso, a mãe precisa estar preparada para resmungos e agarramentos fora do habitual. E também atenta para que seus sentimentos e defesas em relação à sua própria experiência infantil de desmame, separação e perda não dificultem o momento de seu filho ou reduzam sua percepção em relação às necessidades dele naquele período. Uma boa solução é quando o pai se dispõe a ajudar a ambos, dando apoio à mulher para deixar o bebê crescer.

O desmame, como todos os outros progressos e mudanças importantes na vida da criança, deverá ser feito gradualmente, para que possa assimilá-lo. Para que cresçam com confiança em si e em suas capacidades, não podem ser apressadas. Precisam de tempo para conhecer, para compreender como reagem e incorporar a experiência pela qual estão passando.

De qualquer modo, é importante que nesta fase a experiência de perda do seio seja superada pela descoberta dentro de si de alguns bons sentimentos que costumava ter quando era amamentado, que o bebê descubra que pode se sentir bem sem a ajuda da relação de amamentação. Boas experiências acabaram nessa fase, mas novas estão por vir. A criança amadurece quando o sofrimento do desmame é superado. Aprender a falar está obviamente bem próximo. O fim do desmame incentiva o desenvolvimento, pois há muitos ganhos a serem usufruídos ao se despedir de um estagio já superado. Nessa fase predominam sentimentos conflitantes e de ansiedade entre querer a mudança e ir em frente, ou ao mesmo tempo, permanecer na etapa conhecida.

É necessário ajudar a criança a encontrar o equilíbrio e a lidar com o que quer, mas não pode ter, e com o que não quer, mas precisa fazer. Ela começa a perceber que não é tão poderosa, que as coisas não acontecem magicamente e que as pessoas têm mente e vidas próprias - a realidade pode dizer não aos seus desejos.

Os pais precisam de bom senso, sensibilidade e flexibilidade para lidar com estas situações de frustração. Também pode ser difícil para eles estarem "perdendo" um bebê embora "ganhando" uma pequena criança.

EXPRESSÕES E ESTÍMULOS

INTRODUÇÃO

Para iniciar nossa exposição ao desenvolvimento das crianças de zero a três anos, partiremos de três premissas:

- a) A ideia de que o desenvolvimento é marcado por três fatores: a herança genética, a educação e o meio ambiente e a qualidade das relações humanas (os vínculos) às quais ela está exposta.
- b) A importância de educadores, pais e cuidadores focarem sua atenção na natureza, na singularidade de cada criança para conhecer suas necessidades, interesses, potenciais e essência mais profunda, as percepções a partir das quais eles vão introduzir as crianças nos valores das suas culturas, que irão sendo incorporados pelas mesmas no decorrer do seu desenvolvimento;
- c) Os três primeiros anos de vida do ser humano são determinantes para o processo de desenvolvimento integral – físico-motor, psicoemocional, social, cognitivo, linguístico, criativo e moral - que cada um vai traçar no decorrer da sua história de vida.

Existem várias perspectivas teóricas que embasam as discussões e reflexões a respeito do Desenvolvimento Infantil:

- As perspectivas psicológicas, que se concentram nas forças subjacentes que motivam o comportamento (FREUD, 1953; ERIKSON, 1950 e DOLTO, 2007, dentre os principais).
- A perspectiva da aprendizagem, que vê o desenvolvimento humano basicamente como resposta a eventos externos e cujo foco está nos comportamentos observáveis (WATSON, 1920; SKINNER, 1938; E BANDURA, 1989).
- A perspectiva cognitiva, que enfatiza mudanças qualitativas considerando a criança como ativa no seu próprio desenvolvimento (PIAGET, 1951).
- A perspectiva etológica, que se concentra nas bases biológicas e evolutivas do comportamento, sobretudo com relação aos períodos críticos de desenvolvimento do apego (LORENZ, 1957; BOWLBY, 1951; AINSWORTH, 1964).

- A perspectiva social, que vê o indivíduo dentro de um contexto social em transformação (VYGOTSKY, 1978).
- A perspectiva antropológica e cultural que considera as crianças atores sociais, com voz própria, linguagem e criadoras de culturas (CORSARO, 1997; SARMENTO, 2003; JAMES & PROUT, 1990).
- A perspectiva das neurociências, que vieram corroborar a evidência de que o cérebro recebe e processa as informações e os estímulos colhidos do meio ambiente pelos sentidos (DAMÁSIO, 2000; MUSTARD, 2011; SCHONKOFF, 2007).
- As contribuições da área médica-pediátrica (BRAZELTON, 1973).

Pelo fato de nossa perspectiva ser integral e interdisciplinar, no decorrer desta exposição tomaremos como referência alguns representantes das teorias acima elencadas, sobretudo as pesquisas e práticas pós-modernas. Partindo dos quatro pilares da educação propostos por Jacques Delors para a Unesco, por meio da Comissão Internacional para a Educação no século XXI (DELORS, 1999), vejamos quais os desafios que se colocam para educadores e cuidadores de crianças no período da primeira infância:

Primeiro pilar - aprender a conhecer. Ao contrário de outrora, não importa tanto hoje a quantidade de saberes codificados, mas o desenvolvimento do desejo e das capacidades de aprender a aprender. Compreender o mundo que rodeia o aluno, tornar-se, para toda a vida, ‘amigo da ciência’, dispor de uma cultura geral vasta e, ao mesmo tempo, da capacidade de trabalhar em profundidade determinado número de assuntos, exercitar a atenção, a memória e o pensamento são algumas das características desse aprender que faz parte da agenda de prioridades de qualquer atividade econômica. Este é um processo que não se acaba e se liga cada vez mais à experiência do trabalho, à proporção que este se torna menos rotineiro.”

Comentário: *A escola tem sido, tradicionalmente, o espaço do conhecimento por excelência. É no âmbito escolar que se perpetua o papel do professor-ensinante e do aluno-aprendente. Porém, nesta fase de transição, questiona-se amplamente se a escola continuaria exercendo essa função, hoje em dia tão assumida pelos meios eletrônicos e pela democratização e maior velocidade do acesso à informação. É nesse*

sentido que a escola vem questionando e refletindo a respeito da sua função no âmbito do conhecimento. Talvez o grande desafio das instituições escolares, já assumido por muitas delas, seja levar aos seus alunos o conhecimento de estratégias de aprendizagem, pesquisa, desenvolvimento das capacidades e habilidades que lhes forneçam instrumentos para aprender a conhecer. Isso já desde os três primeiros anos de vida.

Segundo pilar - aprender a fazer. “Conhecer e fazer são, em larga medida, indissociáveis. O segundo é consequência do primeiro. Em economias crescentemente tecnicificadas, em que ocorre a ‘desmaterialização’ do trabalho e cresce a importância dos serviços entre as atividades assalariadas e em que o trabalho na economia informal é constante, deixa-se a noção relativamente simples de qualificação profissional. Passa-se para outra noção, mais ampla e sofisticada de competências, capaz de tornar as pessoas aptas a enfrentar numerosas situações e a trabalhar em equipe. Isso ocorre nas diversas experiências sociais e de trabalho que se apresentam ao longo de toda a vida.”

Comentário: As teorias não garantem a sua aplicabilidade prática. O fazer, a experiência prática é fundamental para uma educação coerente e complementar junto às crianças e jovens. O corpo e a mão humana devem intervir e vivenciar para que as aprendizagens e o desenvolvimento se tornem realmente significativos, além de transformadores. Essas atitudes são essenciais e “orgânicas” no âmbito do trabalho com crianças de zero a três anos.

Terceiro pilar - aprender a viver juntos, desenvolvendo a compreensão do outro e a percepção das interdependências, no sentido de realizar projetos comuns e preparar-se para gerir conflitos. “Em contraposição à competitividade cega, a qualquer custo, do mundo de hoje, cabe à escola transmitir conhecimentos sobre a diversidade da espécie humana e, ao mesmo tempo, tomar consciência das semelhanças e da interdependência entre todos os seres humanos. Para isso, não basta colocar em contato grupos e pessoas diferentes, o que pode até agravar um clima de concorrência, em especial se alguns entram com estatuto inferior. É preciso, para isso, promover a descoberta do outro, descobrindo-se a si mesmo, para sentir-se na pele do outro e compreender as suas

reações. E, além disso, tender para objetivos comuns, trabalhando em conjunto sobre projetos motivadores e fora do habitual, cuja tônica seja a cooperação.”

Comentário: Facilitar e formar nas crianças valores de cooperação, trabalho em equipe, respeito pelas diferenças individuais e desenvolvimento de projetos é o caminho aqui proposto. Há inúmeras propostas para trabalhar esses conceitos com o intuito de estimular a cooperação, contrapondo-a à acirrada competição em que se transformou o cotidiano na vida do ser humano. Com as crianças entre zero e três anos, é fundamental um trabalho anterior de respeito às singularidades, no sentido de formar seres humanos na sua integralidade, para que possam preparar-se, desde o berço, para conviver em grupo.

Quarto pilar - aprender a ser. “A Comissão reafirmou que a educação deve contribuir para o desenvolvimento total da pessoa, isto é, espírito e corpo, inteligência, sensibilidade, sentido estético, responsabilidade pessoal, espiritualidade. Cabe à educação preparar não para a sociedade do presente, mas criar um referencial de valores e de meios para compreender e atuar em sociedades que dificilmente imaginamos como serão. Este pilar significa que a educação tem como papel essencial ‘conferir a todos os seres humanos a liberdade de pensamento, discernimento, sentimentos e imaginação de que necessitam para desenvolver os seus talentos e permanecerem, tanto quanto possível, donos do seu próprio destino.

Comentário: o brincar, as expressões plásticas, os movimentos, os gestos, as expressões musicais, a expressão escrita, entre muitas outras, constituem-se nas linguagens não verbais e verbais das crianças, através das quais elas podem se expressar e se comunicar com os outros. Por meio delas, as crianças expressam seu ser integral, colocando corpo, mente, sentimentos e espírito em evidência. Sobretudo as linguagens não verbais, as principais das crianças entre zero e três anos, constituem um importantíssimo canal e essencial possibilidade para elas expressarem e comunicarem, de forma espontânea, medos, angústias, desejos, emoções, temperamentos, crenças, atitudes, criatividade, valores etc. Nesse sentido, devem ser incentivadas e possibilitadas nos diferentes grupos, especialmente na primeira infância.

A EDUCAÇÃO

A principal preocupação da educação deve ser propiciar a todas as crianças um desenvolvimento integral e dinâmico. Em relação ao conhecimento, é importante fazer corresponder os conteúdos ao conhecimento geral das crianças, aos seus interesses e às suas necessidades, além de desafiar sua inteligência.

No que diz respeito ao desenvolvimento moral, as crianças constroem normalmente seu próprio sistema de valores com base em sua necessidade de confiança nas outras. Esse processo é uma verdadeira construção interior. Por meio da construção autônoma, forma-se uma boa concepção de si, um ego íntegro e uma mente saudável.

Formar homens e mulheres sensíveis, criativos, inventivos e descobridores, espíritos capazes de crítica e distinção entre o que está provado e o que não está, deve ser o principal objetivo da educação. Para ajudar os indivíduos a atingirem níveis mais elevados do desenvolvimento afetivo, cognitivo, físico e social, deve-se encorajar a autonomia e o pensamento crítico independente.

Num contexto em que a relação adulto-criança se caracteriza pelo respeito mútuo, pelo afeto e pela confiança (necessidades básicas das crianças), a autonomia terá um campo para se desenvolver, quer do ponto de vista intelectual, quer do socioafetivo. A descentração e a cooperação são essenciais para o equilíbrio afetivo da criança, do qual depende seu desenvolvimento integral.

A aprendizagem depende em grande parte da motivação. As necessidades e os interesses das crianças são mais importantes que qualquer outra razão para que elas se dediquem a alguma atividade. Serem espertas, independentes, curiosas, terem iniciativa e confiança nas suas capacidades de construir ideias próprias sobre as coisas, assim como expressarem seus pensamentos com convicção, são características inerentes à personalidade integral.

Para concretizar esses grandes objetivos, pensando na participação dinâmica das crianças nesses processos, devem ser levados em conta seus interesses e necessidades. O educador deve ter bem claras essas metas. Assim, ao pensar em atividades significativas que respondam aos objetivos, é importante articulá-las de forma integrada, conforme a realidade sociocultural das crianças, seu estágio de desenvolvimento e o processo de construção cognitiva, valorizando o acesso aos conhecimentos do mundo físico e social.

Assim, nas práticas educacionais, é interessante a construção progressiva de propostas ou programas que respondam aos objetivos formulados. Tais propostas devem levar em conta a realidade de cada grupo de crianças, a partir de atividades que constituam desafios e sejam, ao mesmo tempo, significativas e capazes de incentivar a descoberta, a criatividade e o espírito crítico.

O PAPEL DAS CRECHES E DOS CENTROS DE EDUCAÇÃO INFANTIL

As creches e os Centros de Educação Infantil constituem um dos elementos de transformação da sociedade, e sua função é contribuir, junto com outros setores, para que as mudanças se efetivem. Para isso, devem considerar as crianças como seres sociais e trabalhar para que sua integração se dê de maneira construtiva. Nesse sentido, a educação deve privilegiar o contexto socioeconômico e cultural delas, reconhecendo suas diferenças, seus valores e sua bagagem de conhecimentos. Além disso, têm de possibilitar a todas um desenvolvimento integral e dinâmico (cognitivo, afetivo, linguístico, social, moral e físico-motor), bem como o acesso aos conhecimentos disponíveis do mundo físico e social. A educação deve oferecer às crianças caminhos que possibilitem a construção de sua autonomia, criticidade, criatividade, responsabilidade e cooperação.

Tomando como base a concepção das crianças como seres integrais, constata-se que as atividades que elas realizam nas creches e centros de educação infantil têm tido, em sua maioria, um tratamento compartimentado: uma hora determinada para trabalhar a coordenação motora, outra para a expressão plástica, outra para brincar sob a orientação do professor, outra para a brincadeira não direcionada e assim por diante. Essa divisão não vai ao encontro da formação da personalidade integral das crianças, nem de suas necessidades e muito menos dos seus interesses e potenciais.

Algumas creches e Centros de Educação Infantil estão sendo protagonistas de profundas e significativas transformações na reformulação de objetivos, além da redefinição de conteúdos curriculares, metodologias, estudos e pesquisas do seu público-alvo. Vê-se também alteração da postura e do papel dos principais atores (professores, diretores e funcionários), abertura à participação dos pais e da comunidade, bem como o

estabelecimento de parcerias para a manutenção dos espaços físicos e dos recursos financeiros, materiais e humanos.

Esse já é um passo considerável na transição a caminho de uma estrutura solidária e participativa onde todos, incluindo e partindo das crianças, tornam-se corresponsáveis pela efetivação de uma proposta educacional condizente com a realidade de cada comunidade que dela usufrui.

As transformações vêm acontecendo tanto em instituições públicas quanto privadas. As mudanças são complexas, difíceis e profundas. Implicam a capacidade de ser mais tolerante e desconstruir “muralhas e fortalezas” para reconstruir espaços externos e internos mais flexíveis, com mais aberturas, portas, acessos, caminhos e possibilidades.

Algumas dessas creches e Centros de Educação Infantil, junto com seus protagonistas, estão passando por um processo reflexivo no qual se faz uma tentativa de resgatar verdades e valores significativos. De modo que os espaços possam traduzir o perfil dos seus usuários e neles seja possível errar e recriar, brincar abertamente e não às escondidas, produzir arte, dançar e fazer música como uma resposta ao mundo – vozes no ar, cantando quem cada um é e todos juntos são e representam para aquela comunidade.

Algumas destas Creches e Centros de Educação Infantil vêm percebendo que precisam ficar mais abertas e flexíveis. Precisam dialogar com o mundo lá fora, pois são esses ambientes – o mercado, a mídia, os espaços e programas não formais, a família e todos os outros participantes e cuidadores das crianças - que estão educando às nossas crianças e jovens, ensinando lições de vida que não estão nos livros nem nos bancos escolares. Assim mesmo, as instituições escolares percebem que precisam acordar, estar em movimento e conhecer suas crianças para acolher e adequar suas propostas para a formação significativa de seres humanos.

O que de mais transcendental vem acontecendo nas instituições de educação infantil é a conscientização dos educadores quanto ao importante papel e à responsabilidade que eles têm junto às crianças. A noção de que o saber e os seres humanos não são fragmentados e precisam ser olhados de forma integral, na sua inteireza.

Diretores, orientadores, professores e educadores sentem-se desconfiantes, incomodados, angustiados, até com medo frente a tantas incertezas que se apresentam nos seus caminhos. São esses sentimentos

e sinais que essa nova consciência traz. Porém, sem esses incômodos, dificilmente a transformação acontece.

O BRINCAR NA EDUCAÇÃO INFANTIL

O brincar na educação infantil é um tema relevante, faz parte dos Parâmetros Curriculares Nacionais e sua importância vem sendo corroborada por várias ciências, dentre elas, a mais recente, as Neurociências. O brincar não deve acontecer somente na hora do recreio: precisa ser uma atitude cotidiana no trabalho do educador, que pode organizar a sala de forma lúdica. Ele pode criar espaços com diferentes temáticas, como cantinhos do faz-de-conta, de jogos, de instrumentos musicais, de livrinhos, de artes etc. e, com essa prática, permitir que as crianças desenvolvam a autonomia e a livre escolha. O educador precisa incorporar as atitudes lúdicas em todas as atividades que for propor, embora não exista uma receita para tal. Os educadores precisam poder adentrar e conhecer o universo das crianças, abrir espaços para trazer esse brincar para a vida deles próprios. Se eles conseguirem compreender a importância deste brincar, vivenciando-o, a brincadeira pode tornar-se um excelente meio para conhecer melhor suas crianças, observar como elas, de uma forma espontânea, posicionam-se nas brincadeiras, que brinquedos escolhem, como ‘conversam’ com eles, de que forma criam as cenas etc. Assim, terão mais elementos para conhecer as crianças com quem convivem e poderão observar o que elas precisam, pelo que se interessam, que materiais ou atividades podem promover para potencializar diversas habilidades que elas possuem, entre outras possibilidades. Esse é um trabalho desafiador, pois requer muita observação e flexibilidade do educador, que precisará se desapegar do currículo fixo e trabalhar conforme as necessidades concretas das crianças.

PRINCÍPIOS LÚDICOS NA EDUCAÇÃO INFANTIL

É fundamental compreender os seguintes princípios do jogo de construção e do jogo de papéis (simbólico):

- É importante partir das necessidades das crianças brincarem e terem tempo livre para suas atividades;
- Os grupos de brincadeiras precisam ser pequenos;
- A classe precisa ser dividida em pequenos cantos de brincar;

- As salas têm de se parecer, o mais possível, com oficinas;
- As áreas externas devem ter espaços livres, com areia ou terra, plantas, árvores, se possível, além de equipamentos apropriados e seguros;
- São necessários materiais variados e inspiradores para criar diferentes formas e ambientes;
- Os adultos devem ter um papel ativo, através da observação, do diálogo e do envolvimento no brincar;
- Brincadeiras de meninas, de meninos e de meninas com meninos devem ser estimulados;
- Uma estrutura lúdica deve ser planejada, ou seja, a organização dos ambientes para juntar diversos grupos em brincadeiras mais complexas, através de um tema comum.

EXPRESSÕES E ESTÍMULOS

O primeiro ano de vida é o marco que vai traçar as bases para toda a vida psíquica e mental do ser humano. É nesse período que os bebês descobrirão, dia a dia, o mundo à sua volta com todo seu organismo, com seus sentidos e emoções de forma integral.

O primeiro grande brinquedo dos bebês é seu próprio corpo, que, no início, vai também se confundir com o da mãe, sobretudo com o peito. O vínculo que as crianças criam na interação com o peito-alimento-afeto-brinquedo é determinante para sua saúde física, psíquica e mental. Assim, foi demonstrado que as primeiras experiências têm um impacto decisivo na arquitetura do cérebro e na natureza e qualidade das capacidades do ser humano. As primeiras interações afetam diretamente a forma como o cérebro será “tramado”. As condições do ambiente – nutrição, cuidados e estímulos – o afetarão profundamente. Embora possam ser levantados aspectos universais a todos os seres humanos, cada um é singular e processa suas experiências com o mundo, com os outros e com os objetos de forma muito particular: temos aqui o sempre polêmico embate “natureza-cultura”, impossível de serem separados ou polarizados.

As experiências de vida dos bebês, sejam positivas ou negativas, determinarão a trama de seu cérebro nas zonas específicas previstas pelos genes e influenciarão sua saúde mental, o surgimento de psicopatologias ou distúrbios de motivação.

A natureza de cada bebê precisa ser respeitada, acompanhada e reconhecida para que os cuidadores, pais e educadores possam acompanhar cada criança nos seus interesses e necessidades particulares. Mas, ao mesmo tempo, elas precisam de diversos estímulos e experiências que contribuam com seu desenvolvimento e com a descoberta do mundo à sua volta.

O diálogo entre o bebê e o adulto se estabelece, principalmente, através do toque corporal, da voz e de diversas expressões, movimentos e gestos de ambos. As crianças vão adquirindo capacidades expressivas e conquistam a sustentação do próprio corpo com viradas, rolamentos etc., que as preparam para a locomoção e, consequentemente, o caminho da sua autonomia. O bebê é um pequeno investigador, inicialmente do próprio corpo, do corpo dos seus “interlocutores”, adultos e crianças, e do efeito da sua interação com os objetos do mundo exterior. É por essa razão que é tão importante cuidar dos estímulos do ambiente, do mobiliário, da segurança e dos brinquedos e objetos que lhe são oferecidos. A grande conquista que se dá, através de ações de exploração e no plano da consciência corporal e da coordenação sensório-motora, é o gesto de preensão, que vai constituir um recurso com inúmeras possibilidades de aplicação.

AS AÇÕES FÍSICAS E/OU MENTAIS DO BEBÊ

O que acontece no decorrer de uma atividade lúdica depende essencialmente das ações das crianças em tempo e espaço determinados, com ou sem parceiros ou objetos de brincar. Os bebês, nos primeiros meses de vida, descobrem o mundo através dos seus sentidos: ouvindo, olhando, cheirando, degustando e tateando. É por meio das atividades sensório-motoras que as crianças aprendem. À medida que elas crescem, pode-se observar que desenvolvem suas habilidades cognitivas, corporais, emocionais e sociais, que constituem a ponte entre ações puramente físicas e concretas e aquelas mais abstratas.

A ação e a reação das crianças durante a brincadeira são os “ingredientes” básicos para que a diversão aconteça.

Esses aspectos devem ser levados em conta na atividade lúdica infantil na hora de planejar espaços, pensar no currículo, na análise do brincar e do comportamento das crianças.

O BRINCAR

O brincar pode ser visto como uma atividade ou um tempo específicos de recreação e lazer. Especialistas, pensadores e teóricos das mais diversas áreas de conhecimento, têm contribuído com diversas definições e teorias. Assumimos, contudo, o brincar como uma das linguagens das crianças, uma forma de comunicação não consciente e não verbal, através da qual elas expõem como sentem, percebem e veem o mundo. Assim, é por meio do que chamamos de expressão lúdica, que as crianças revelam como compreendem os fatos que ocorrem em sua vida. Esse brincar, que pode se manifestar com atividades que trabalham as formas, o movimento, a arte e a música etc., é uma das linguagens expressivas não verbais fundamentais na primeira infância, que compreende o período entre o nascimento e os 6 anos de idade. Por isso é tão importante permitirmos esse espaço na vida das crianças .

As crianças nascem com um “impulso lúdico” (SCHILLER, 1995) e vão incorporando a linguagem lúdica na medida em que descobrem a si mesmas e ao mundo à sua volta através dos sentidos e percepções. Vão incorporando, aos seus “repertórios linguístico-lúdicos”, os valores dos diversos contextos culturais nos quais crescem.

É fundamental tomar consciência de que a atividade lúdica infantil fornece informações elementares a respeito das crianças: suas emoções, a maneira como interagem com seus pares ou com outras crianças e adultos, seu desempenho físico-motor, seus estágios de desenvolvimento, seu nível linguístico, sua formação moral, seus interesses, suas necessidades, seus medos e potenciais, dentre outros.

Para as crianças, o brincar implica muito mais do que o simples ato em si. Divertindo-se, elas se expressam e comunicam com o mundo. Para o adulto, o brincar constitui um “espelho”, uma fonte de dados para compreender melhor como se dá o desenvolvimento infantil. Daí sua importância.

Quando pensamos na atividade lúdica, devemos levar em consideração:

- O tempo e o espaço de brincar;
- A relação entre meios e fins;
- O(s) parceiro(s);
- Os objetos;
- As ações físicas e/ou mentais do sujeito.

O TEMPO E O ESPAÇO DE BRINCAR

O ato de brincar acontece em determinados momentos do cotidiano infantil. Partindo da ideia de que é uma necessidade para as crianças, constatamos que o tempo gasto com o brincar vem se tornando cada vez mais escasso, dentro e fora da escola.

“Não há tempo para brincar!” Em muitas creches ou centros de educação infantil, essa é a justificativa de vários educadores. Por quê? Há, evidentemente, um programa de ensino a ser cumprido e objetivos para cada faixa etária. Com isso, o brincar fica relegado aos horários em que as crianças estão no pátio ou aos intervalos destinados a “preencher” espaços entre as “aulas”.

Entretanto, as atividades lúdicas podem e devem, não só fazer parte das atividades na educação infantil, como também ter um tempo preestabelecido durante o planejamento em sala de aula. Como aproveitá-lo de forma consciente é o que será discutido. O desenvolvimento e a aprendizagem das crianças acontecem também em diferentes instâncias de seu dia a dia, dentro e fora da escola, quando há contato com outras crianças e outros adultos e, sobretudo, de forma direta, com os meios de comunicação. A televisão, a publicidade, a propaganda e toda a mídia eletrônica têm influência profunda na mente e no comportamento infantil. Embora a televisão, videogames, Ipods, Ipad e outros eletrônicos “roubam” da criança um significativo espaço de tempo, que deixa de ser dedicado à atividade lúdica, eles constituem fontes de informações e, conforme a idade e os conteúdos, interessantes estímulos. Se por um lado, toda esta tecnologia tira o tempo de brincar – o que é um fator negativo –, desperta, por outro, outras possibilidades e desafios, fornecendo conteúdos que as crianças assimilam rapidamente e que se espelham em suas brincadeiras, modificando e, em alguns casos, enriquecendo seus repertórios. É na “dosagem” do aproveitamento que elas fazem de seu tempo que deve entrar a participação do adulto, enfatizando o resgate do brincar no dia a dia infantil. Há momentos em que as crianças brincam por puro divertimento, estabelecendo trocas com outras crianças ou com adultos. Nesse caso, a diversão acontece como um fim em si mesmo. Esse “brincar por brincar” se dá, muitas vezes, dentro da própria sala de aula (mesmo que longe do olhar do educador), na hora do recreio ou fora da escola. Entre zero e três anos o brincar deve ser, em todos os ambientes nos quais as crianças convivem, a atividade central e o principal

motivo para propiciar oportunidades de desenvolvimento integral, aprendizagens variadas e socialização das crianças. Sobretudo, para garantir a elas viverem suas infâncias de forma plena e significativa.

O(S) PARCEIRO(S)

Em algumas ocasiões, as crianças brincam sozinhas. Esse comportamento é frequente nos bebês, mais egocêntricos, e naquelas que vivem algum evento emocional ou apresentam algum distúrbio emocional. Em qualquer um dos casos, os objetos ou os brinquedos tomam vida e tornam-se parceiros das crianças, que brincam também com as palavras, com os sons, com seu próprio corpo ou com o espaço.

No brincar partilhado com um ou mais indivíduos, as crianças comunicam-se não verbalmente, por meio de sons, palavras ou gestos. Essas interações sociais são fundamentais. É nas relações estabelecidas com outras pessoas que o ato acontece e adquire características únicas. Durante essas trocas, as crianças podem assumir diversos papéis, experimentar, colocar-se no lugar do outro, realizar ações mais ou menos prazerosas e expressar-se.

É importante compreender que aos dois ou três anos, as crianças estão muito centradas em si mesmas. São egocêntricas, o que significa que ainda não têm a capacidade mental de se distinguirem dos outros. Nesse sentido, é natural se entreterem concentradas em si mesmas e terem dificuldades em partilhar seus brinquedos com os outros. Piaget ensina que as crianças brincam de forma “paralela”, mesmo que no faz-de-conta elas assumam um papel ou personagem determinados: por exemplo, quando, em uma brincadeira de mamãe-filhinha, uma menina que assume o papel de mãe enquanto a outra o de filha, não significa que elas efetivamente dialoguem entre elas como mãe e filha, pelo fato de elas serem muito autocentradas e, portanto, compenetradas no seu personagem.

Criar projetos, programas e espaços lúdicos para crianças significa oferecer-lhes a possibilidade de conviver com as diferenças individuais e ter experiências das quais são muitas vezes privadas por suas condições sociais ou de saúde. Essas atividades são facilitadoras do processo de transformação do indivíduo, do grupo e do ambiente social.

Observamos que tanto em casa como em instituições voltadas para educação, cultura e lazer descobre-se, cada vez mais, a importância

da atividade lúdica para o desenvolvimento e seu lugar na formação dos indivíduos. Em razão da escassez de parques e praças nas grandes cidades, de oportunidades para brincar - na família, na escola, nos espaços públicos - assim como da consciência disseminada através de estudos, cursos e campanhas, da importância do brincar para que as crianças usufruíssem suas infâncias de forma plena e significativa; surgiram, desde o início da década de 1980 alternativas de espaços lúdicos: em creches, centros de educação infantil, escolas e universidades, com fins especificamente educacionais. Em outros espaços, com fins terapêuticos - como em clínicas e hospitais. A implantação de espaços lúdicos em hospitais pediátricos vem propiciando um trabalho complementar de comprovada importância, para o apoio psicológico às crianças internadas, para a adesão ao tratamento e para lhes dar oportunidade de expressar seus sentimentos e emoções em situações de estresse e de dor. Diversas empresas têm dado apoio financeiro à estes espaços lúdicos. Alguns, além de atender às comunidades, desenvolvem pesquisas a respeito do brincar e dos brinquedos. Existem, assim mesmo, espaços lúdicos com objetivos basicamente de socialização, oferecendo lugares diferenciados para as crianças brincarem e, ao mesmo tempo, desenvolverem suas habilidades, interagirem com outras pessoas e terem acesso a diversidade de brinquedos e brincadeiras. Esse tipo de local tem surgido em diversos centros comunitários, ONGs, bairros, centros esportivos, culturais e artísticos. Nas creches e centros de educação infantil, é possível planejar os espaços de brincar. Na sala de aula, o espaço de trabalho pode ser transformado em espaço de diversão; as atividades podem ser desenvolvidas com mesas, cadeiras, divisórias etc. Fora da sala, sobretudo no recreio, lugar privilegiado para o brincar, onde as crianças têm possibilidade, liberdade e autonomia para serem crianças, experimentarem seus corpos, desafios, relações etc. São os espaços e os tempos destinados ao brincar que oportunizam as crianças de viverem plenamente suas infâncias e se desenvolverem de forma saudável e integral. Um grande número de programas têm se espalhado pelo país, com propostas inovadoras considerando o brincar como o principal objetivo dentre as atividades oferecidas para as crianças. Porém, a implementação destes espaços e programas depende também de vontade política, da formação de educadores e cuidadores e da orientação das famílias. Aprofundar os conhecimentos teóricos paralelamente com a implemen-

tação nas práticas é uma necessidade premente para transformar e dar qualidade às ações institucionais voltadas para a infância.

A incorporação do brincar é imprescindível:

- No lazer/tempo livre individual, familiar ou comunitário;
- Na educação formal;
- Na área da saúde;
- No âmbito da cultura;
- Em outras propostas de atendimento em instituições governamentais, não governamentais ou empresariais.

As concepções de infância, juventude, educação e ludicidade que norteiam qualquer proposta, são determinantes na organização das instituições, no uso dos espaços, na distribuição do tempo, na adequação das atividades propostas e na postura do profissional que atua diretamente junto às crianças. Dessa concepção é que podem surgir práticas concretas no dia a dia. Por isso, é preciso que as diversas equipes criem propostas de atuação adequadas, não somente às faixas etárias atendidas, como aos grupos infantis locais, com suas características e culturas específicas, discutindo e refletindo a partir das suas realidades e possibilidades concretas.

COMO AS CRIANÇAS BRINCAM

Tomamos a concepção de Piaget (1978) para apresentar as formas como as crianças brincam. Ele distingue três tipos de estruturas que caracterizam o jogo infantil e fundamentam sua classificação: o exercício, o símbolo e a regra.

Nas crianças menores, até um ano e meio e dois anos, fase em que aparece a linguagem – a idade varia conforme o contexto -, a atividade lúdica tem como característica essencial o exercício. A criança se exerce na sua atividade de brincar pelo simples prazer de fazer rolar uma bola, produzir sons ou bater com um martelo, repetindo essas ações e observando seus efeitos e resultados. Essas brincadeiras caracterizam a fase do desenvolvimento pré-verbal e se prolongam, muitas vezes, até a idade adulta. Com o passar dos anos, diminuem de intensidade e importância. Quando o objetivo da diversão não dá mais lugar a qualquer aprendizagem, as crianças cansam. Assim que elas começam a falar, o

jogo de exercício diminui.

Piaget vai distinguir duas categorias:

1) Os jogos de exercício sensório-motores:

- Simples – puxar um barbante, fazer rolar um carrinho;
- Sem finalidade – são instáveis e ocorrem quando as crianças entram em contato com um material novo.

Com finalidade lúdica – a brincadeira se transforma

- Ao entrar a imaginação, tornando-se jogo simbólico;
- Ao socializar-se, tornando-se jogo de regras;
- Conduzindo a adaptações reais.

2) Os jogos de exercício do pensamento:

- Simples: quando as crianças perguntam pelo simples prazer de perguntar: por quê?
- Sem finalidade: quando as crianças fazem relatos sem coerência, pelo simples prazer de combinar palavras e conceitos,
- Com finalidade: quando as crianças inventam pelo prazer de construir enunciados.

Nos jogos de exercício podem-se observar algumas características comuns: repetições das ações, aparecimento e necessidade de rituais, manifestações corporais, expressão gestual de emoções e sentimentos, muito movimento. Deve-se cuidar da qualidade dos brinquedos e materiais oferecidos (de preferência feitos de elementos naturais e atentar para a segurança dos mesmos), pela importância que tem a manipulação de objetos, pois as crianças apreendem o mundo através do tato, do olfato, da audição, do olhar, do paladar. É uma fase em que precisam de calor, aconchego, toques, massagens e usufruir de liberdade de movimentos.

Os jogos de “**construção**” constituem a transição entre os três tipos e as condutas adaptadas. Eles assinalam uma transformação interna na noção de símbolo. Ocupam no segundo e no terceiro níveis uma posição entre o jogo e o trabalho inteligente ou entre o jogo e a imitação. Os esquemas que marcam a transição entre os jogos de exercício e o simbólico são a forma mais primitiva do símbolo lúdico.

Os jogos de construção (e de desconstrução) revelam as crianças como pequenas pesquisadoras.

Os jogos simbólicos caracterizam a fase que começa com o aparecimento da linguagem e que vai até os seis ou sete anos.

O símbolo implica a representação de um objeto ausente e uma representação fictícia, e aparece no decorrer do segundo ano de vida.

No jogo simbólico, as crianças se interessam pelas realidades simbolizadas, e o símbolo serve para evocá-las. As funções dos jogos simbólicos – compensação, realização de desejos, liquidação de conflitos – somam-se ao prazer de se sujeitar à realidade.

As crianças não brincam para aprender a se lavar ou a dormir, mas para utilizar com liberdade suas habilidades individuais, reproduzir ações para mostrá-las a si própria e aos outros.

A partir do surgimento da linguagem, aparecerão novas formas de símbolos lúdicos de complexidade crescente.

Esse período é essencial. Educadores, pais e cuidadores precisam estimular as crianças no seu faz de conta e na sua imaginação, oferecendo elementos e espaços adequados para que experimentem o mundo à sua volta, o imitem e o compreendam. As crianças que não viverem com liberdade esse período irão precisar, em algum momento, compensar essa falta.

Alguns jogos simbólicos por excelência: o faz de conta, a imitação, o desenho, as produções plásticas, diversidade de movimentos, contos – fantasias. A representação e simbolização através destes jogos simbólicos são básicas no desenvolvimento integral das crianças, da sua personalidade, da descoberta dos valores do mundo à sua volta. Viver a fantasia é essencial neste período para formar as bases de um ser humano íntegro.

Nesta fase, o jogo é paralelo e complementar ao mesmo tempo. As crianças estão, cognitivamente, em um período de pleno egocentrismo: aos três anos é o período de aparecimento do eu – as crianças não se nomeiam pelo seu nome, mas conseguem dizer ‘eu’ e compreender que ele é diferente dos outros e único.

OS ESPAÇOS

Espaços adequados devem ser disponibilizados nos mais diversos contextos, formais e não formais, com o intuito de que as crianças:

- Possam familiarizar-se com a imagem do seu próprio corpo;
- Explorem suas possibilidades gestuais e de ritmos corporais para

expressarem-se nas brincadeiras e em outras situações de interação;

- Se desloquem no espaço, experimentando-o, assim como seus corpos, engatinhando, ficando em pé, segurando-se, andando etc. Assim, as crianças vão desenvolvendo confiança nas suas capacidades;
- Explorem diferentes movimentos de preensão, encaixe e lançamento, por exemplo, na utilização de diversos objetos.

A organização dos espaços, a escolha e distribuição dos materiais nos mesmos e a seleção de atividades adequadas, são fundamentais.

Os espaços para os bebês, fora do berço, devem possibilitar segurança e aconchego, de preferência sobre colchonetes, para que eles possam se deslocar, especialmente os que ainda não se movimentam sozinhos. Espelhos, música suave, cores claras, cortinas para criar climas de aconchego, temperatura ambiente, ventilação, decoração à altura das crianças e brinquedos especialmente selecionados, devem ser pensados criteriosamente quando da organização dos espaços. Os berços, além de limpos, precisam ter algum móvel à altura do olhar da criança e protetores laterais.

Algumas premissas devem ser levadas em conta e pensadas no que diz respeito à arrumação do espaço;

Nas casas ou salas das instituições:

- A influência das cores;
- A decoração e suas mensagens;
- A segurança;
- A altura dos objetos pendurados;
- O mobiliário – flexibilidade ou não;
- A higiene (quem cuida?);
- A organização (quem organiza?);
- Os materiais expostos, não expostos (autonomia);
- O clima;
- Os cantinhos > as atividades > as propostas;
- As atividades – espontâneas, livres ou direcionadas. Coletivas, individuais ou em pequenos grupos (adequação);
- Os brinquedos – segurança, qualidade, quantidade, adequação, organização, cuidados, construção e reciclagem.

Nas áreas externas:

- Grama, areia, terra, água (higiene e manutenção);
- Equipamentos e materiais (segurança, lascas, ferrugem);
- Segurança;
- Higiene.

Nas áreas de repouso:

- Higiene;
- Silêncio;
- Temperatura ambiente;

Nos banheiros:

- Altura adequada de vasos, pias e chuveiros;
- Higiene.

Nos refeitórios:

- Qualidade e balanceamento dos alimentos;
- Higiene;
- Adequação de cadeirões, mesas e cadeiras.

É importante criar ambientes nos quais as crianças, ao mesmo tempo em que estejam seguras, possam se deslocar e explorar possibilidades corporais, espaciais, além de receberem estímulos dos adultos, de objetos e brinquedos. Isso significa também que, quando as crianças não estão dormindo nem descansando, é importante tirá-las do berço e colocá-las em algum espaço, não muito restrito, mas seguro, para que possam se locomover. Como elas essencialmente se arrastam, rolam e viram, o chão precisa estar protegido, de preferência com materiais moles, sem lascas como vinil, tapetes e mantas, mantendo-se a higiene cotidiana do piso. Quaisquer mobiliários que houver em volta deve, de preferência, não ter pontas, lascas nem serem muito altos ou leves, já que os bebês se apoiam neles e costumam empurrá-los.

O cuidador deve tomar extremo cuidado para não deixar os bebês sós em cima de trocadores ou em carrinho sem cintos, ou em lugares de onde eles possam cair. As crianças precisam, sim, experimentar a se locomover, rolar e ficar em pé, mas com segurança. Uma vigilância exagerada nesse sentido também é contraproducente, pois impede os bebês

de terem novas experiências, que servirão de alavanca e desafio para futuros aprendizados.

São necessários ainda outros cuidados essenciais, com tomadas, fios, objetos pequenos que as crianças possam levar à boca e engolir, tesouras, facas ou produtos químicos. Mesmo canetas, produtos com tintas ou objetos que quebrem devem ser colocados em espaços não acessíveis aos pequenos. Importante cuidar para que os bebês só estejam perto de portas, gavetas ou móveis, quando um adulto estiver próximo.

O ENVOLVIMENTO DOS PAIS NO BRINCAR

Em geral os pais são o primeiro 'brinquedo' dos bebês. Ao pegar com força os dedos dos adultos e ao observar as expressões faciais, os bebês desenvolvem habilidades motoras e visuais, ao mesmo tempo em que se divertem. Os recém-nascidos começam a aprender com os pais e depois com seus irmãos mais velhos, avós, tias, amiguinhos e outros cuidadores. Como os bebês são também o 'brinquedo' dos pais, estes, ao brincar, transmitem suas próprias personalidades. Alguns falam, riem, cantam, dançam, encenam, fazem malabarismos ou gracejos com os bebês. Durante cada fase do desenvolvimento infantil os pais exteriorizam também sua própria forma de brincar e não devem se sentir inibidos a este respeito. Uma vez que as nossas melhores brincadeiras são aquelas que a nós mesmos parecem mais envolventes, é claro que para alguns será a música a dominar, para outros a aptidão na manipulação dos objetos e das formas, a habilidade física ou verbal, a imaginação para a arte dramática ou os jogos com números, de estratégia ou de sorte. Os pais devem brincar com seus filhos de tudo aquilo que os agradá-pessoalmente e pôr nessas brincadeiras e interações lúdicas todo o entusiasmo possível. Logo as crianças estarão escolhendo os caminhos a tomar e estarão refletindo seus próprios interesses e talentos.

Além disso, os pais estabelecem, ao brincar, uma relação mais estreita com os filhos, encontrando mais facilidade para escolher os brinquedos compatíveis com seus interesses e habilidades. Diz Sutton Smith (1986): "Os adultos de hoje foram educados para renunciar às atividades infantis e para serem responsáveis quando crescessem. No entanto, os pais que não se esquecem de sua própria infância estão mais bem preparados para comunicar-se com seus filhos e ajudá-los em seu desenvolvimento". "Pesquisas mostram que as crianças que brincam mais, tanto sós

como em grupos, são mais criativas que aquelas que têm pouca oportunidade de fazê-lo. As crianças que brincam regularmente com outras crianças têm notoriamente menos problemas de ajuste social quando atingem a idade adulta". O Dr. Sutton Smith oferece algumas regras simples para que aqueles que lidam com crianças saibam quando devem, ou não, brincar com elas:

- Observe: através de uma observação demorada, determine os níveis de habilidade da criança e seu interesse pela brincadeira;
- Participe da brincadeira: faça-o brincando ao nível da criança, mas tenha cuidado e não imponha um nível muito elevado, pois isso pode provocar a frustração, tanto do adulto quanto da criança;
- Brinque a um nível mais elevado: depois de brincar um pouco no nível da criança, pode-se introduzir um nível novo, mais complexo. Depois que a criança aprender a brincar com uma boneca, pode-se induzi-la a uma conversa entre duas bonecas;
- Afaste-se e observe de novo: depois de mostrar um conceito novo e de haver despertado o interesse da criança, deixe-a sós para que pratique e aprenda. Uma vez adquirida a habilidade, que pode tardar minutos ou vários meses, pode-se ensinar um conceito mais avançado.

Mesmo que as crianças não estejam totalmente preparadas para assimilar cada novo conceito sentir-se-ão atraídas e estimuladas pelos exemplos dos mais velhos. Com o tempo, o que varia de criança para criança, ao brincar sozinha começará a mostrar que aprendeu algo novo. Se as crianças ou os pais se desinteressam ou se impacientam durante a etapa 'brinque a um nível levemente superior', os pais devem afastar-se. A brincadeira deve ser espontânea e nunca se deve tentar forçar ou apressar a criança nesta fase.

É importante lembrar que as brincadeiras ajudam as crianças a definir hábitos como a persistência e a determinação. Uma criança que se concentra durante longos períodos com seus brinquedos e jogos pressagia um adulto atento a suas obrigações e interesses. "Estes períodos de brincadeira devem ser encarados, tanto pela criança como pelo adulto que se ocupa dela, como momentos de pura diversão, pois mesmo influindo no desenvolvimento da criança, uma brincadeira que não é divertida torna-se ociosa." (ABRINQ, 1999).

AS BRINCADEIRAS E OUTRAS ATIVIDADES

Brincadeiras que envolvam canto e movimento são oportunidades para explorar o corpo e experimentar diferentes sensações. Brincadeiras de mãos, em que o adulto está olho no olho com a criança, chamam muito a atenção dos pequenos, que tenderão, naturalmente, a repetir os sons e imitar os movimentos. O mais importante, porém, é que nesse tipo de brincadeira formam-se vínculos e comunicação entre as duas partes. O adulto está inteiro, presente, e cada criança profundamente compenetrada no seu interlocutor. Os bebês se sentem muito felizes com essas trocas, com a atenção e o estímulo do adulto que pode, na maior parte das vezes, responder às suas necessidades pontuais de desconforto, fome, sede, de ser trocado, frio ou calor, medo, falta de segurança, sono ou simplesmente de atenção e afeto.

Um grande repertório pode ser extraído da cultura popular infantil local e nacional: cantigas de roda, brincadeiras cantadas etc. Convidar pais e avós para ensinarem às crianças músicas e cantigas da infância é um caminho muito saudável para incentivar a participação desses familiares no cotidiano dos pequenos e estabelecer pontes de diálogo com a creche. Além do que, com estas contribuições, aumenta-se o repertório de músicas e brincadeiras que fazem parte do patrimônio de cada comunidade.

Instrumentos musicais ou de percussão, improvisados ou não, podem servir de grande estímulo e chamam muito a atenção das crianças nesse período, em que tentarão imitar os sons e expressarão com seus corpos e seus gestos, envolvimento e interesse pela música. Com esse tipo de estímulo, as crianças adquirem ritmo, vocabulário, sensibilidade e coordenação, entre tantas outras habilidades. É também uma oportunidade de interação com os cuidadores e com outras crianças. Embora as crianças ainda estejam mais voltadas para si mesmas do que para o grupo, são muito interessantes as brincadeiras de roda, que as introduzem no coletivo e no ritmo dos movimentos.

A brincadeira, a palavra, a música, o olho no olho e o toque devem estar presentes em todos os momentos de interação com os bebês, inclusive ao trocá-los, ao alimentá-los, ao lhes dar banho etc. Quando os adultos não têm possibilidade de brincar com as crianças por quaisquer motivos, brinquedos adequados devem estar ao alcance delas. Mas é importante ter consciência que objetos não substituem seres humanos.

OS BRINQUEDOS

No primeiro ano de vida, as crianças descobrem o mundo através dos seus sentidos e, nessa linha, é fundamental que os objetos ou brinquedos ao seu alcance não apresentem lascas, se forem de madeira, partes pequenas que a criança possa engolir, tintas tóxicas ou tecidos sintéticos. É aconselhável que sejam feitos de lã, algodão, madeira ou elementos naturais que transmitam aos bebês calor e aconchego. As cores, de preferência, devem ser suaves, e os brinquedos, sonoros. Eles devem ser colocados ao alcance das crianças. Não há necessidade de tanta quantidade, mas, sobretudo, variedade, adequação e qualidade. Chocalhos, objetos com guizos para apertar ou um trapézio de berço para estimular exercícios são muito interessantes. Bonecas de tecido e animaizinhos de pelúcia feitos de materiais atóxicos são gostosos de tocar e abraçar e podem constituir referências emocionais, dando segurança aos bebês, sobretudo quando estão longe da mãe. As costuras devem ser resistentes. Olhos e narizes precisam estar firmemente costurados. Brinquedos para chupar ou morder são essenciais nessa fase, mas é necessário que sejam permanentemente higienizados. Outras boas opções são fios contendo contas grandes para morder e bater, assim como brinquedos flutuantes para o banho, tomando sempre a precaução de as crianças não se enrolarem com os fios ou não engolirem as contas (nunca podem ser pequenas). Quando um bebê já consegue sentar-se, está pronto para brincar com cubos que tenham guizos embutidos ou ilustrações, com copos ou caixas que se encaixam uns dentro dos outros e objetos com argolas empilháveis. Nessa idade, os bebês passam a apreciar livros com ilustrações de objetos familiares. Quando as crianças começam a engatinhar ou a caminhar, os brinquedos mais estimulantes e divertidos são os que se empurram ou puxam, como um pequeno vagão ou um carrinho de boneca, bem como objetos de montar e desmontar, bonecas e bichinhos de pelúcia.

A distribuição dos brinquedos nos espaços nos quais os bebês ficam deve variar conforme suas preferências e necessidades. Em espaços com várias crianças, é importante levar em conta que elas não têm a percepção do outro. Assim, é importante oferecer materiais suficientes para todos, embora não seja aconselhável brinquedos repetidos: aqui inicia-se a possibilidade de conviver, dividir, negociar, mesmo que com gestos, sem palavras.

Brinquedos de área externa devem estar fixados sobre grama ou areia e, se possível, não sobre o cimento. Atentar para a qualidade dos objetos oferecidos (lascas, ferrugens, tintas etc.) assim como a higienização permanente dos mesmos é essencial.

Os brinquedos devem ser laváveis e, de preferência, seguir normas básicas de segurança (www.inmetro.gov.br/noticias/conteudo/237.asp). É importante assegurar-se de que o ambiente em que um bebê passa seu cotidiano esteja isento de perigos. Brinquedos para o berço e móveis devem ser retirados do berço quando a criança atinge cinco meses ou começa a se apoiar nas mãozinhas ou nos joelhos. Animais de pelúcia, chocalhos e colares de contas nunca devem ser suspensos no berço, no quadrado ou no carrinho, com cordas ou tiras. Não importa que pareçam inofensivos: sempre existe a possibilidade de se enroscarem num botão ou numa fivela da roupa ou de se enrolarem em torno das mãozinhas, dos pés ou do pescoço. Para ter certeza de que a brincadeira vai ser divertida e sem perigo, aos pais cabe não apenas preocupar-se em escolher corretamente os objetos e vigiar a criança que brinca, como estimulá-la a ser responsável e, uma vez que são sua primeira propriedade, ensinar-lhe a usá-los e cuidar deles.

MEDIDAS DE SEGURANÇA

A segurança é primordial na compra de um brinquedo. Segue uma lista de recomendações para consultar e difundi-la entre pessoas que lidam com crianças:

- Guiar-se, não somente pela idade recomendada pelo fabricante, mas procurar também pesquisadores do brincar que desenvolveram profundos estudos a este respeito, procurando também ler as mensagens e advertências que apareçam na embalagem dos brinquedos;
- Levar em consideração as características da família e, sobretudo, as idades das crianças menores. Um brinquedo desenhado para maiores é inadequado para as menores e pode, inclusive, ser perigoso;
- Ser especialmente cuidadoso ao escolher brinquedos para menores de 36 meses. Não comprar objetos com peças muito pequenas, que podem ser engolidas ou aspiradas, inclusive bolinhas e brinquedos com pontas afiadas e bordas cortantes;
- Assegurar-se de que chocalhos flexíveis, guizos e mordedores sejam

suficientemente grandes para não caberem por completo na boca do bebê, mesmo quando estejam bem dobrados;

- Se a criança ainda põe objetos na boca, assegurar-se de que têm tamanho para não serem engolidos ou obstruírem a boca ou a garganta;
- Certificar-se de que as costuras dos bichos de pelúcia e das bonecas de pano estejam firmes e resistentes, bem como olhos, nariz, botões, laços e outros enfeites sejam firmes e não se desprendam nem possam ser mordidos;
- Procurar as indicações “lavável a mão ou a máquina” nos brinquedos de pelúcia e tecido;
- Se comprar um baú para guardar brinquedos, certificar-se de que tenha uma tampa removível ou dobradiças que assegurem ela permaneça aberta. Verificar se as bordas são arredondadas. Deve ter orifícios para ventilação e espaço suficiente entre a tampa e o corpo do baú para evitar que a criança prenda os dedos;
- Atenção aos brinquedos de experiências científicas que podem conter matérias químicas tóxicas. Atenção aos objetos de atividades manuais, que podem incluir instrumentos afiados, como tesouras ou vidros;
- Atenção aos artigos de natação que não sejam salva-vidas;
- Atenção aos balões de ar, papagaios ou pipas;
- Atenção aos brinquedos de construção para adultos que tenham pontas e quinas agudas antes de montados (ABRINQ, 1999).

AS ARTES PLÁSTICAS

A arte não acontece de forma isolada, mas envolve corpo, coordenação, equilíbrio, motricidade, sensações, ver, ouvir, cheirar, tocar, pensar, falar. As crianças pequenas procuram os adultos para desenvolverem suas linguagens artísticas, e estes devem estar sempre por perto, participando. Trata-se de, mais do que controlar ou criar situações artificiais, deixar que elas aconteçam naturalmente. Descobrir materiais da natureza ou outros, brincar com eles e experimentar. Cada criança tem uma expressão própria, embora existam traços primitivos semelhantes nos desenhos delas. O trabalho de artes com os pequenos implica o improviso, no qual se misturam emoções e atmosferas.

Após os quatro meses de vida, o reflexo da mão na preensão é substituído pela intencionalidade. É assim que começa o interesse pelos objetos. Aos cinco meses, as crianças estendem seus braços para agarrar obje-

tos e levá-los à boca. Por isso é essencial verificar a qualidade, o tamanho e a não toxicidade dos materiais oferecidos. Aos sete meses, elas ficam bastante atentas a tudo ao seu redor, examinam os objetos com minúcia, e se entusiasmam manipulando diversos materiais, amassando, passando objetos de uma mão à outra etc. Aos nove meses, as crianças já são capazes de esboçar alguns traços no papel: este prazer de dar forma surge antes mesmo da fala. Os traços são a base da linguagem nessa fase.

Como pintar, desenhar e modelar ou dar forma são atividades diferentes, todas devem ser apresentadas às crianças como possibilidades criativas e exploratórias.

É importante oferecer-lhes muito espaço, amplas superfícies de papel jornal ou *craft*, lonas, tecidos etc. Pode-se utilizar grossos pincéis ou giz de cera, tintas laváveis e atóxicas, de preferência. Não se trata de julgar se os bebês fizeram certo ou errado, bonito ou feio: não se deve esperar resultados. Cada criança tem seu tempo mais ou menos curto na elaboração da sua arte. Esse período tem de ser respeitado, assim como a escolha dos materiais. É importante também dar oportunidade às crianças de utilizarem mãos e pés, por exemplo, para suas pinturas. Argila e massinhas, de preferência não tóxicas ou preparadas com farinha e água, são de muito interesse. Esponjas para pintar com aquarela são também estimulantes.

Quando as crianças conseguem contar o que fizeram, seus desenhos se transformam em linguagem, em meio de comunicação. Quando a linguagem entra em cena, ao desenhar as crianças também começam a pensar. Mas é desde o nascimento que os bebês precisam e querem se comunicar.

A MÚSICA

“A música é uma linguagem muito importante na comunicação e expressão humanas. Desde antes do seu nascimento, as crianças já estão imersas num mundo de sons: pesquisas comprovam que, ainda dentro do útero, os bebês escutam e reagem aos sons do corpo materno e mesmo aos sons externos. Quando nascem, e já desde as primeiras semanas de vida, os bebês são capazes de distinguir claramente a voz humana de outras fontes sonoras. A voz materna é reconhecida pelo bebê e será um instrumento importante na construção do vínculo e na

interação pais-crianças. Farão parte igualmente deste universo sonoro as canções e pequenas brincadeiras musicais que a mãe entoa para o bebê. Assim, os sons e a música constituem uma fonte importante de conexão cultural e desde muito cedo o bebê estará conhecendo e se apropriando de sonoridades características do lugar onde vive – sua família, sua comunidade, seu país.

Ao entrar na instituição, portanto, o bebê já será dono de um repertório musical, do qual farão parte sons familiares, músicas e canções entoadas pelas pessoas que conhece.

No ambiente do berçário, este repertório se ampliará e novos sons passarão a fazer parte do mundo do bebê. Assim, é importante que os professores saibam que sua voz, as brincadeiras sonoras e canções que cantarão para as crianças estarão abrindo um canal comunicativo essencial para a integração do bebê na vida do berçário.

O canto do professor para o bebê estabelece um vínculo profundamente emotivo, e mais ainda se vem acompanhado do contato físico, do olhar e do seu próprio gosto por cantar.

Em determinados momentos, algumas das atitudes do professor serão dirigidas a apenas uma criança, como quando a embala com canções e brinca com sons e músicas durante a troca de fraldas. Em outras ocasiões, ele cantará para o grupo todo ou para várias crianças como, por exemplo, no momento de dormir ou quando as crianças brincam tranquilamente.

Nesta faixa etária, podemos esperar que as crianças percebam e reajam aos diferentes sons do ambiente – e, à medida que crescem, não apenas aos sons vocais, mas também a outras informações sonoras, que lhes provocarão diferentes reações: bem estar e alegria, susto, medo ou curiosidade. Estas reações se dão através do olhar, do choro ou da expressão corporal: é muito comum que bebês agitem pernas e braços diante de sons conhecidos ou que chorem diante de algum estímulo sonoro novo. Porém, além de escutar e distinguir sons, as crianças pequenas também são capazes de produzi-los.

Muito cedo os bebês começam a vocalizar, a brincar com sua própria voz, uma fonte inesgotável de exploração e comunicação. À medida que crescem, a pesquisa de sons produzidos com a boca também pode ocupar as crianças durante bastante tempo. As lalações – ruídos vocais ainda sem relação com a língua falada, e que até mesmo as crianças surdas

produzem - os barulhos com os lábios e língua entretêm e divertem as crianças. Outro importante veículo para a expressão de sensações e desconfortos é o choro, reação inicialmente reflexa, mas que resulta no primeiro sistema de sinais que pode ser decodificado por outro.

Os bebês podem ser apoiados a perceber os sons do ambiente e a reagir a ruídos e músicas. Podem reconhecer suas músicas preferidas, acompanhando-as por meio de movimento corporal.” (SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO SP, 2007).

OS EDUCADORES

Os educadores precisam entregar-se às suas próprias capacidades expressivas, pois eles são um espelho que as crianças irão imitar. Todas as atitudes dos cuidadores são observadas, imitadas, introjetadas e assimiladas pelos bebês, de onde decorre o cuidado que é necessário e, sobretudo, a autenticidade dos educadores. Isso vale para a hora da troca de fraldas, do banho, ao pegar uma criança no colo, dar o alimento, colocá-la ou tirá-la do berço etc. É fundamental que cada educador/cuidador não invista apenas no seu autoconhecimento para lidar com seus momentos de cansaço, angústia e insegurança, mas também na formação continuada para ampliar seus conhecimentos com relação ao universo das crianças pequenas, para poder, assim mesmo, orientar os pais. Ampliar os repertórios de atividades, brincadeiras, histórias e músicas deve ser uma preocupação permanente.

A comunicação cotidiana entre pais e educadores é básica para acompanhar os progressos dos bebês, assim como incômodos, dores, ritmos, falta de sono, conquistas ou dificuldades com relação à alimentação, à locomoção, à aquisição da fala e de outras habilidades motoras, gestuais e expressivas.

Chris Ponsford (2006) levanta alguns problemas observados com bebês e cuidadores no dia a dia dos berçários:

- As crianças muito pequenas ficam assustadas ao serem tiradas do seu grupo familiar;
- As relações inadequadas da equipe de funcionários podem causar falta de tempo suficiente para o nível de atenção individual requerida nos grupos de idade muito novos;

- As mudanças frequentes da equipe de funcionários afigem os bebês de forma decisiva;
- A equipe de funcionários pode estar muito cansada para dar aos bebês a atenção requerida;
- A equipe de funcionários que é pressionada ou desmoralizada pode tornar o ambiente ruim;
- Uma equipe que se senta desvalorizada pode, facilmente, tornar-se impaciente com crianças pequenas,
- O time de funcionários que trabalha por muitas horas pode perder o interesse e a atenção necessários no decorrer do dia;
- O longo período passado com crianças pequenas é altamente estressante;
- Grupos grandes de crianças são frequentemente ruidosos e desgastam constantemente os cuidadores;
- O número insuficiente de adultos na equipe causa um estresse considerável às crianças e aos adultos no início e no final de cada dia, sobretudo quando os pequenos estão vulneráveis;
- Pode haver mais problemas se as relações da equipe de funcionários se tornarem tensas ao lidar com grupos grandes de bebês da mesma idade.

Sugestões para a prática e melhorias

- Cada criança precisa ter uma mesma pessoa de referência o tempo inteiro que passa no berçário, e um segundo cuidador similar, caso o primeiro não esteja disponível;
- A equipe de funcionários requer muito apoio, necessidade de se sentir valorizada e ser bem remunerada;
- O apoio aos cuidadores precisa de encontros para trocas e reflexões sobre práticas e dificuldades;
- Um sistema de confiança organizado para a equipe de funcionários é essencial;
- Todo o time de profissionais deve ter compreensão sobre desenvolvimento da criança e conhecimento de como determinadas práticas afetam o desenvolvimento integral;
- Ajuda extra no fim do dia auxilia os cuidadores a reduzir níveis do estresse;
- Horas de funcionamento mais curtas aliviariam algum dos problemas

- elevados do estresse;
- É interessante misturar crianças com diferença de alguns meses no primeiro ano de vida, ao menos em alguns horários: é menos estressante para o cuidador;
- Grupos pequenos são menos ameaçadores para as crianças e mais calmos para o ambiente em geral;
- Um bom vínculo entre cuidadores e pais ajuda na compreensão das crianças.

No Brasil, os cuidadores/educadores vivenciam grande estresse nos seus cotidianos em grande parte das instituições. Entre as causas, podemos elencar:

- Remuneração não condizente com sua responsabilidade;
- Falta de formação e/ou orientação adequadas;
- Baixa autoestima;
- Insatisfação com o ambiente de trabalho;
- Condições inadequadas de trabalho: número excessivo de crianças em cada sala e falta de auxílio nas tarefas cotidianas. Pouco espaço, mobiliário e materiais precários. Muitas horas seguidas de trabalho ou necessidade de ter de complementar seu salário com trabalho em outra instituição, falta de apoio da equipe, entre tantos outros.

Nesse sentido, é urgente o diagnóstico de necessidades locais específicas de cada instituição e o investimento permanente tanto na formação e orientação de quadros quanto nas necessidades materiais. Torna-se prioritário contratar profissionais suficientes para o desenvolvimento de trabalhos consistentes e adequados.

PESQUISAS RECENTES

Estudos científicos recentes e práticas clínicas sobre o desenvolvimento das crianças têm mostrado como a relação do bebê com a mãe tem um impacto fundamental, afirma Sally Goddard Blythe, do Institute for Neuro-Developmental Psychology da Inglaterra, no livro "What Babies and Children Really Need" (HAWTHORN PRESS, 2008). A autora aponta que tendências como maternidade tardia, tempo de aleitamento limitado e pronto retorno ao trabalho por parte das mães – por pressões

econômicas, sociais e políticas – prejudicam os marcos essenciais de desenvolvimento dos bebês, básicos ao bem-estar deles. A autora defende uma espécie de “Carta para a Infância”, fundamentada nos quatro pilares do desenvolvimento infantil:

- Nutrição;
- Afeto;
- Brincadeira;
- Disciplina.

ADVERTÊNCIAS

É importante ressaltar que, na cultura ocidental, os pais vivem pressa e ansiedades no sentido de introduzir as crianças no mundo adulto antes da hora certa. Assim, há uma pressão para que elas aprendam a ler, escrever, lidar com computadores e imitar personagens totalmente fora dos seus contextos e da sua compreensão. Esses aspectos constituem uma atitude desnecessária, mas, sobretudo, extremamente prejudicial. As crianças precisam dos estímulos certos que, no primeiro ano de vida, devem restringir-se aos acima citados: muito contato com seus cuidadores e outras crianças, com a natureza, uma grande preocupação em propiciar-lhes atendimento às necessidades fisiológicas e de higiene, sono, alimentação e afetividade.

Os adultos, sobretudo os pais, costumam adiantar-se, entusiasmados com respostas que as crianças dão aos seus estímulos. Isso os incentiva, sobretudo no sentido de dizer “meu filho é muito inteligente, já consegue isto ou aquilo, está adiantado etc.”. As crianças precisam dizer do seu jeito (não verbal) e serem ouvidas, interpretadas e atendidas.

Os estímulos a elas oferecidos devem responder às necessidades primordiais de desenvolvimento dos sentidos. Expô-las à televisão (que tem servido como babá), muitas vezes até usada como uma forma de adormecerem, constitui um dos maiores perigos para o desenvolvimento saudável. Deixá-las muito tempo presas nos berços, em cadeirões ou nos cercadinhos, as impede de conquistar sua autonomia, descobrir-se nas suas aptidões e entender o mundo à sua volta. Ao mesmo tempo, deixá-las totalmente soltas, sem limites, sem regras, é igualmente prejudicial: as crianças precisam também de contenção. E aqui cabe o bom senso, assim como oferecer diversidade de estímulos, mas sem exagero.

Por outro lado, ambientes muito barulhentos, frios ou pouco ventilados, espaços com muitos ou poucos estímulos, cores fortes à sua volta, falta de rituais, todas as formas de extremos só vêm prejudicar um período de vida saudável física e psiquicamente.

Os cuidadores e educadores que atuam nas instituições também se sentem pressionados pelo mercado, pela sociedade de massa, pela mídia e pela cultura pós-moderna, assim como por estimular de forma exagerada e precoce os bebês, já pensando no seu futuro sucesso. Mas o que entendemos por sucesso? Os educadores precisam conscientizar-se do fato de que a hiperestimulação, ou a falta de estímulos, o excesso de brinquedos e/ou sua não adequação podem levar a alterações de comportamento. Há um excesso de informações, sobrecarga de atividades e de responsabilidades, falta de tempo livre e espaços adequados, pressão escolar precoce e falta de possibilidades de brincar nos cotidianos das crianças. A chave da prevenção está nos três primeiros anos de vida: no respeito do ritmo, do tempo e das necessidades de cada criança e na adequação das propostas a elas apresentadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAPÍTULO 5 – A CRIANÇA DO 1º AO 12º MÊS

O NEURODESENVOLVIMENTO – SAUL CYPEL

- BUTTERWORTH, G. & MORIRISSETTE, P. – Onset of pointing and the acquisition of language in infancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 14:219-231, 1996.
- COLE, M. & COLE, S. R. – O desenvolvimento da criança e do adolescente. 4ª. edição. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- CUNHA, I. – A revolução dos bebês. *Revista da Sociedade de Psicanálise do Rio de Janeiro*, 1:102-128, 2001.
- CYPEL, S. – Distúrbios da comunicação na criança. A linguagem aspectos neurológicos. In: DIAMENT, A. CYPEL, S REED UC Neurologia Infantil. 5ª. Ed. São Paulo: Atheneu, 2010.
- DIAMENT, A. – Evolução neurológica do lactente normal. São Paulo: editoras Edart – EDUSP, 1976
- DIAMENT, A., CYPEL, S & REED U.C. – “Os exames físico e neurológico da criança”. In: DIAMENT, A. e CYPEL, S. Neurologia Infantil. 5ª. Ed São Paulo: Atheneu, 2010.
- FENSON, L., DALE, P. S. & REZNICK, J. S. et al. – Variability in early communicative development. *Monographs for Research in Child Development*, 59 – 1994.
- KLEITMAN, N. – Sleep and wakefulness. Chicago: University of Chicago Press, 1963.
- LEFÈVRE, A. F. B. – Contribuição para a padronização do exame neurológico do recém nascido normal. Tese Fac. Med. USP, São Paulo, 1950.
- MARCONDES, E., BERQUIÓ E. S. & YUNES J. et al – Estudo antropométrico de crianças brasileiras de zero a 12 anos de idade. *Anais Nestlé* 84, 1971.
- NELLHAUS, G., – Head circumference from birth to eigtheen years. Practical composite international and interracial graphs. *Pediatrics* 46:106, 1968.
- PRECHTL, H & BAIEMA, D. – The neurological examination of the full term newborn infant. Little Club Clinics in Developmental Medicine nº 12, London: William Heinemann, 1964.
- REIMÃO, R. – Sono normal e seus distúrbios na criança. In: DIAMENT, A. CYPEL,S e REED UC - Neurologia Infantil. São Paulo: Atheneu, 5ª. ed., 2010
- RIVA, D., RAPIN, I. & ZARDINI, G. – Language: normal and pathological development. Paris: John Libbey Eurotext, 2006.
- THOMAS, E. B. & WHYTNAY, M. P. – Sleep states of infants monitored in the home: individual differences, developmental trends and origins of diurnal cyclicity. *Infant Behavior & Development*, 12:59-75, 1989.
- TREVARTHEN, C. & AITKEN, K.J. – Brain development, infant communication and empathy disorders: Intrinsic factors in child mental health. *Development an Psychopathology*; 6:597-633, 1994.

CAPÍTULO 5 – A CRIANÇA DO 1º AO 12º MÊS

ASPECTOS EMOCIONAIS – LIA RACHEL COLUSSI CYPEL

- BAUER, M. (org.). – Resiliência y vida cotidiana. Montevideo: Psicolibros, 2007.
- BION, W. R. – Uma teoria do pensamento. Buenos Aires; Horne, 1962a.
- BION, W. R. – Aprendiendo de la experiência. Buenos Aires: Horne, 1962 b.
- BOTBOL, M. – Bebe, bienvenido al mundo (0-3 a). Madri: Editorial Síntesis, 2005.
- CARON, N. A. (org.) – A Relação Mãe-Bebê. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

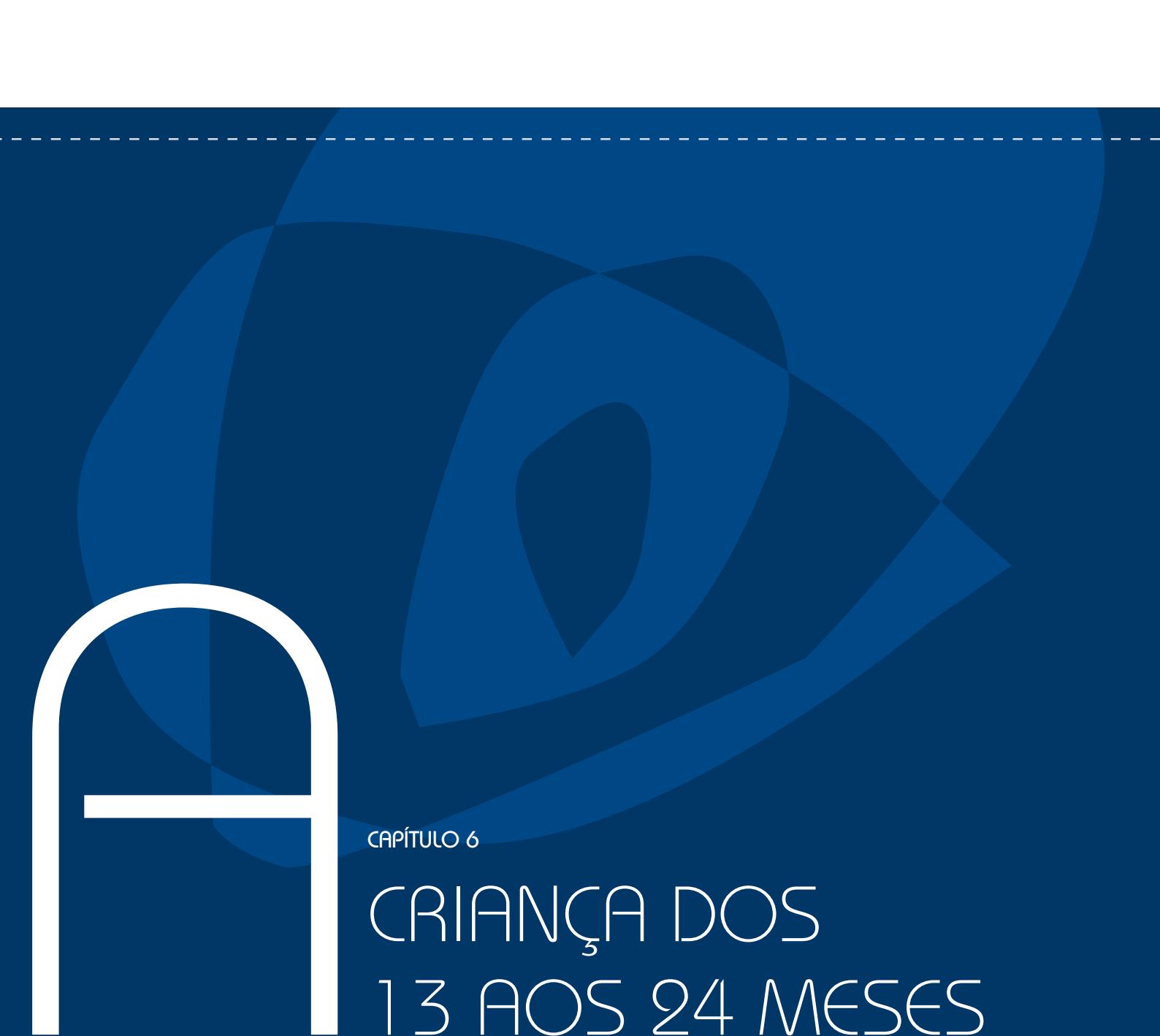
-
- HARRIS, M. – Crianças e bebês à luz de observações psicanalíticas. São Paulo: Vértice, 1995.
 - MILLER, L. – Compreendendo seu bebê. Rio de Janeiro - Imago, 1992.
 - NÓBREGA, F. J. – Vínculo Mãe/Filho. São Paulo: Revinter, 2005.
 - ROSENBLUTH, D., HARRIS, M., OSBORNE, L., O'SHAUGHNESSY, E. – Compreendendo seu Filho de 1 ano. Rio de Janeiro, Imago, 1973
 - SPITZ, R. A. – O primeiro ano de vida. São Paulo: Martins Fontes, 1973.
 - WINNICOTT, D. W. – A criança e o seu mundo. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1982
 - WINNICOTT, D. W. – Da pediatria à psicanálise. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1988.
 - WINNICOTT, D. W. – A família e o desenvolvimento individual. São Paulo: Martins Fontes, 1993.
 - WINNICOTT, D. W. – Os bebês e suas mães. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

CAPÍTULO 5 – A CRIANÇA DO 1º AO 12º MÊS

EXPRESSÕES E ESTÍMULOS – ADRIANA FRIEDMANN

- ABRINQ. – Guia de Brinquedos – Os melhores do ano 1999/2000. Rio de Janeiro: Ed. Globo, 1999.
- AINSWORTH, M.D. – Patterns of attachment behavior shown by the infant in interaction with his mother. Merrill-Palmer Quarterly, 10, 1964.
- BANDURA, A. – Social cognitive theory. In R. Vasta (Ed.) Annals of child development. Greenwich, CT: JAI, 1989).
- BLYTHE GODDARD, S. – What Babies and Children Really Need. UK: Hawthorn Press, 2008.
- BOWLBY, J. – Maternal care and mental health. Bulletin of the World Health Organization. 3, 1993.
- BRAZELTON, T.B. – Neonatal behavioral assessment scale. Philadelphia: Lippincott, 1973.
- CORSARO, W. A. – The Sociology of Childhood. California: Pine Forge Press, 1997.
- DAMÁSIO, A. R. – O mistério da consciência. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.
- DELORS, J. – Educação: um tesouro a descobrir. São Paulo: Cortez, 1999.
- DOLTO, F. – As etapas decisivas da infância. Martina Editora, 2007.
- ERIKSON, E.H. – Childhood and society, New York: Norton, 1950.
- FREUD, S. – A general introduction psychoanalysis. New York: Perma-books, 1953.
- FRIEDMANN, A. – O brincar no cotidiano da criança. São Paulo: Moderna. 2006
- FRIEDMANN, A. – O desenvolvimento da criança através do brincar São Paulo: Moderna. 2006
- FRIEDMANN, A. – O universo simbólico da criança – olhares sensíveis para a infância. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.
- FRIEDMANN, A. – A arte de brincar. 1ª Edição – São Paulo: Scritta, 1992. Nova edição – Rio de Janeiro: Vozes, 2004.
- FRIEDMANN, A. – “A evolução do brincar”, in O direito de brincar: a brinquedoteca. São Paulo: Scritta, 1992.
- JAMES, A. & PROUT, A. (Orgs.). – Constructing and reconstructing childhood: contemporary issues in the sociological study of childhood. London: The Palmer Press, 1990.
- LORENZ, K. – Comparative study of behavior. In C. H. Schiller, Instinctive behavior. New York: International Universities Press, 1957).
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. “Brincar: a fada que vira professora ou o faz-de-conta invade a sala de aula...”, in Educação Infantil – Parâmetros em ação. Brasília: Secretaria de Educação Fundamental, 1999.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. Referencial curricular nacional para a educação infantil. Vol. 1, 2 e 3. Brasília: Secretaria de Educação Fundamental, 1998.

- MUSTARD, F. – Early Years Study 3: Making decisions, taking action. Margareth and Wallace McCain Family Foundation, Toronto, Canadá, 2011.
- PAPALIA, D. E. – Desenvolvimento humano. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 7^a. Ed, 2000.
- PIAGET, J. – A formação do símbolo na criança – imitação, jogo e sonho, imagem e representação. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978 (1951).
- PONSFORD, C. – What about the children, in
<http://www.whataboutthechildren.org.uk/images/stories/PDF's/Some%20Recent%20Research%20Findings.pdf>. UK, 2006.
- SARMENTO, M. J. – O Estudo de caso etnográfico em Educação. Braga: Instituto de Estudos da Criança / Portugal: Universidade do Minho, 2003.
- SCHILLER, F. – Educação estética do homem. São Paulo: Ed. Iluminuras, 1995.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO. Diretoria de Orientação Técnica. Orientações curriculares : expectativas de aprendizagens e orientações didáticas para Educação Infantil / Secretaria Municipal de Educação – São Paulo : SME / DOT, 2007.
- SHONKOFF, J. P. – The Science of Early Childhood Development. Harvard University, 2007.
- SKINNER, B. E. – The behavior of organisms: an experimental approach. New York: Appleton-Century, 1938.
- SUTTON-SMITH, B. – Toys as culture. New York/London: Gardner Press, 1986.
- VYGOTSKY, L. S. – A formação social da mente. São Paulo: Martins Fontes, 4a. ed., 1991 (1978).
- WATSON, J. B. & RAYNER, R. – Conditioned emotional reactions. Journal of Experimental Psychology, 3, 1920.



CAPÍTULO 6

CRIANÇA DOS 13 AOS 24 MESES

■ O neurodesenvolvimento
Saul Cypel

■ Aspectos emocionais
Lia Rachel Colussi Cypel

■ Expressões e estímulos
Adriana Friedmann

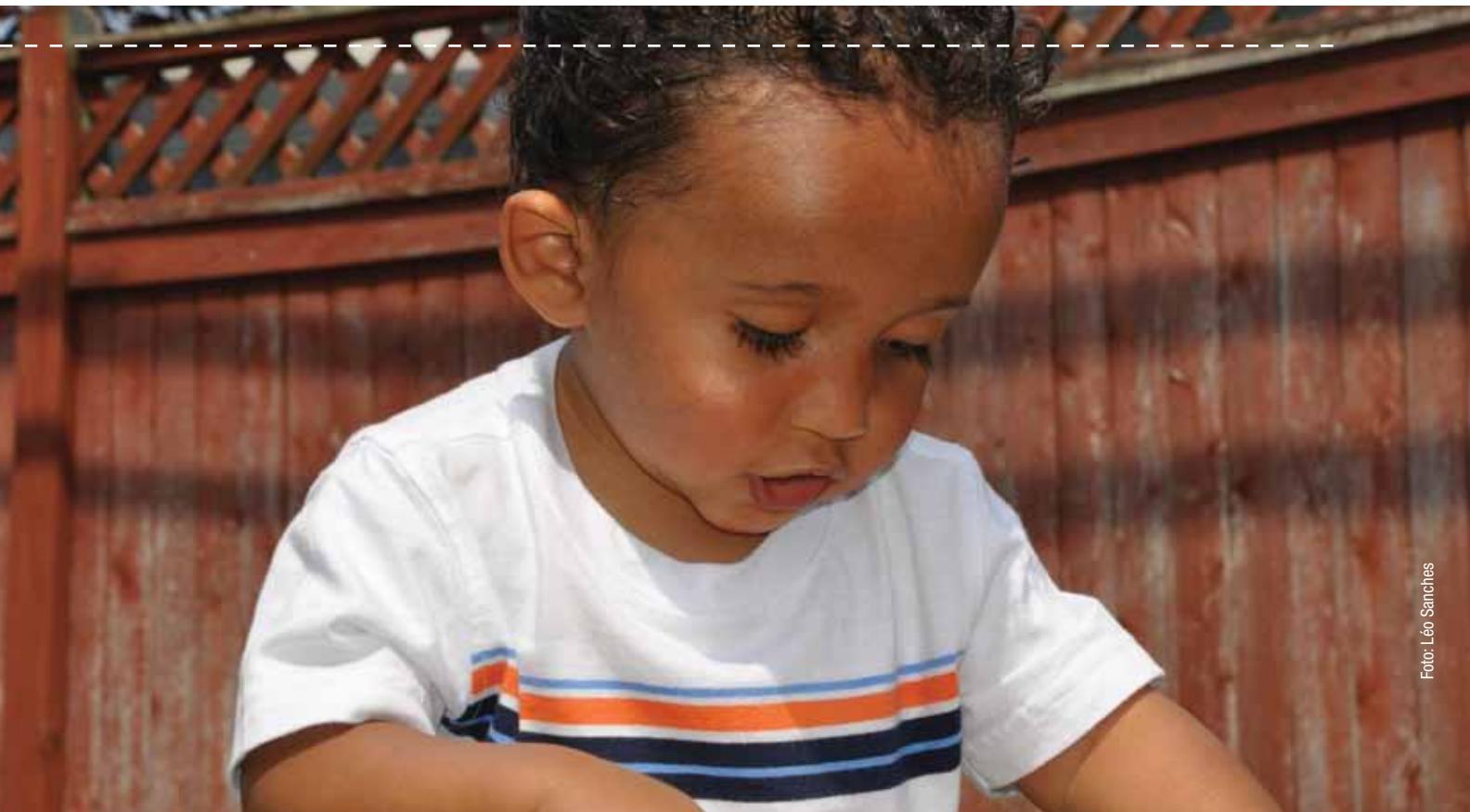


Foto: Léo Sanches

O NEURODESENVOLVIMENTO

Este é um período de intenso desenvolvimento, no qual a criança deixa de ser considerada um bebê e vai, progressivamente, ganhando maiores habilidades motoras, de comunicação e independência. Passa a demonstrar mais seus interesses e a fazer escolhas, aceitando algumas sugestões e negando-se a outras que não sejam de seu interesse imediato. Seu desenvolvimento motor enriquece progressivamente, e ela mostra maior agilidade com o próprio corpo, caminha com maior segurança e desenvoltura, sendo capaz até de subir uma pequena escada do andar superior da casa – trocando passos, colocando um pé sobre um degrau e, depois, o outro pé no mesmo degrau e assim por diante, repetindo a sequência. Pequenas quedas estarão no programa, e ela se sentirá capaz e gratificada de se pôr de pé novamente e reiniciar o que vinha fazendo. Mostrará também maior desembaraço num parquinho, procurando atividades do tipo trepa-trepa, conseguindo alçar pequena altura e ficar feliz com o resultado. Conseguirá correr e dar um chute numa bola,

ou mesmo puxar um brinquedo amarrado por uma corda e subirá nos móveis com maior destreza. Ao mesmo tempo, suas habilidades manuais vão se aprimorando até o final do segundo ano. A criança já consegue manipular melhor os objetos, fazendo alguns encaixes com brinquedos, usando até uma colher para levar alimentos à boca. Terá prazer em brincar com a areia e mesmo lambuzar-se com tinta enquanto pinta numa folha de papel (CYPEL, 2010).

Na linguagem, observa-se no correr dos meses que competências para a compreensão e memória desenvolvem-se de forma rápida (RIVA, RAPIN & ZARDINI, 2006). A criança é capaz de entender quase tudo o que lhe é dito. Compreende quando alguém pede para que apanhe o sapato e o coloque na cadeira, ou se lhe dizem que é chegada a hora de comer. Ela irá, sucessivamente, emitindo palavras, inicialmente dissílabos (mamá, papá), e de forma isolada. Aos poucos ficará mais articulada, formando novas palavras, com uma emissão peculiar na qual suprime sons, ou fala parte de vocábulos ou mesmo troca algum fonema, como “tasa” por casa, “tato” por pato.

Nesses primeiros meses do segundo ano, a criança costuma utilizar uma palavra como se fosse frase, o que chamamos de palavra-frase: diz “aga” com a finalidade de dizer “eu quero água”. Utiliza gestos, aponta e emite “dá”, referindo-se ao que deseja. A seguir, passa a entender noções um pouco mais abstratas, como “dentro e fora”, “em cima e em baixo”, e começa a construir frases curtas quando se aproxima do final do segundo ano – com duas a três palavras como “dá água”, “qué leite” ou “dá bola mamãe” (FENSON et al, 1994; CYPEL, 2010).

Muitas crianças, nesse período, mantêm o padrão de sono já relatado, sendo colocadas para dormir e ficando calmas no berço (REIMÃO, 2010). Outras resistem e parecem despertar nesse momento, insistindo e querendo continuar as brincadeiras. Pedem companhia, um beijo, outro beijo, até que se acomodam, e poderão ir dormindo assim por toda a noite. Não é incomum que, mesmo após longos períodos de sono calmo, aconteçam noites em que a criança acorde por mais de uma vez, em ocasiões com choro, outras amedrontadas (THOMAS & WHYTNEY, 1989). Será necessário acolhê-la, procurar conversar e entender se houve algum fato significativo durante o dia que pudesse trazer-lhe insegurança e ansiedade, e tratar de tranquilizá-la. Embora esse comportamento possa continuar por algumas noites, irá se extinguindo com as atitudes adequadas dos pais, reforçando sua segurança com a garantia de que estarão sempre disponíveis para ajudá-la. Já atitudes como o excesso de acolhimento (passar a dormir juntos, por exemplo) atuarão em sentido oposto, acentuando a insegurança e a dependência (CUNHA, 2001).

ASPECTOS EMOCIONAIS

É um período de transição de bebê para criança e compreendê-lo nesta época, seus sentimentos e necessidades, é essencial para a construção de um vínculo saudável com a figura materna, com os outros e com a vida (ROSEMBLUTH, 1973).

Deve-se permitir, mais uma vez, que a criança desenvolva seu próprio ritmo, uma vez que está lidando com uma questão fundamental para ela, que é ser uma pessoa separada, singular, capaz de aprender a fazer muitas coisas e fazê-las por si mesma. Muitas vezes, excesso de expectativas, ansiedades e mesmo desconhecimento por parte dos pais

interferem no desenvolvimento da criança, desviando-a do seu modo pessoal de crescimento e de sua coordenação natural interna. Isso cria desajustes em seu comportamento, em virtude da confusão entre seus impulsos de amor e ódio – impulsos que predominam, com frequência, nesta época.

De modo geral, as aquisições no desenvolvimento são muitas e rápidas, alternando-se em período de evolução e regressão, que uma vez tolerados pelos pais tornarão mais fácil para a criança a construção de sua subjetividade e individualidade.

Os marcos importantes no crescimento nesta idade serão aprender a andar e falar.

O PRAZER DE ANDAR

Para alguns bebês este aprendizado é mais difícil, outros dispensam a etapa anterior de engatinhar. Mas, para todos, exige esforço, empenho, frustração e determinação. Para os pais, demanda flexibilidade para acompanhar seus filhos em suas vivências de menor desamparo e mais segurança, ao mesmo tempo em que se defrontam com sua vulnerabilidade e com os medos de abandono, devido a sua maior autonomia. Quando o bebê começa a se locomover engatinhando e, mais tarde, andando, está realizando fatos históricos em sua independência. Já pode seguir os pais para ver onde estão indo, pode satisfazer sua curiosidade, e o mundo torna-se um lugar muito diferente. O bebê se identifica mais com os adultos, tornando-se, com frequência, ainda mais onipotente. Entre o primeiro e segundo ano há uma vinculação muito estreita entre o que o bebê pode conseguir do ponto de vista motor e os estados emocionais que experimenta e promove em seus pais. Conforme o que consegue, sentimentos de satisfação intensa se alternam com frustrações enormes, do mesmo modo que se alternam o medo e o desejo de explorar ou os impulsos de independência intercalados com momentos de irritabilidade e de dependência.

Os pais, muitas vezes se perguntam se podem fazer mais coisas para ajudar o filho a crescer. Que se ocupem dele é o melhor alimento para um bebê, mas têm de levar em conta que, se a estimulação é excessiva, pode acabar prejudicando a criança. Considerar as condições de segurança da casa para evitar acidentes, impor limites adequados e dar-lhe confiança são bons modos de ensiná-la a crescer.

"A frustração que sente a criança por não poder alcançar as metas que quer é uma experiência dolorosa que tem que experimentar por si mesma, aprender a tolerar e crescer graças à ela. Superprotegê-la não lhe poupará sofrimentos" (BOTBOL, 2005).

Pode ser que os pais precisem de uma dose extra de paciência para suportar toda vez que a criança queira e lute para fazer coisas sozinha. Mas é importantíssimo que ela tenha a oportunidade de tentar, sem que se estabeleça um conflito de vontades ou enfrentamento desnecessário. "De todo modo, já se observam diferenças acentuadas de personalidade; há bebês que tem noção do perigo e outros não, há aqueles que persistem na tarefa que estão empreendendo, outros abandonam à primeira dificuldade, os que se lançam entusiasmados ao novo ou os cautelosos que avançam pouco a pouco. Alguns são muito independentes, outros dependem muito da aprovação do adulto" (BOTBOL, 2005). O papel dos pais é fundamental no acompanhamento dessas vicissitudes e demanda grande esforço emocional e físico.

A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO COM A CRIANÇA:

FALAR E SER OUVIDO

Comunicar-se com o bebê, desde a gravidez, com gestos, com o olhar e voz estimula o seu desenvolvimento.

Desde que o bebê nasce é importante que a mãe e o pai se dirijam a ele, enquanto o alimentam ou o vestem, que estejam conversando com ele. Quando as crianças não sabem falar "conversam" com gestos e imitam os mais velhos, buscando exteriorizar o que sentem e o que pensam. Isto até aprenderem o dom maravilhoso da palavra. O importante para este diálogo é que o adulto saiba escutar o que os gestos e as palavras dizem. As crianças nascem com o potencial para a comunicação, mas necessitam do ambiente para desenvolvê-la. Para isso tem que ser levado em conta, em primeiro lugar, tudo que tem a ver com a comunicação não verbal.

Sentem-se incluídos e em segurança quando são compreendidos em seus sentimentos de aflição, alegria ou dor, expressos por gritos ou choros.

Contar histórias, mostrar gravuras nos livros, cantar músicas enriquecem a experiência do bebê. A proximidade com o pai ou mãe, nestes momentos, ajuda-os a associar vivência de aprendizado com prazer e aconchego afetivo.

A voz da mãe, a música das palavras, transmite os significados emocionais que ela vive e os bebês são especialistas em captá-los.

Como costumava dizer Didier Anzieu (2006): "O espaço sonoro é o primeiro espaço psíquico". E poderíamos acrescentar: as palavras o preenchem de significados.

Convém, no entanto prestar atenção ao eventual excesso de estímulos sonoros demasiadamente intensos no ambiente. Também é necessário educar para respeitar e tolerar o silêncio – afim de que nem a música, nem as palavras se transformem em ruídos sem sentido.

O BEBÊ E SEUS RELACIONAMENTOS NA FAMÍLIA

A criança, quando começa a falar, passa a exercer uma ação mais ativa nas relações que estabelece. Essas relações refletirão no vínculo inicial com a mãe e nos sentimentos daí advindos, sejam relacionados a si mesmo ou aos outros.

Os pais costumam reagir de modo oscilante quanto às manifestações de independência do filho. Ora com prazer e orgulho, ora com apreensão por vê-lo crescendo ou com tristeza pela "perda" do bebê.

Por outro lado, a percepção crescente pelo bebê de que a mãe tem autonomia, interesses próprios e que ele não é o único "centro" da vida dela gera variados sentimentos que demandam compreensão, tolerância e sensibilidade dos pais – para ajudá-lo a gradativamente elaborar a dor frente a esta realidade.

Quando isso acontece o bebê também pode se sentir encorajado a alargar suas experiências com outras pessoas (adultos, irmãos) e vai sentindo o pai como uma figura cada vez mais significativa na relação pessoal e também com a mãe, com a qual percebe que ele mantém um tipo especial de vínculo.

Revelam-se mais evidentemente, por esta época, sentimentos contraditórios de amor e ódio em relação à mãe e ao pai, separadamente ou como casal, na dependência de estar sendo satisfeito ou contrariado em seus desejos de proximidade e de carinho exclusivo com cada um deles. A criança se sente segura e confiante quando os vê num relacionamento amigável, mas também sente raiva, ciúme, cria rivalidade e tem sentimentos de ser estar sendo excluída e vontade de separá-los.

As reações diferentes de meninos e meninas em relação a cada um dos pais se tornam marcantes na criança de um ano.

Para o menino, o pai é uma figura idealizada, com o qual quer se parecer, e quer tomá-lo como modelo, mas que também o faz se sentir ameaçado quanto aos sentimentos de posse e intimidade com a mãe. A criança, passa a ver o pai como um rival ameaçador que quer separá-la da sua mãe. Também a menina, que está tomando a mãe como modelo e a qual ama e de quem depende, sente-se ameaçada por ela em seus desejos de proximidade e exclusividade na relação com o pai, despertando desejos de agredi-la.

A compreensão dos pais em relação aos afetos conflitantes do(a) filho(a) os ajudará muito a vencê-los. Essa compreensão facilitará a passagem para a próxima etapa do desenvolvimento, agregando mais complexidade à personalidade da criança. Também será valioso para o filho perceber que seus sentimentos são aceitos pelos pais, mas que isto não os impede de fazerem o que querem ou precisam.

É sempre importante dizer a verdade. Isso se torna especialmente necessário quanto às situações de curtos afastamentos da mãe, a fim de evitar a exacerbação da dependência e que mine a confiança no vínculo, fazendo a criança sentir-se insegura e temerosa.

A verdade, em muitos momentos, pode fazer a criança sofrer, mas lhe estarão sendo garantidas melhores condições para uma estabilidade emocional e uma rota de desenvolvimento com vínculos mais dignos de se tornarem modelos de identificação.

Convém lembrar que é natural que a criança proteste quando a mãe se ausenta. O que deve causar certa preocupação é a criança ficar indiferente à presença ou à ausência da figura materna.

O modo como a criança vai lidar com a separação ou afastamento da mãe depende de seu temperamento, mas também da maneira como foi se estabelecendo o vínculo com a mãe e a maneira como se dará a reação aos afastamentos mais prolongados dela – como, por exemplo, a volta ao trabalho, que expressarão as condições mais amenas ou conflitivas existentes.

A ROTINA DIÁRIA E O ESTÍMULO AO CRESCIMENTO

Já no primeiro ano da criança, os pais começam a se fazer a pergunta fundamental que terão que enfrentar em diferentes circunstâncias e épocas da vida, durante toda infância e adolescência: até que ponto deverão exigir e esperar que seus filhos lidem com suas situações de vida e

deem conta de suas frustrações e ansiedades e até que ponto devem intervir, protegendo-os ou assumindo a responsabilidade que teria que ser deles?

“Devemos dar ao bebê que está crescendo uma oportunidade para que teste suas capacidades e recursos observando, dentro do possível, suas reais capacidades para poder fazê-lo, sem se sentir derrotado em demasia para fazê-lo desistir de tentar novamente.” (HARRIS, 1995)

Saber dosar estas possibilidades não é uma tarefa fácil para os pais, mas o fato de o bebê ter suas experiências dentro de uma estrutura segura, com uma pessoa que tome conta dele, lhe dá a oportunidade de sentir-se cada vez maior e mais forte.

Nem sempre os pais têm paciência para deixar o filho errar; muitas vezes também não têm tempo. No entanto, é preciso evitar apressá-lo mais do que o necessário.

Algumas crianças, quando estão sob grande pressão de exigências, rapidez e expectativas, tendem a recorrer a métodos que dificultam sua organização emocional e sua capacidade para perceber e sentir o mundo. Outras podem tentar desempenhar papéis que são demasiadamente adultos para elas, não vivendo as alegrias e as limitações de sua idade. Com essas questões em mente, os pais devem enfrentar os conflitos, os estresses, as demandas e birras que fazem parte do desenvolvimento da criança e que permeiam todos os aspectos do seu dia a dia ate que ela venha a ter sua individualidade.

Nessa época, sua rotina diária deve estar, provavelmente, mais harmônica com o ritmo do resto da família.

Dormir e comer, no entanto, ainda constituem a maior parte dessa rotina, seguida pela hora de brincar que se torna, gradativamente, uma atividade importante. Um dia a dia ordenado, estável e previsível, traz para o bebê a sensação de segurança e permanência, elementos muito importantes para a sua vida.

Porém, nem tudo no desenvolvimento pode seguir este evoluir tranquilo. Muitos transtornos e dificuldades podem surgir; e o importante continua sendo, muitas vezes, não o fato em si, mas a maneira de lidar com ele.

O HÁBITO DE DORMIR E O SONHAR

A função nutriente se dá tanto em dormir como em sonhar. Dormir é o estado em que predominam os processos reconstrutores do organismo.

Na infância, além disso, é quando se ativa o hormônio do crescimento. Quanto ao sonhar, é quando a vida emocional, com seus conflitos e ansiedades, se manifesta com menos censura, mas também é quando são possíveis muitas das suas elaborações e o preparar-se para atuar no mundo externo.

As necessidades de sono são diferentes em cada pessoa, mas todos passam por momentos de sono profundo e sono mais leve. E saber disso é importante para o hábito de dormir sozinho, hábito que envolve ensinar a criança, quando acorda à noite, a ser capaz de voltar a dormir por si mesma.

Mesmo que os pequenos não disponham de linguagem verbal para explicar com quê sonham, são capazes de expressar suas emoções, seja dormindo calmamente ou tendo pesadelos. É muito importante que os pais os observem e percebam se têm medo, se demonstram insegurança. Esta atitude ajuda a acalmá-los.

Dormir implica uma despedida, que implica separação das pessoas que ama, que implica ter de abandonar as atividades diárias, mas também entrar em território desconhecido. No entanto, não conseguir dormir sozinho pode atrapalhar o desenvolvimento da autonomia.

Para que o bebê consiga ir para a cama com tranquilidade, sentindo que é um lugar agradável e não uma prisão, será necessário um trabalho que permita à criança ir se sentindo acompanhada dos personagens protetores e recursos de seu mundo interno.

A presença física do adulto nem sempre é necessária; há outras formas de fazer companhia, por meio de brinquedos, objetos de apego que Winnicott (1993) chama de “objeto transicional”. Com eles o bebê se protege da tristeza ou da solidão, porque representam para ele, parte da mãe ou sua presença. É por meio deles que a criança lida com a falta da mãe real, dando-lhe a sensação interior de segurança e proteção. A voz dos pais também é uma presença à distância.

Qualquer mudança na vida do bebê pode ocasionar algum tipo de distúrbio do sono, nos quais costumam estar presentes sentimentos de vulnerabilidade e dependência, medo de ser esquecido ou abandonado, ou sentimentos de ciúme e rejeição ao verem os pais dormindo juntos. A atitude mais eficiente é resistir à tentação de levá-lo para a cama do casal, e assim deixá-lo continuar na dele depois de ser atendido, acolhido e encorajado a continuar em seu lugar. Exige atitudes reiteradas de

persistência, às vezes são desesperadoras, coerência e crença dos pais de que estão agindo certo. Porque até os bebês estão capacitados para detectar a insegurança e a incoerência com que os tratam, - ou entre o que dizem e o que fazem.

A criança precisa de companhia, mas também necessita aprender a estar consigo mesma. Oferecer-lhe objetos à que está vinculada e um ambiente calmo, permitir a ela que brinque com seu próprio corpo, estabelecer um ritmo para dormir que estabiliza um ritual, que se transforma em hábito, serão a chave para favorecer um bom sono do filho e dos pais. Trata-se de intervir bem para ter que fazê-lo o mínimo possível.

A ALIMENTAÇÃO COMO CENTRO DA RELAÇÃO MÃE/BEBÊ

O sentimento de se sentir mãe e o desejo de ser exercer bem a maternidade estão centrados fortemente em sua capacidade de alimentar seu filho. E a aceitação (ou não) por parte dele vai determinar sentimentos de segurança ou rejeição na mãe. As ansiedades em relação ao fato de o bebê estar ou não comendo o suficiente são profundas e surgem da responsabilidade assustadora pela vida de outra pessoa. Muitas vezes, essa mesma ansiedade materna é a responsável pelo distúrbio de alimentação do filho.

A DISCIPLINA COMO FORMA DE AMOR

“Disciplina relaciona-se com discípulo, significa ensinar, não significa castigar. Significa favorecer que aprendam bons hábitos, regularidade, autonomia, que suporte postergar a satisfação de desejos, controlar sua agressividade, que são ferramentas muito úteis para poder crescer e obter uma convivência pacífica no futuro” (BOTBOL, 2005). Neste período, ou mesmo antes, acontecem muitas situações em que o bebê diz “não”. Com frequência é a primeira palavra dita por ele, na busca de sua individualidade e autonomia, essenciais para seu sentido de identidade. Por que os bebês se opõem? Para manifestar crescimento, para se diferenciar, marcar uma fronteira entre ele e seus pais, comunicar uma decisão, poder escolher, e, inclusive, manifestar poder. Daí ser essencial que os pais aceitem muitos “não” ditos pelo filho para que ele possa progredir e aprender a fazer coisas sozinho. É importante que tenha oportunidade de descobrir suas capacidades e recursos. Embora o “não” também possa conter agressividade e rejeição, ou mes-

mo manipulação, o bebê precisa expressar seus sentimentos sem ser punido ou visto como uma criança rebelde e malcriada.

De modo geral, se o bebê sente, de modo geral, que o respeitam e o escutam quando demonstra a sua própria vontade é mais provável que coopere quando for necessário que obedeça.

Para que a criança seja capaz de obedecer com vontade, é preciso que aprenda a confiar que quem lhe dá ordens também a leva em consideração e que acredita que a criança precisa que alguém lhes diga “não”. Muitas vezes, no entanto, as proibições são impostas não porque algo que não devia ser feito ou pudesse ser perigoso para ela ou para os outros, mas sim, porque os pais querem parar de se preocupar ou de sentir ansiedade.

Os pais, por viverem muito perto dos filhos, tendem a sentir uma grande reativação de sua infância e das emoções não resolvidas, conduzindo-se, muitas vezes, de forma irracional devido à confusão entre as suas vivências e as do filho.

Também acontece de muitos pais hesitarem sobre se devem ou não disciplinar a criança nessa idade com receio de que a rigidez possa atrapalhar ou inibir o desenvolvimento natural de sua personalidade ou liberdade de expressão.

Atualmente, muitas vezes, são os pais que parecem estar cada vez mais submetidos aos filhos. Custa-lhes muito impor limites ou ensinar-lhes a obedecer.

“Mas disciplinar é necessário até para ajudar o bebê a controlar sentimentos e impulsos muito fortes, que podem dominá-lo e que podem levá-lo a fazer coisas que o amedrontam – Nesses momentos se sentem protegidos por um pai ou uma mãe firmes que controlarão a situação e porão fim àquele comportamento incontrolável, sem puni-lo demais” (STEINER, 1992).

O “não” do adulto visa educar, limitar, proteger a criança para que não fique a mercê de seus próprios recursos, em uma idade em que eles ainda não são suficientes.

A contenção tem de vir de fora quando estão descontrolados internamente, o que não é raro nesta idade. O marco mais importante é a atitude dos pais ao colocar os limites. Esses, preferivelmente, devem ser poucos, e se referir somente às coisas importantes. Os pais precisam impor limites firmes e coerentes.

As confrontações são inevitáveis e será necessário, por parte dos pais, tolerar a raiva da criança ao ser contrariada em seus desejos ou ao ver frustrada uma determinada ação.

Se os pais concordam, de um modo geral, em relação aos limites, estes momentos de conflito poderão ser administrados mais facilmente.

O CONTROLE DOS ESFÍNCTERES

Geralmente, um bebê consegue se manter limpo e seco ao redor do final do 2º ano de vida.

É preciso que os pais fiquem atentos aos sinais por parte da criança de que ela está preparada emocionalmente para enfrentar o processo. Somente quando lhe fizer sentido é que a criança colaborará de forma decisiva. Caso se sinta estar sendo submetida, a criança acabará confrontando os pais e demonstrando raiva.

Ainda nesta idade, o conteúdo do corpo (xixi e cocô) está intimamente associado a sentimentos e sensações boas ou más. De qualquer modo é suficientemente valioso para a criança e ela pode não querer se desfazer deste conteúdo.

O certo é que, para conseguir resultados satisfatórios para todos, não convém apressar esse processo. É necessário encontrar o momento de maturidade adequado para a criança.

ATAQUES DE BIRRA

Costumam ser uma mistura de frustração, raiva e impotência.

Resultam do conflito, nesta idade, de se perceber vulnerável e dependente, sem controle das coisas, e ao mesmo tempo com desejo de se desenvolver e ser independente, o que demanda afastar-se dos pais. São manifestações das bruscas mudanças de humor, frequentes nessa idade.

Quando este conflito se intensifica as emoções transbordam sem controle e acontece um ataque de birra. A criança busca livrar-se dos sentimentos que não consegue suportar - e de um modo violento, parecido a como fazia quando bebê, com agitação motora e gritos de desespero. Esses ataques, até certo ponto, fazem parte do processo de crescimento e precisam ser tolerados. Minutos depois, a criança pode ser acalmada, acolhida e ficará mais disponível para ouvir o que o pai ou a mãe tem a dizer. Se forem muito frequentes, convém avaliar se os pais não estão

exigindo demais do filho ou contrariando-o além do necessário. De todo modo é preciso que os pais se diferenciem do filho, separando as emoções, sem que se sentam também ansiosos e raivosos.

BRINCAR COMO MEIO DE EXPLORAR, ELABORAR, SOCIALIZAR, CRESCER

As crianças gostam da experiência física e emocional de brincar e da oportunidade de explorar o ambiente que as cerca. Para a criança pequena cujas habilidades verbais são limitadas, brincar também é uma maneira de expressar os sentimentos e as experiências interiores. “Brincar é tão vital para o bem estar da criança quanto comer e dormir” (STEINER, 1992).

Quando brincam, aprendem muita coisa sobre o mundo exterior e como lidar com ele. Também se interessam pelo próprio corpo e pela diferença entre os órgãos genitais feminino e masculino.

Neste estágio o bebê precisa, principalmente, estar com a mãe ou perto dela enquanto brinca para poder mostrar-lhe o que está fazendo. É um estar sozinho, mas de modo relativo.

“O brincar proporciona alegria, mas também proporciona desafios a serem superados, desenvolvem a curiosidade, incrementam a confiança e a criatividade; e favorecem o desenvolvimento intelectual, motor e afetivo, o domínio da linguagem, as aquisições sociais, as habilidades de comunicação” (BOTBOL, 2005). Brincar permite à criança expressar os sentimentos destrutivos de maneira segura e compreender e elaborar situações dolorosas que tenha vivido.

A criança trabalha para crescer e seu trabalho é brincar. Porém, a ansiedade ou estresse em demasia podem ter o efeito oposto: inibir ou interromper as brincadeiras imaginativas.

EXPRESSÕES E ESTÍMULOS

BRINCADEIRAS ADEQUADAS

Brincadeiras corporais, de construção, de roda, musicais, teatrinhos de fantoches, de sombras etc., entre inúmeras outras atividades, são exemplos do imenso repertório que pode ser oferecido às crianças nessa faixa etária. O brinquedo pode, algumas vezes, ser um objeto que estimula as crianças a brincar de modo mais solitário. Essa forma de atividade lúdica

é característica das crianças pequenas e necessária ao seu desenvolvimento. Os brinquedos aparecem com muito mais frequência no período pré-escolar. Já os objetos de brincar (bolas, saquinhos, jogos de tabuleiro, por exemplo) são usados como “acessórios” em diversas brincadeiras. Segundo Brian Sutton Smith (1986), os brinquedos, tão importantes no brincar quanto os livros no estudar, dão oportunidade às crianças de dominar e, em seguida, controlar alguns aspectos de seu meio ambiente e mesmo criar outros mundos imaginários. Os brinquedos e os jogos trazem experiências inovadoras à vida das crianças e ensinam que, aprender e resolver problemas, pode ser divertido. Finalmente, ao compartilhar seus brinquedos com outras pessoas, crianças e adultos, são eles fonte de novas ideias para a vida e o brincar coletivo. Assim como há uma trajetória a guiar as crianças pelos diferentes estágios da aprendizagem, há também uma para os brinquedos e os jogos. “O grau de avanço varia de criança para criança; mas, quando é estimulada a brincar, o progresso é notável”, diz Sutton-Smith.

Nesse período, os pequenos gostam de imitar, brincar de roda, cirandas e brincadeiras cantadas, jogos com bola, correr, rolar, experimentar desafios com o próprio corpo e no espaço, imitar sons e palavras e brincar com elas, além de simbolizar através do uso de objetos, tanto do cotidiano quanto na elaboração de outros contextos que podem surgir a partir de estórias etc.

BRINQUEDOS ADEQUADOS

No segundo ano de vida, as crianças desenvolvem inúmeras habilidades psicomotoras, incluindo a coordenação olho-mão e o desenvolvimento de habilidades dos dedos e das mãos. Ambas podem ser estimuladas com brinquedos de montar e desmontar mais complexos, blocos de tamanhos e formas diferentes, assim como jogos e quebra-cabeças simples. Nessa faixa etária, também é importante incentivar atividades com bolas, cordas, enfim, tudo que tem a ver com material físico e que estimule brincadeiras corporais: seja um tico-tico, um carrinho grande para puxar, subir nele ou levar seus brinquedos ou qualquer objeto para subir ou cavalgar. Também são boas opções brinquedos e brincadeiras ao ar livre, como jogos com bolas, infláveis, espelhos d’água e caixas de areia com pás e cubos.

SEGURANÇA PARA OS BRINQUEDOS

Um estudo realizado pela Comissão de Segurança de Produtos de Consumo dos Estados Unidos (CPSC), baseado em informações obtidas em prontos-socorros, mostra que as causas mais frequentes de acidentes são quedas, tropeços ou golpes com brinquedos, ou seja, acidentes relacionados com brincadeiras. No entanto, há acidentes “causados” por brinquedos que podem ocorrer por erro de desenho, material inadequado, deficiência na fabricação. As indústrias de brinquedos devem exercer controle extremo ao desenhar e produzir brinquedos, seguindo a Norma de Segurança do Brinquedo, ABNT 11786. Um brinquedo pode chegar a ser submetido a centenas de provas para garantir sua segurança, provas estas que simulam o uso e abuso razoavelmente previsível que um brinquedo pode receber.

A maior parte dos fabricantes de brinquedos nacionais já se adequaram no sentido de respeitar essa norma: todas as fábricas de brinquedos imprimem em suas embalagens a garantia de que seus produtos estão de acordo com ela. À indústria cabe a responsabilidade de desenhar e produzir brinquedos seguros, assim como recomendar a supervisão adequada por parte dos adultos.

CUIDADOS

Os pais e pessoas encarregadas pelo bem-estar das crianças devem ser “experts” em segurança. É importante ler cuidadosamente as instruções de brinquedos, mobiliários ou quaisquer objetos aos quais as crianças terão acesso. Só assim será possível desenvolver, junto com as crianças, brincadeiras sem perigos – e garantir maior durabilidade dos brinquedos.

Pais e responsáveis não devem se esquecer de tirar e desfazer todas as embalagens de um brinquedo antes de dá-lo a um bebê ou a uma criança bem pequena. E precisam observar que brinquedos para crianças de menos de 36 meses devem ser formados por peças grandes, pois a tendência, nessa idade, é levar à boca tudo que chega às suas mãos.

A CONSERVAÇÃO

Aconselha-se revisar os brinquedos periodicamente, para detectar avarias menores e recomendar às crianças que avisem quando o brinquedo precisa ser consertado. Às vezes, um pouco de cola ou um parafuso reapertado, gotas de óleo ou uma fita adesiva previnem defeitos maio-

res e possíveis acidentes. Não se deve deixar brinquedos ao sabor das intempéries, pois a chuva e a umidade produzem oxidação e danos que aceleram os riscos de acidentes. É importante ensinar às crianças guardar seus brinquedos em locais apropriados, explicando a elas que assim não os perdem nem caem nas mãos dos irmãozinhos menores, que podem se machucar. Isso criará também um senso de responsabilidade. Um comentário a respeito de balões de ar: em geral, não são considerados “brinquedos” que exijam cuidados no manejo. Mas, devido à especial atração que exercem sobre as crianças, trazem riscos que passam despercebidos dos pais. Como um pedaço de balão estourado pode vir a asfixiar uma criança, é recomendável que o adulto sempre infla o balão e que fique atento quando crianças menores de 6 anos brincam com eles.

CONTATO COM A NATUREZA

Léa Tiriba (2010), docente da PUC-RJ e coordenadora do Grupo de Estudos em Educação Ambiental “Ecologias na Escola”, nos auxilia com importantes reflexões nessa área.

“Vivemos uma situação de emergência planetária, em que está clara a possibilidade de que a espécie humana concretize um processo de autodestruição, criando condições socioambientais insuportáveis a sua sobrevivência e de outras espécies na Terra.

Como educar as crianças neste quadro?

Creches e pré-escolas são espaços privilegiados para aprender-ensinar, porque, aqui, as crianças colhem suas primeiras sensações, suas primeiras impressões do viver.

Observando o modo de funcionamento de creches e pré-escolas em centros urbanos, e até mesmo em zonas rurais, podemos perceber que as crianças são mantidas, na maior parte do tempo, em espaços fechados, as rotinas não contemplam suas necessidades e seus desejos de se movimentar livremente nos pátios, sob o céu, em contato com o sol, a terra, a água. Raramente de pés descalços, nas áreas externas brincam sobre chão predominantemente coberto por cimento ou brita; e só se aproximam da água para beber e lavar mãos e rosto. Tomar banho de mangueira, brincar de comidinha, dar banho em boneca, fazer barquinho para colocar na correnteza das valas quando chove... nada disso é correiro, ao contrário, é exceção!”

Léa Triba nos adverte sobre a importância de “uma educação que esteja voltada para a formação de pessoas íntegras, solidárias e comprometidas com a manutenção da vida em nosso planeta:

- *Realizar uma aproximação física, estabelecendo relações cotidianas com o sol, com a água, com a terra, fazendo com que sejam elementos sempre presentes, constituindo-os como chão, como pano de fundo ou como matéria-prima para a maior parte das atividades.*
- *Mexer na terra, correr na grama, jogar bola, pular, saltar, subir em árvores: as crianças manifestam claramente a preferência por espaços ao ar livre, porque são modos de expressão da natureza.*

Precisamos de rotinas que não fragmentem o sentir e o pensar, que estejam atentas às vontades do corpo, que não aprisionem os movimentos.

- É necessário assumir as crianças também como seres de natureza. A concepção de criança enquanto ser de cultura está assegurada nas propostas pedagógicas na medida em que estão implícitas duas ideias fundamentais: i) nenhum ser sobrevive com características humanas se não receber cuidados de outros humanos; ii) só entre humanos seremos capazes de aprender a recriar as atitudes, as regras, os valores, enfim, o jeito de ser da espécie e do grupo social de que somos parte. Entretanto, o que não está devidamente enfatizado é que os seres humanos não estão sós, partilham a existência com inúmeras outras espécies, sem as quais a vida no planeta não pode existir. Somos parte da natureza, somos fruto de autopoiese, isto é, de um fenômeno de auto-organização da matéria que dá origem a todos os seres vivos (MATURANA E VARELA, 2002). Portanto, as crianças são, ao mesmo tempo, seres da natureza e seres de cultura. Na escola, a conjugação destas duas concepções assegurará o respeito à diversidade cultural com o respeito à biodiversidade. O reconhecimento da biodiversidade implica no respeito ao conjunto de tudo que vive na biosfera, tudo que vive no ar, no solo, no subsolo e no mar. Não poderemos pensar apenas no bem estar dos seres humanos porque há uma interdependência entre as espécies, há um equilíbrio global que precisa ser preservado.

- *“Creches e pré-escolas não são depósitos de crianças, não são abrigos, não são hoteizinhos, são espaços de desenvolvimento das múltiplas dimensões humanas durante a primeira infância. Precisam, portanto, ser espaços onde elas vivam – interessantemente, satisfatoriamente, alegremente – as primeiras experiências de suas vidas.”* (MATURANA e VARELA, 2002).

AS ARTES

Anna Marie Holm (2007), artista plástica e arte-educadora dinamarquesa, autora do livro Baby-Art: os Primeiros Passos com Arte (editora Moderna e MAM-SP), sugere oferecer tinta, pincel e lápis aos bebês e deixá-los se expressarem livremente. O que vale, na opinião dela, é a oportunidade de os pequenos conhecerem cores, nuances e texturas do mundo e interagir com o ambiente ao redor.

Os pais devem participar das brincadeiras sempre que possível. O que mais importa é estar com os filhos, relaxar e brincar ao lado deles.

Na escolha dos materiais, para evitar alergias e intoxicações, é importante oferecer materiais atóxicos e adequados à faixa etária.

“É fazendo arte que as crianças desenvolvem a sensibilidade e adquirem consciência maior dos sentidos”, ressalta a especialista. Camisas velhas, panos, sapatos, chapéus, bolsas e meias podem – e devem – ser aproveitados pelo pequeno artista. “A ordem é justamente fazer arte em qualquer lugar e sempre com muita improvisação”.

Um jardim, uma praça, um quintal – quanto mais espaço as crianças tiverem para explorar na hora de criar arte, melhor. Elas podem, por exemplo, fazer experimentações com terra ou, se tiverem vontade, pintar folhas e pedras. “O resultado é imprevisível, mas é importante deixar a criança livre para fazer suas escolhas”, sugere Anna Marie.

É papel dos educadores oferecer materiais adequados e arrumar os espaços para o desenvolvimento da livre expressão das crianças, promovendo a autonomia e incentivando a livre escolha. Pressionar, tolher e querer interpretar são ações que só prejudicam o potencial da expressão espontânea das crianças.

AS HISTÓRIAS

Na hora de escolher histórias, é importante tentar reconhecer, nas diferentes idades, quais as disposições latentes individuais e procurar as imagens que mais estejam em sintonia com elas – do ponto de vista lúdico e evolutivo.

Os contos de fadas traduzem, em suas imagens, o universo das leis da existência humana. Leis estas que ainda não conseguimos colocar em linguagem racional. As crianças pequenas podem ser vistas como recém-chegadas de um mundo onde essas leis são muito claras e óbvias e onde os contos de fadas são como o idioma que se fala nesse mundo.

Para as crianças, essa linguagem é perfeitamente compreensível. Se quisermos falar às crianças sobre esse mundo de possibilidades, convém não fazermos adaptações nem grandes interpretações. Para escolher uma narrativa, é melhor contar sempre aquela de que o adulto gosta mais e não se preocupar em decifrar imagens arquetípicas que ele contenha. É importante ler sem perder o contato visual e íntimo com as crianças. Para criar um ambiente propício a contar histórias: é preciso silenciar e permitir que as imagens se construam em nossa mente e em nossos corações. Velas e/ou músicas cantadas e/ou tocadas podem acompanhar pequenos rituais criados pelo contador para trazer as crianças ao ambiente mágico que se deseja criar.

Adequando as histórias às diferentes faixas etárias

As crianças pequenas têm pouca concentração para ouvir histórias com estruturas mais elaboradas. Pequenas narrativas que incluem movimentos do corpo, além de rimas e repetições, agradam enormemente. Os contos rítmicos, com repetições, são os mais adequados, assim como brincadeiras de dedos.

Um profundo respeito pelo mistério que cada criança encerra em si, quanto à proposta de vida, alegria e entusiasmo ao contar histórias, constitui pré-requisito básico para esta contação em todas as idades.

A MÚSICA

No convívio com os educadores e com outras crianças do berçário, e desenvolvendo cada vez mais as habilidades motoras, as crianças amplificam suas possibilidades de produzir sons. Elas descobrem fontes sonoras surpreendentes ao bater, sacudir, chacoalhar ou empurrar objetos do seu entorno (tampos das mesas, banquinhos, cortinas feitas de tampinhas de garrafa, talheres etc.), bem como objetos sonoros e instrumentos musicais simples (garrafas plásticas com água, chocalhos, clavas, guizos, pandeiros etc.). Essas descobertas ganham ainda maior sentido e valor se o educador estiver atento a elas e fizer observações como “vejam que som alto o João fez com esse banquinho!”. Assim, as crianças não apenas descobrem, mas aprendem a explorar as diferentes qualidades sonoras desses objetos.

É importante saber, porém, que, mesmo percebendo parâmetros sonoros como a duração (sons mais curtos ou mais longos), a altura (sons mais graves ou mais agudos), a intensidade (sons mais fracos ou mais fortes) ou o timbre (que qualifica os sons, a partir da fonte que os origina), não se deve esperar que esses parâmetros sejam nomeados convencionalmente na primeira infância (até os 6 anos).

Como já vimos, é fundamental que o educador se ponha a cantar e que cante muito. Além dos momentos em que ele canta diretamente para os bebês (como nas trocas de fraldas, quando os embala para adormecer e em outras situações de intimidade), também os momentos em que todos cantam juntos são imensamente apreciados pelas crianças e se revelam situações de grande aprendizagem.

Assim que possível, o educador poderá organizar situações em que o grupo de crianças acompanhe seus cantos, utilizando objetos e instrumentos musicais. É bom lembrar, entretanto, que esse acompanhamento não tem como objetivo a coordenação rítmica exata. O principal é proporcionar às crianças uma experiência de compartilhar e fazer música com alegria e sensibilidade.

À medida que as crianças crescem, o interesse pela música também se diferencia. Elas continuam suas pesquisas sobre os sons e a maneira de produzi-los, por meio das diferentes vivências sonoras possibilitadas pelo educador, que pode disponibilizar vários objetos e instrumentos e promover a audição de músicas e canções – quer cantadas pelos adultos e por outras crianças, quer reproduzidas por aparelhos de som.

É importante que o repertório de músicas apresentado às crianças seja amplo e diversificado, composto de obras clássicas, populares, étnicas, cantadas ou instrumentais.

Um repertório diversificado qualificará a capacidade auditiva das crianças. Elas podem aprender que há muitos tipos de músicas, não apenas aquelas relacionadas ao universo supostamente “infantil”. Quanto mais diversificado o repertório, mais as crianças terão condições de identificar, reconhecer elementos e desenvolver preferências musicais.

A experiência de vivenciar sons e silêncios ajuda os bebês a perceber os ruídos do ambiente e a reagir a barulhos e músicas por meio do olhar, dos movimentos e de expressões vocais. Eles logo passam a compartilhar, com adultos e outras crianças, os estados emocionais e afetivos provocados pelos sons e pela música.

As crianças podem produzir sons batendo, sacudindo e chacoalhando objetos sonoros e instrumentos musicais diversos, usando o próprio corpo e a voz. Podem explorar as sonoridades de objetos e instrumentos musicais e as possibilidades expressivas da própria voz.

O VÍNCULO COM OS EDUCADORES

Antes de chegarem às creches ou centros de educação infantil, as crianças têm figuras de referência que passam a ser aquelas com quem constroem as primeiras relações afetivas: mãe, pai, avós, irmãos, parentes, cuidadores etc. Ao chegar a um centro de educação infantil, é a figura do educador e de outros cuidadores que as crianças passarão a ter como referencial de segurança e apoio. Na ausência dessa figura de referência com a qual cada criança se vincula, muitas vezes elas demonstram insegurança ou apatia. Neste sentido, é fundamental o ritual de passagem da casa para o ambiente da creche e o acolhimento por parte dos cuidadores. Só assim as crianças poderão construir vínculos de afeto e segurança nesse novo ambiente em que estão ingressando. Todas as informações a respeito dos hábitos de cada criança, ou seja, a comunicação com a família nesse estágio, são essenciais para que os

educadores possam se apropriar de hábitos, ritmos e temperamento de cada criança, a fim de acolhê-las da forma mais adequada possível. É importante que as crianças possam levar às creches algum objeto de apego (um ursinho, paninho...) que lhes dê segurança nos momentos de saudade, insegurança, sono etc. Também é importante incentivar mães, pais ou responsáveis a ficarem junto com as suas crianças na instituição nos primeiros dias – deixando, aos poucos, que elas fiquem sob os cuidados das novas figuras de referência.

Os materiais oferecidos às crianças, assim como o acolhimento nos diversos ambientes por elas frequentados, são essenciais para uma entrada mais humanizada nas creches e centros de educação infantil.

Diversas reações devem servir de alerta aos educadores para que tentem “decifrar” as necessidades das crianças: falta de fome, falta de sono ou sono em excesso, apatia, agressividade, choro, entre outros.

O vínculo que o educador irá estabelecer no decorrer de toda a estada da criança na creche se refletirá na forma como ele a acolherá, como a troca, como brinca com ela, como e quando a acolhe, como prepara o ambiente, como se comunica com ela etc.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAPÍTULO 6 – A CRIANÇA DOS 13 AOS 24 MESES

O NEURODESENVOLVIMENTO – SAUL CYPEL

- CUNHA, I. – A revolução dos bebês. Revista da Sociedade de Psicanálise do Rio de Janeiro, 1:102-128, 2001.
- CYPEL, S. – Distúrbios da comunicação na criança. A linguagem – aspectos neurológicos. In: DIAMENT, A. & CYPEL, S. Neurologia Infantil. 5ª. Ed. São Paulo: Atheneu –, 2010.
- DIAMENT, A & CYPEL, S. – “Os exames físico e neurológico da criança”. In: DIAMENT, A e CYPEL, S. Neurologia Infantil. 5ª. São Paulo: Ed. Atheneu, 2010.
- FENSON, L., DALE, P. S. & REZNICK, J. S. et al. – Variability in early communicative development. Monographs for Research in Child Development, 59 – 1994.
- REIMÃO, R. – “Sono normal e seus distúrbios na criança”. In: DIAMENT, A e CYPEL, S. Neurologia Infantil. 5ª. São Paulo: Ed. Atheneu, 2010.
- RIVA, D., RAPIN, I. & ZARDINI, G. – Language: normal and pathological development. John Libbey Eurotext, France, 2006.
- THOMAS, E. B. & WHYTNAY, M. P. – Sleep states of infants monitored in the home: individual differences, developmental trends, and origins of diurnal cyclicity. Infant Behavior & Development, 12:59-75,1989.

CAPÍTULO 6 – A CRIANÇA DOS 13 AOS 24 MESES

ASPECTOS EMOCIONAIS – LIA RACHEL COLUSSI CYPEL

- ANZIEU, D – Psicanalizar. São Paulo, Editora Ideias e Letras, 2006. BAUER, M. (org.). Resiliência y vida cotidiana. Montevideo: Psicolibros, 2007.
- BOTBOL, M. – Bebe, bienvenido al mundo (0-3 a). Madri: Editorial Sintesis, 2005.
- HARRIS, M. – Crianças e bebês à luz de observações psicanalíticas. São Paulo: Vértice, 1995.
- ROSENBLUTH, D., HARRIS, M., OSBORNE, L. & O'SHAUGHNESSY, E. – Compreendendo seu Filho de 2 anos. Rio de Janeiro, Imago, 1973
- STEINER, D – Compreendendo seu filho de um ano. Rio de Janeiro, Imago, 1992
- WINNICOTT, D. W. – A família e o desenvolvimento individual. São Paulo: Martins Fontes, 1993.

CAPÍTULO 6 – A CRIANÇA DOS 13 AOS 24 MESES

EXPRESSÕES E ESTÍMULOS – ADRIANA FRIEDMANN

- BETTELHEIM, B. – A psicanálise dos contos de fadas. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.
- BONAVVENTURE, J. – O que conta o conto. São Paulo: Paulinas, 1992.
- DOLTO, F. – As etapas decisivas da infância. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- EDWARDS, C. – As cem linguagens da criança: a abordagem de Reggio Emilia na educação da primeira infância. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- FRIEDMANN, A. – O brincar no cotidiano da criança. São Paulo: Moderna. 2006
- FRIEDMANN, A. – O desenvolvimento da criança através do brincar São Paulo: Moderna. 2006
- FRIEDMANN, A. – O universo simbólico da criança – olhares sensíveis para a infância. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.
- FRIEDMANN, A. – A arte de brincar. 1ª. Edição – São Paulo: Scritta, 1992. Nova edição – Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

- FRIEDMANN, A. – “A evolução do brincar”, in O direito de brincar: a brinquedoteca. São Paulo: Scritta, 1992.
- HOLM, A. M. – “Fazer e pensar arte” – 2005 – Museu de Arte Moderna de São Paulo.
- HOLM, A. M. – Baby-art – os primeiros passos com a arte. São Paulo: Ed. Moderna, Museu de Arte de São Paulo, 2007.
- MATURANA, H. & VARELA, F. – A árvore do conhecimento. São Paulo : Palas Athena, 2002.
I. Vol. 1, 2 e 3. Brasília: Secretaria de Educação Fundamental, 1998.
- OLIVEIRA, Z. (org.). – Educação Infantil: muitos olhares. São Paulo: Cortez, 1995.
- OLIVEIRA, Z. & VIGOTSKI L. S. – Algumas idéias sobre desenvolvimento e jogo infantil”, in Idéias 2. FDE, São Paulo, 1988.
- OLIVEIRA, Z. – (1988) Jogo de papéis: uma perspectiva para análise do desenvolvimento humano. São Paulo: USP, tese de doutorado. (mimeo)
- PIAGET, J. – A formação do símbolo na criança – imitação, jogo e sonho, imagem e representação. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.
- SUTTON-SMITH, B. – Toys as culture. New York/London: Gardner Press, 1986.
- TRIBA, L. – Crianças da natureza. In Consulta Pública, Ministério de Educação e do Desporto. Coordenadoria de Educação Infantil. Brasília: MEC/SEF, 2010.

http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=6679&itemid=



CAPÍTULO 7

CRIANÇA DOS 25 AOS 36 MESES

■ O neurodesenvolvimento
Saul Cypel

■ Aspectos emocionais
Lia Rachel Colussi Cypel

■ Expressões e estímulos
Adriana Friedmann



Foto: Léo Sanches

O NEURODESENVOLVIMENTO

Esse será um período de intensa diferenciação, principalmente nos âmbitos intelectual, social e emocional. A criança ampliará seus relacionamentos e buscará interação com colegas de sua idade (TREVARTHEN &AITKEN, 1994; COLE & COLE, 2003).

O desenvolvimento motor continuará se refinando em sua complexidade, já tendo superado os eventos maiores e clássicos das idades anteriores. Agora, com mais desembaraço, a criança corre, pula e é capaz de subir escadas colocando um pé em cada degrau e até dispensando o apoio do corrimão. Ela passa a apreciar brincadeiras com mais ação e mostra um gosto especial por escalar o escorregador e descer rapidamente por sua rampa – e é capaz de repetir isso seguidamente.

Em ambientes mais abertos, tem preferência por correr e distanciar-se dos pais. Será necessário alertá-la de que pode fazê-lo, mas que ela precisa observar sempre o local e procurar estabelecer uma referência com os familiares. A habilidade com os membros inferiores se aprimora e, nos meses que se seguem, observa-se que ela vai adquirindo capaci-

dade para pedalar um triciclo, por exemplo.

Essa sucessão de atividades lhe permitirá ganhar cada vez mais destreza, habilidade e prazer no movimento. Será um período no qual os cuidados deverão ser mais observados, pois a criança tende a exagerar nas brincadeiras e ficar mais exposta a traumatismos. E é por isso mesmo, um período de pequenos acidentes, com cortes na pele e mesmo fraturas que necessitarão de atendimento hospitalar.

Os meninos buscam atividades de maior ação, como chutar bola, correr e contatos físicos que mais parecem lutas. Já as meninas optam por brincadeiras mais tranquilas, conversando, mostrando suas bonecas e simulando atividades domésticas, como cozinhar com panelinhas, limpar móveis e até usar a vassoura.

Algumas crianças nessa idade mostram prazer em folhear uma revista ou mesmo livros, atentas às figuras e mesmo a narrativa de pequenas estórias, cuja repetição lhes agrada bastante. Mostram também interesse por desenhar ou rabiscar com lápis, conseguindo fazer traços verticais, garatujas e até círculos. Atividades desse tipo podem mantê-las concentradas por longo tempo.

A destreza com os dedos vai se aprimorando. A criança já é capaz de tirar e colocar a tampa de canetas e pequenos potes, rodar a maçaneta e abrir uma porta e mesmo abrir recipientes. Será necessário cuidado para que ela não tenha acesso a frascos de medicamentos ou outras substâncias tóxicas que, ingeridas, possam determinar intoxicações de risco importante.

A linguagem também apresentará um desenvolvimento exuberante nesse período (FENSON et al, 1994; BUTTERWORTH & MORIRISSETTE, 1996). O vocabulário aumenta ricamente, as frases se tornam mais longas, construídas com cinco a seis palavras. Embora muitas vezes agramaticais, os relatos já se mostraram bastante organizados. A criança passa a narrar pequenos fatos ou mesmo a organizar uma pequena história a partir das figuras de um livro.

Ela se mostrará interessada em ouvir estórias, como foi dito acima, o que contribuirá na ampliação não só de seu vocabulário, mas também de sua capacidade de aprender construções frasais gramaticais e mais elaboradas.

Sua interação se intensifica. Ela formula perguntas, usa pronomes, preposições. Também expressa suas vontades, explica o que quer e o que não quer, pede informações. Sabe nomear a maioria dos objetos de seu ambiente, tem noções mais ampliadas das condições de relação, como alto/baixo, dentro/fora, em cima/em baixo, atrás/na frente. A criança já diz seu nome e sua idade e segue ordens com duas a três sequências solicitadas.

Essa aquisição linguística é variável e tem características peculiares a cada indivíduo (FENSON et al, 1994). Diferenças serão observadas na comparação entre crianças normais, sendo que, boa parte das vezes, se constituem como variações de um desenvolvimento normal. Em situações nas quais o progresso na linguagem estiver lento ou mesmo estacionado, será importante observar o comportamento global da criança, suas condições de interação, de audição, no sentido de uma melhor compreensão desses aspectos do desenvolvimento (TREVARTHEN & ALTKEN, 1994; RIVA, RAPIN & ZARDINI, 2006; CYPEL, 2010). Isso permitirá intervenções cujo sucesso, muitas vezes, está relacionado ao diagnóstico precoce.

O sono noturno nessa idade estende-se por cerca de dez a 12 horas (REIMÃO, 2010). A criança costuma dormir à tarde por curto período

de duas horas, pouco depois de almoçar; entretanto, algumas crianças passam a não mais dormir nesse horário.

Os hábitos preparatórios são importantes para que ela adquira a consciência de que chegou a hora de dormir (KLEITMAN, 1963). Estabelecer um roteiro é fundamental: tomar seu banho no final da tarde; depois, jantar no início da noite (de preferência com a família); então colocar o pijama e escovar os dentes. Esse tipo de ritual organiza o encaminhamento. A criança se prepara para seguir ao quarto em poucos minutos mais. Será importante que os pais se alternem nessa rotina para colocar o filho na cama à noite; podem permanecer juntos por alguns poucos minutos, contar uma estória, dar um beijo de despedida para que fique no seu quarto e adormeça.

Algumas crianças têm preferência por ficar com uma pequena luz acesa em seu quarto ou até mesmo seguir lendo um livro após a saída do pai ou da mãe. São hábitos que poderão ser mantidos. A televisão no quarto tem se mostrado inconveniente, especialmente na hora de dormir - mesmo com programas infantis, reacende a atenção da criança e interfere na sequência do mecanismo natural do sono que estava se estabelecendo. Períodos de maior insegurança farão com que a criança passe a interromper seu sono algumas vezes durante a noite, ou mesmo apresentar pesadelos, terror noturno ou sonambulismo. Estas condições sinalizam dificuldades emocionais que poderão ser transitórias, mas que merecem dos pais atenção especial.

ASPECTOS EMOCIONAIS

A criança de dois anos gasta grande parte de seu tempo fazendo intensas e variadas tentativas de se tornar independente. Ao mesmo tempo, vigia a mãe para estar segura de que, em momentos de necessidade, pode correr para junto dela.

"Com frequência nos deixará perplexos. Já tem a maioria dos dentes de leite, já pode manter-se limpa e enxuta, pode andar, brincar, correr, fazer brincadeiras imaginativas. Como agora está começando a falar, corremos o risco de superestimar suas habilidades nesta fase. Poderemos sentir que, já que deu largos passos em seu desenvolvimento, poderia proceder sempre de modo razoável. No entanto, sob muitos aspectos, ainda há bem pouco tempo era um bebezinho e muitas vezes voltará a sê-lo.

A criança de dois anos é, com frequência, incontrolável e impulsiva: tem que obter imediatamente tudo o que quer. Não tolera demora, porque não comprehende ainda o sentido do tempo. Acessos de raiva são frequentes. Suas vontades são imperiosas, pode ser exigente e dominadora para com a família. A tentativa de orientá-la e ensiná-la, exigir limpeza e polidez, tem que ser feito com consideração por suas características individuais e por sua vida interior, intensamente emotiva, e com boa vontade de aprender a respeito de suas necessidades (ROSENBLUTH et al. 1973).

Nessa época, a criança também tende a superestimar suas capacidades e a ficar muito frustrada com seus fracassos, o que exige do adulto muita vigilância e disponibilidade para acolhê-la.

A família continua sendo o centro de seus afetos e sua possessividade em relação a quem ama não permite partilhá-la com ninguém.

É uma idade cheia de encantos e prazer para os pais, apesar dos períodos de rebeldia e tirania que podem ser muito cansativos.

Embora haja em sua evolução etapas esperadas de desenvolvimento, seu ritmo pode variar de criança para criança. Se seu filho se afasta da média isto não significa, de imediato, que haja problemas.

Conhecer o filho além do que está aparente levará os pais a um conhecimento mais profundo da criança que os ajudará a ter atitudes mais adequadas e maior prazer em sua convivência.

Os momentos de preocupação são inevitáveis, mas ajudam a aprender e crescer por meio do esforço para lidar com as dificuldades maiores. Isso é válido para o crescimento da criança, mas igualmente para os pais.

Os “erros” também são inevitáveis e serão menos importantes do que os sentimentos dos pais para com ele, bem como as atitudes de interesse e aflição. A criança reage ao que são os pais, verdadeiramente.

A CRIANÇA DE 2 ANOS E SEUS RELACIONAMENTOS NA FAMÍLIA

A figura principal de sua vida continua a ser a mãe, da qual ainda depende, embora já consiga tolerar melhor pequenas ausências dela, na medida em que vai conseguindo reter em sua mente a imagem dessa figura como a que protege e acolhe, sempre que necessário.

“Mas a criança julga sua mãe toda poderosa e sábia, de modo que naturalmente tudo o que lhe acontece, de bom ou desagradável, será culpa da mãe. Aos 3 anos saberá racionalmente que muitas vezes a mãe não

tem culpa do que lhe acontece, mas emocionalmente, de modo inconsciente, ainda pode continuar a acusá-la” (HARRIS, 1995)

É uma época em que também a figura paterna estará adquirindo maior relevância para a criança e seu apego a ela será gradativamente maior. Muitas vezes a procurará para ser consolada pelos infortúnios na relação com a mãe.

A DIFÍCIL VIVÊNCIA DA SITUAÇÃO TRIANGULAR

De um modo geral, esta fase caracteriza-se pela ambivalência entre sentimentos de amor e ódio em relação aos pais e pela flutuação de apego entre um e outro, principalmente quando eles estiverem juntos e a criança se sentir excluída.

Essa relação triangular, mãe/pai/filho(a), que teve início na fase anterior, continua sendo de vital importância na vida da criança e sua elaboração gradativa definirá características de sua configuração emocional futura. Seu amor é possessivo em relação ao genitor do sexo oposto, e a dor de ser o terceiro, o excluído, é muito intensa e mesclada com sentimentos de ciúmes e rivalidade com o genitor do mesmo sexo, o qual, muitas vezes, é sentido como rival que a criança deseja eliminar. Certamente, como também ama a este mesmo “genitor rival”, sente-se invadida de culpa e pelo remorso.

“São amores apaixonados, ciúmes e ódios vividos no restrito círculo da família e na dimensão inconsciente. É uma situação dolorosa. Mas ao dominar o ciúmes e a raiva despertados, algo é ganho e a criança , na proporção que os supera, estará mais amadurecida emocionalmente” (ROSENBLUTH et al. 1973).

Rosenbluth et al. (1973) nos chama a atenção de que o amor da criança pelos pais é apaixonado e pode incluir desejos de íntimo contato sensual com eles, com matizes de excitação sexual. Também este amor pode, facilmente, transformar-se em dentadas e golpes no progenitor, devido ao ciúme e a raiva. Seus próprios “sentimentos violentos” podem amedrontar a criança e também espantar seus pais, tanto pela agressividade como pela sexualidade que, com frequência, os adultos precisam negar que as crianças tenham.

Diz a autora: “Se for conhecido e admitido pelos pais, que isto é comum, natural e mesmo desejável que ocorra para o desenvolvimento saudável da criança, tolerarão melhor estes momentos, continuarão a se mostrar

amigos e compreensivos apesar das carícias e ataques e saberão colocar os limites quando for necessário, a ambos. A criança se sentirá mais segura se os pais não a deixarem feri-los ou amá-los demais”.

OS USOS DA SENSUALIDADE

Sensualidade é definida como o prazer de qualquer sensação corporal. O problema com que nos defrontamos é saber se, por meio de um conhecimento a respeito e atitudes adequadas, podemos ajudar a criança na medida em que ela se torna cônscia de suas diversas sensações, a permanecer livre do sentimento de culpa e do medo, tão frequentemente associados com o prazer corporal. Se isto for possível, a sensualidade comprovará ser um forte fundamento para o seu desenvolvimento psíquico e estabelecimento de seus vínculos.

A sensualidade sempre preenche a utilidade principal de aliviar a tensão da área mais instintiva da personalidade e distribuir a sensação em diferentes áreas do corpo - e o prazer dessa sensação aumenta nos primeiros meses de vida da criança, havendo uma evolução seletiva de interesse: pela boca, inicialmente: depois ânus e genitais, à medida que a criança cresce. E a cada sensação, eis o aspecto fundamental, tem o “acompanhamento psíquico da fantasia”. E como fantasia aludimos ao componente natural do funcionamento mental, que, quanto mais viva, diversa e rica, mais favorece o desenvolvimento emocional saudável e criativo, e instrumenta o indivíduo na administração de sua vida futura. Convém lembrar que a relação amorosa com os pais proporciona à criança outra espécie de impulso para o desenvolvimento psíquico, já que se esforça, tão frequentemente, em ganhar a sua aprovação por meio de novas realizações e gracinhas. Ela busca o desenvolvimento em benefício e pelo amor dos pais, por exemplo, controlando seus esfíncteres ou tentando dizer palavras que eles compreendam.

Muitas vezes, os pais temendo qualquer solicitação sensual, podem proibi-la estritamente. Se o fizerem a criança não realizará esta experiência com facilidade no futuro, mesmo num futuro remoto da vida adulta. Por outro lado, se os pais cederem sob todos os aspectos, a criança passará a incomodá-los com seus abraços ou sua curiosidade, em excesso, até obrigá-los a reagir asperamente, deixando a criança confusa.

Na realidade ela se sente mais perturbada que feliz em saber que pai e a mãe estão à sua mercê, que poderá tratá-los como lhe agradar. Ela se

perturbará especialmente se no momento de sua vitória, sentindo pouca ou nenhuma compaixão por eles.

Se for obrigada a certa moderação no comportamento, não precisará esperar uma punição súbita de pais exasperados ou de sua própria consciência severa.

Portanto, é aconselhável que os pais, ao brincar com seus filhos, limitem-se a brincadeiras corporais que possam tolerar com prazer e bom humor, interrompendo-as ao sentirem o excesso.

Em verdade, o prazer dos pais com as brincadeiras de um modo geral, deveria constituir uma das mais fortes influências do ambiente na vida mental da criança.

“Desejo finalmente pensar, em relação aos prazeres e ansiedades dependentes do contato com os pais, que é significativa sua influência sobre as relações pessoais na vida adulta do filho. Posso fazer apenas uma afirmação geral sobre o assunto, mas acredito que se, em suas relações amorosas iniciais, a criança agir com liberdade e receber a devida resposta, continuará esperando amar e ser amada no decorrer da vida, confiar e ser confiável. E sou da opinião que uma vez que seu corpo encontrou prazer no contato com muitas pessoas, que também lhe ofereceram amor e compreensão, estará preparada a encontrá-lo novamente. Este é o desenvolvimento sexual feliz que desejamos para nossos filhos” (MIDDLEMORE, 1973).

A criança também terá curiosidade, preocupação e eventualmente ansiedade, em relação às diferenças físicas entre meninos e meninas - e será bem vinda uma atitude paciente e de esclarecimento natural e verdadeiro por parte dos pais.

Este procedimento é importante na medida em que sabemos que a identificação com o progenitor do mesmo sexo (e ter orgulho de ser menino ou menina) é o que levará a criança a um acordo com sua própria identidade.

Ela também ficará curiosa sobre o íntimo relacionamento dos pais à noite e o nascimento de bebês. Mesmo que não expresse explicitamente, construirá fantasias a respeito. Como deve ter ficado claro os impulsos entre amar e odiar os pais são inevitáveis, e geram na criança, medo de reprovação e punição, além de deixá-la, muitas vezes, com bastante culpa.

Na dependência da proporção destes sentimentos em relação aos pais

(e mais, como de fato eles forem na realidade) e suas atitudes, se formará uma somatória que corresponderá a uma imagem dessas figuras na mente da criança. São "os pais internos", isto é, os pais que cada criança constrói dentro de si.

É na busca pelo equilíbrio entre amor e ódio que, pouco a pouco, o ser humano alcança a maturidade emocional. O que significa ir transformando os "pais internos" em figuras menos severas e rígidas da infância - e aproximando-os, o mais possível, em figuras justas, flexíveis e benevolentes. É com esta tarefa enorme que a criança de dois anos começa a lidar. Os maus e confusos sentimentos que dedica aos pais, mais a culpa que isso acarreta, podem gerar tristeza e desamor em relação a si mesma. Quando, no entanto, este estado emocional é enfrentado por ela, torna-se um incentivo para seu desenvolvimento. Além disso, a busca por compensar o dano que sente ter causado ao outro a faz descobrir sua capacidade de reparação, que é uma ferramenta imprescindível ao equilíbrio futuro de sua autoestima.

QUANDO OUTRO BEBÊ ESTÁ PARA CHEGAR NA FAMÍLIA

Surge o problema de como preparar uma criança de dois anos para o evento próximo. Muitos pais pensam que a criança é muito novinha para compreender coisas assim - o quê, o como e o quando contar. Mas elas observam tudo ao redor com muita atenção, mesmo que não pareçam atentas. E muitas surpreendem os pais pelo fato de parecerem saber da gravidez da mãe antes que lhe seja comunicada.

De qualquer forma é muito útil dizer à criança, verdadeiramente, que vai chegar outro bebê porque é o desejo dos pais, o que não quer dizer que não o amam muito e que continuarão a amá-la.

Quanto ao "de onde vem os bebês", convém também falar a verdade mais próxima de seu entendimento e dar oportunidade para que a criança expresse suas fantasias, seus temores e os represente nas brincadeiras para poder elaborá-los.

Essa notícia costuma deixar a criança de dois anos com ciúme ou um tanto preocupada que o bebê "intruso" vir lhe roubar o lugar ao qual estava acostumada na família, suas regalias, o carinho e atenção dos pais. Todo tipo de dificuldade pode aparecer, inclusive regredir em funções já adquiridas, voltando até mesmo a proceder como um bebê. Muitos pais tentam contornar a situação colocando-se servis e satisfazendo todos os

desejos da criança para que ela não se sinta menos importante, mas isto não a ajuda a deixar de sentir o que sente e pode ainda aumentar mais seu sentimento de culpa, devido à raiva do novo bebê.

O melhor é ajudá-lo a aprender lidar com seu ciúme, a controlar seus eventuais ataques ao bebê mais novo e a conseguir aceitar compartilhar o amor dos pais, sendo esta parte essencial para o crescimento psíquico e construção de sua capacidade para se relacionar.

Relacionada à vivência dessa situação, é importante salientar que as fantasias das crianças muito novas sobre teorias sexuais, nascimento e, relacionamento dos pais a noite, são matizadas e distorcidas pelos seus próprios sentimentos e impulsos e costumam permanecer por um tempo, mesmo que os pais lhes deem informações verídicas e compatíveis com suas possibilidades de compreensão. Em todo caso, é uma segurança para a criança saber que pode confiar nos pais e contar com sua atitude de veracidade, mesmo que venha a perguntar várias vezes a mesma coisa, porque não consegue assimilar. Talvez essa atitude dos pais seja mais importante que os fatos em si.

"Com fantasias estamos querendo dizer que a criança tem na mente imagens, ideias e sentimentos relacionados a cada acontecimento significativo de sua vida, que são ligados a seus impulsos de amor e ódio, de que não pode se dar conta conscientemente. Elas são um fator poderoso na vida mental da criança e muitos dos seus comportamentos e a maioria de suas dificuldades só podem ser compreendidos e fazer sentido se forem levadas em conta estas fantasias" (ROSENBLUTH et al. 1973).

UM NOVO MODO DE ESTAR NA SOCIEDADE:

O CONTROLE DOS ESFÍNCTERES

Confiar nos pais permite às crianças evoluir na direção de adquirir sua própria autonomia. No caminho em direção a ela, uma conquista básica é conseguir controlar o xixi e o cocô e aprender a se limpar sozinhas.

Na verdade todos os orifícios do corpo estão carregados de significados emocionais. O ânus e a uretra, sobretudo, são plenos de significação social, porque, em nossa cultura, as funções excretoras e sexuais são as mais vinculadas ao campo da intimidade e foco de proibições e preconceitos. Para as crianças, os conteúdos do corpo são misteriosos. Elas põem o dedo por todos os lados e também o fazem com seu próprio corpo, cheias de curiosidade.

"De alguma maneira, chegar a controlar os esfíncteres que regulam a saída do cocô e do xixi é, para a criança, como ter as chaves do seu próprio corpo. Até este momento tanto um como o outro saem por si mesmos, escapam. A partir de um determinado momento dá-se conta que é ela quem os produz e, sobretudo, que os pode controlar e que com o controle começa a exercer a vontade de expulsar ou de reter. E seus produtos passam o poder ser usados como uma agressão ou um presente" (BOTBOL, 2005).

A questão global do controle das funções excretórias envolve outros fatores além do mero controle sobre os músculos esfincterianos. É também cheio de significado emocional tanto para a criança como para a mãe. Atualmente, a educação da higiene, em geral, começa bem mais tarde que no passado.

Continua valendo a regra básica para o trato com a criança em desenvolvimento: vá com calma e respeite seu ritmo natural e suas características próprias. Costuma ser sensato esperar até que a criança tenha idade para se sentar no vaso por si, até que possa controlar os esfíncteres, e que demonstre real incômodo e vontade de tirar as fraldas, isso pode acontecer entre dois e três anos e levar meses até que se instaure o novo hábito de modo estável.

Uma atitude da mãe, com grande ansiedade, se comunica à criança que, por sua vez, reage também com ansiedade. Portanto, é melhor evitar demasiada pressão e o embate de vontades. Quanto mais calma a mãe, mais probabilidades de êxito. Também as crianças, em certo momento, desejam se tornar limpas, ávidas por crescer, para agradar os adultos, mas também a si mesma.

As fantasias das crianças em torno das suas excreções são muitas e intensas. Como antes, as sensações relacionadas à alimentação foram as mais importantes, agora as que se referem à produção e controle do xixi e cocô se tornam o centro de sua vida emocional.

Dependendo da fantasia predominante à respeito, pode sentir-se uma criança má e perigosa ou magicamente toda poderosa, capaz de controlar o bem e o mal.

"De qualquer modo fica muito suscetível às atitudes do adulto para com ela. Uma atitude mais desprendida por parte dos pais é útil por deixar que a criança pouco a pouco possa confrontar-se com a realidade e perceber suas reais possibilidades e limitações" (ROSENBLUTH et al, 1973).

Mas o mais fundamental é tomar consciência de que o transcurso desse processo tem influência sobre a personalidade.

"Conforme a criança se sinta "boa" ou "má", sentimentos de autonomia e orgulho se alternam com os de vergonha e culpa. E isso tem muito a ver com a exigência dos pais. Serem muito exigentes ou tolerantes afeta a imagem que a criança vai construindo sobre si mesma. As exigências excessivas podem gerar insegurança e dúvidas que diminuem sua capacidade de adaptação. De todos os modos, pouco a pouco irão se definindo modalidades mais retentivas ou mais expulsivas no controle dos esfíncteres, que também se refletirão em certos traços de caráter, como por exemplo uma generosidade compulsiva, ou um afã intenso de guardar coisas" (BOTBOL, 2005).

Finalmente, embora o ambiente influa de um modo decisivo, não convém esquecer que o controle dos esfíncteres é uma conquista da criança.

O PRAZER DE FAZER OPOSIÇÃO – “SENDO DO CONTRA”

Encontrar um bom equilíbrio entre impor limites a situações explosivas e não dar-lhes demasiada importância para que não aumentem é um desafio para os pais. Isso vai ser mais exigido ainda com a criança de dois anos, que costuma ser excessivamente imperiosa e mandona.

A descoberta de orifícios do corpo e da nova capacidade de abri-los e fechá-los por sua vontade (controle dos esfíncteres) coincide com o prazer de opor-se. É a idade do protesto e do desafio.

E os pais são testados nesta etapa, tendo de se lembrar que querer bem ao filho supõe tanto compreender sua evolução e aceitar suas descobertas como colocar-lhe limites adequados. Para a criança, poder dizer "não" significa querer diferenciar-se do mundo, mas também manipulá-lo. De modo mais amplo: manifesta um crescimento, marca uma fronteira e comunica uma decisão /escolha.

Botbol (2005) de modo resumido, salienta a importância desses atributos.

A etapa do "não" costuma coincidir com um momento de grande energia. A necessidade de manipular objetos com muita força, rasgar, golpear, tem a ver com as necessidades de explorar limites com os novos sentimentos de poder que experimenta a criança.

Surge, com vigor o desejo de se tornar independente, e a linguagem falada é uma nova via para consegui-lo. Talvez o "não" seja a primeira

palavra com um sentido abstrato, diferente das utilizadas para denominar objetos e pessoas próximas.

A autonomia vai aumentando: crescem as capacidades de sua mente, ampliam-se os movimentos, incrementa-se a linguagem e, sobretudo, a consciência de si mesmo.

Embora às vezes empregado de modo incompreensível para a própria criança e para os adultos que tentam interpretar seus desejos, o “não” também evidencia a necessidade de colocar uma barreira, um limite entre ela e seus pais, quem sabe até expressando a necessidade de proteger-se do que sente como uma atitude invasiva deles.

A criança pode estar, por outro lado, querendo apenas dizer que gostaria de ter o direito de escolher. Nesse sentido, o negativismo seria o princípio de uma tomada de decisão, o que mais tarde cumpriria uma função de construir sua identidade.

Outro aspecto importante é o efeito direto que os “não” têm sobre os pais. A criança detecta, rapidamente, como e a quê dizer “não” para conseguir o que quer e, assim, manipular os adultos e as situações.

Essa manipulação acaba por ser empregada em relação à alimentação e com as questões sobre a hora e local de dormir.

Essa etapa é inevitável, e os pais a enfrentarão melhor se tiverem um critério, e que este seja flexível e firme, para ir se adaptando ao crescimento da criança – ao mesmo tempo em que lhe oferece segurança.

Estabelecer prioridades também evita que a criança ao ouvir “não” em excesso, acabe por não lhe dar importância.

Será mais eficiente a lida com os negativismos dessa idade, e com a vontade de quebrar coisas, brinquedos, etc. que surgirão, se a mãe, ainda a figura de amparo para a criança, estabelecer um plano de atividades, disciplina e rotina no decorrer do dia e ajudá-la a descobrir que pode concertar coisas que estraga, para que não se sinta tão culpada.

No entanto, alguns problemas são regra geral nesta idade, tais como fases de perturbação no sono, explosões temperamentais, rejeição repentina a determinados alimentos ou a certos lugares e pessoas. Tais dificuldades costumam estar relacionados à vida íntima de fantasias e impulsos da criança. Em última análise, podem estar ligadas a ansiedades em relação à própria segurança ou à ansiedade de ter podido ferir, por desejo ou ação, alguém a quem ama.

A CRIANÇA E O BRINCAR

O brincar é central na vida das crianças, e os adultos que compreendem isso tratam com o maior respeito esta dimensão. Brincar com elas não somente é desfrutar de prazer juntos, mas também ajudá-las a crescer. “O espaço de brincar é um espaço de liberdade, de fantasia, mas também de concentração. O treino empurra os limites e os tornam mais amplos para que emerjam novas possibilidades. O brincar tem muitas semelhanças com os sonhos porque, como ele, treina para a vida e permite elaborar conflitos” (BOTBOL, 2005).

Assim, o brincar é o modo mais pessoal com que a criança expressa o que pensa e o que sente no contato com o mundo.

Mesmo que nesta idade, devido à fantasia mágica, não distinga muitas vezes, o que sente, o que está dentro dela e o que está fora, na realidade externa.

“Ao brincar ela vai aprendendo que a realidade externa se impõe e vai fazendo confrontações das semelhanças e diferenças, entre o que fantasia e o que de fato acontece. Também imitam e se identificam com as pessoas importantes à sua volta. Expressa como lhe parecem, mas também vão sendo introjetados aspectos das personalidades dos pais” (ROSENBLUTH et al., 1973).

Portanto, a criança tem a oportunidade de elaborar seus sentimentos que, como mencionamos, costumam ser intensos e ambivalentes nesta época. Também tem a chance de se aliviar sofrimentos, satisfazer desejos na fantasia, compreender as relações de família, adquirir confiança quando as coisas saem bem, tolerar quando não, e aprender a esperar e a persistir quando necessário.

O APEGO À MÃE E A POSSIBILIDADE DE SEPARAÇÃO

Quanto mais as necessidades da dupla mãe/bebê tenham sido preenchidas em sua ligação inicial, maior a possibilidade de que aos dois ou três anos a criança e a mãe possam tolerar momentos de separação no dia a dia e a percepção de que são duas individualidades, duas pessoas diferentes.

Quando predominarem sentimentos possessivos e mutuamente invasivos, surgirá hostilidade no vínculo, abalando sua segurança, confiabilidade e dificultando o processo de individuação posterior.

Por várias circunstâncias inevitáveis pode ser que a mãe e a criança

tenham de se separar mais longamente. O importante é saber, que nessa idade, ainda é difícil para ela aguentar esta vivência. Por isso, os pais deveriam prepará-la bem, acostumando-a, aos poucos, à(s) pessoa (s) com quem ela vai ficar.

Se a criança for para uma creche, vale a pena salientar, nessa idade, ela tende a oscilar entre desejar e não brincar em grupo com outros colegas. Quando o faz, é por curtos espaços de tempo; e geralmente crianças mais velhas, com as quais se sente mais confiante e segura.

ATIVIDADES, INTERESSES E LINGUAGEM

É complexa a relação entre os fatores de maturação e aprendizado, mas não há dúvidas, como enfatizamos até aqui, de que a influência do ambiente nos primeiros anos de vida pode ser decisiva em muitos aspectos do desenvolvimento.

O papel dos pais em ajudar a criança a desenvolver habilidades e à aprender consiste, basicamente, em oferecer-lhe nesta fase o ambiente apropriado e materiais variados para satisfazer sua curiosidade natural. A criança pequena absorve muita coisa olhando e imitando as pessoas ao redor, por meio de atividades e suas próprias vivências.

À medida que aumenta o uso das palavras para resolver situações do seu cotidiano, aparecem também as soluções imaginativas. Ela tende a surpreender os adultos com as provas de sua boa memória e compreensão dos acontecimentos.

EXPRESSÕES E ESTÍMULOS

BRINCADEIRAS ADEQUADAS PARA CRIANÇAS NO TERCEIRO ANO DE VIDA

Esta é a fase em que as crianças descobrem e imitam o mundo à sua volta. O faz-de-conta (casinha, médico, supermercado ou outras situações que refletem a vida real), a imitação, o teatro, a confecção de brinquedos com sucatas, a introdução de brincadeiras tradicionais e regionais, os trabalhos manuais adequados, as mágicas, a construção de pipas ou outros brinquedos são ideias entre inúmeras outras atividades. Meninos brincam de lutar tanto com um galho de árvore como com uma espada de super-herói. Para brincar de mamãe-filhinha, as meninas conseguem transformar um lápis e uma borracha em pai e mãe quando não

têm uma boneca a seu alcance. A imaginação e a fantasia das crianças são extremamente férteis: elas podem chegar a criações incríveis de objetos de brincar. É o caso de brinquedos feitos com sucatas, panos, palitos, tampinhas, madeira etc.

O faz-de-conta tem lugar especial a partir desse período, já que as crianças vão expressar, através dele, sua compreensão do mundo, imitar o que vivem e ouvem e trabalhar emoções e afetos, medos, inseguranças, angústias, entre tantos outros. E elas são extremamente criativas se lhes damos espaço para tal. Através desse faz de conta, comunicam suas mensagens, seus valores e sua compreensão do mundo. Por esse motivo, é tão importante os educadores ouvi-las e observá-las para apreender suas linguagens, seus sentimentos e seus momentos específicos. Nessas brincadeiras de faz de conta as crianças criam "diálogos" não somente com seus pares, mas com objetos que representam outras figuras reais ou imaginárias de seu entorno. As interações que ocorrem no decorrer dessas brincadeiras espontâneas são absolutamente imprevisíveis e fundamentais para o desenvolvimento, a interação e o conhecimento do mundo ao seu redor e o conhecimento das crianças pelos educadores. A riqueza de mensagens e repertórios que se desenrolam nas brincadeiras, tanto individuais quanto de pares ou coletivas, é um dos alicerces principais para que os educadores possam elaborar novas e adequadas propostas.

O faz-de-conta possibilita também a percepção de diversas habilidades e dos espaços de expressão das crianças nas suas singularidades. Nesse tipo de brincadeira, importa muito mais o processo de construção e criação de cenas e cenários do que o produto final.

Por esses motivos, é importante levar em consideração que o tempo das crianças não é o tempo externo, e os educadores precisam estar sensíveis aos processos desenvolvidos por cada criança ou pelos grupos formados, antes de dar por finalizada uma brincadeira – que implica em um processo absolutamente individual – ou pedir para guardarem os brinquedos e passarem para uma nova atividade. Os cuidados nessas intervenções são extremamente importantes e devem respeitar os processos internos que dificilmente são captados pelos educadores.

Nos dias atuais, o mercado, a mídia e o apelo ao consumo falam mais alto, sobretudo quando instigam as crianças com a oferta de brinquedos atraentes, cujo aperfeiçoamento e beleza são cada vez maiores. A pre-

ocupação dos fabricantes vai desde os materiais, as cores, as normas de segurança até a especificação das características de cada produto (por exemplo, a faixa etária ou a área específica para a qual é indicado). Quando analisamos os objetos do brincar, não podemos deixar de pensar em qual contexto se inserem: familiar, tecnológico, educacional, mercadológico, regional, cultural. Em cada um deles, um mesmo brinquedo pode ser visto como objeto potencial de solidão e consolação; de autonomia ou heteronomia; de realização, cooperação e progresso; de novidade, distração ou informação. Os brinquedos são, portanto, muito mais do que objetos do mundo infantil, mas “ecos” dos padrões culturais de diferentes contextos socioeconômicos. Além de serem veículos da inteligência e das atividades lúdicas, eles têm impacto próprio. Como diz Brian Sutton-Smith (1986), autoridade em desenvolvimento infantil do Departamento de Educação da Universidade da Pensilvânia, “a interpretação do significado do brinquedo não pode ser compreendida sem fazer referência aos contextos nos quais ele é encontrado”.

O incentivo às brincadeiras que requerem poucos objetos e têm como característica básica incrementar a socialização entre as crianças é primordial. Mas é importante também considerar os brinquedos, uma vez que oferecem subsídios para melhor compreensão do desenvolvimento infantil e da influência do contexto cultural sobre a atividade lúdica.

Introduzir brincadeiras tradicionais nesse período é fundamental, pois elas constituem o patrimônio da cultura local: esconde-esconde, pega-pega, roda, pião, pipa, balanço, boneca, carrinho, corda, jogos de adivinhação, amarelinha, entre tantos outros. Relembrar e ensinar aos próprios filhos as brincadeiras de infância pode ser uma boa desculpa para trazer os pais para dentro da instituição, inserindo-os no cotidiano dos filhos.

As brincadeiras e os brinquedos são portadores de valores que, geralmente, dizem respeito à cultura em que as crianças nasceram ou foram criadas. Grande parte dos brinquedos industrializados, ou mesmo artesanais, nascem das mãos de cidadãos de natureza e de cultura, isto é, atores sociais que contribuem com seus traços naturais e suas heranças culturais. Todos esses brinquedos imprimem características multiculturais nas brincadeiras, até em uma mesma família. O repertório de cada criança ou de cada grupo infantil, ao mesmo tempo influenciado pelo que a natureza e o entorno oferecem, impregna-se da realidade doméstica (já

que pais, mães, avós e parentados provêm, geralmente, de diferentes realidades socioculturais), da cultura do grupo de convivência, da cultura divulgada por meio da mídia, da cultura universal.

As brincadeiras que observamos nas cidades têm algumas particularidades: são limitadas aos espaços internos das casas, ao recreio das escolas, aos espaços lúdicos ou brinquedotecas, aos condomínios e clubes. Raramente acontecem na rua, por falta de espaço e de segurança. São influenciadas por conteúdos “multiculturais”, ou seja, que provêm de variadas culturas, incluindo toda a cultura local e a cultura global – que adentra os espaços lúdicos por meio de TV, rádio, publicidade, revistas, internet e manifestações artísticas em geral.

As brincadeiras das crianças quilombolas, ribeirinhas, de comunidades indígenas, além de revelar culturas particulares, são permeadas de mitos, costumes ancestrais dos grupos nos quais nascem e se desenvolvem; revelam um diálogo permanente com a natureza, sua beleza, possibilidades e mistérios. Os “brincar” dessas crianças “nascem” das árvores, da terra, dos rios, dos mitos e costumes, por meio da imaginação, do corpo e dos ensinamentos dos pais e avós. Barquinhos, casinhas, piões, espingardas, petecas e muitas brincadeiras de faz de conta reproduzem sua vida e o universo dos adultos, contam quem são essas crianças.

Brincadeiras de áreas rurais têm algumas características particulares: acontecem em amplos espaços em contato direto com a natureza, fundindo-se nos elementos do entorno que motivam esses repertórios lúdicos. Os brinquedos são geralmente criados e construídos com o que o próprio meio oferece: água, terra, plantas, árvores, bichos. Crianças de várias idades misturam-se,umas ensinando às outras, muitas vezes ajudando seus pais tanto nas tarefas domésticas quanto no trabalho na terra; criam e misturam seus brincar com o trabalho.

BRINQUEDOS ADEQUADOS

No terceiro ano de vida, as crianças estão na fase do jogo simbólico. Então, torna-se importante trabalhar com o faz-de-conta e a imitação, pois elas brincam muito de imitar o mundo adulto: apreciam móveis do tamanho delas para escalar, aparelhos domésticos e utensílios de brinquedo, assim como fantasias e bonecas.

Se pensarmos nas crianças da cidade, elas costumam brincar com carrinhos, bonecas, acessórios de casinha, fantasias e jogos de construção.

Todos os brinquedos de montar, construir e encaixar são adequados e auxiliam as crianças a montar suas próprias cidades, casas e cenários. É importante que os brinquedos estejam organizados em prateleiras à altura do alcance das crianças, não necessariamente todos em exposição, mas conforme os interesses dos pequenos. A arrumação do ambiente em cantinhos onde são oferecidos diversos brinquedos (que irão motivar a escolha autônoma de cada criança) é importantíssima para trabalhar a autonomia, incentivar a diversidade de materiais e atividades, possibilitar a interação com diversos colegas. É um momento essencial para observá-las, conhecer habilidades, interesses e necessidades e para pensar em outras propostas que podem mudar de um dia para o outro, assim como temáticas que podem ser levadas conforme interesses particulares ou coletivos. A proposta dos cantinhos, por exemplo (um com materiais de construção, outro com apetrechos de faz-de-conta, outro com instrumentos musicais ou livrinhos, outro com materiais de criatividade), é uma prática excelente para grupos muito numerosos. Assim, o educador pode fazer com que as crianças se ocupem com diversas atividades, já que esse é um período de singularidades e interesses muito diversos e que devem ser respeitados.

O período indicado, por dia, para que crianças de três anos possam brincar e desenvolver atividades lúdicas deveria ser desde a hora em que acorda até a hora de dormir. No entanto, elas têm um tempo de satisfação curto, nunca ficam concentradas por mais de 15 minutos em uma mesma brincadeira. Por isso, deve haver uma alternância entre brincadeiras em grupo e das crianças sozinhas, dependendo sempre do contexto no qual cada criança se encontra. Uma questão importante e difícil de ser trabalhada é o respeito ao tempo de cada uma delas. Educadores estão sempre dizendo que está na hora de ir embora. Já os pais dizem que é hora de tomar banho ou de jantar. Assim, as crianças são sempre interrompidas, sem que os adultos olhem o que está acontecendo no universo delas. Seria uma grande aprendizagem para os adultos se deterem para olhar e entender o processo que as crianças estão vivendo. Por isso, antes de interromper com frases como “vamos embora” e “guardem tudo”, é importante preparar a criança, avisar a ela que, dali a pouco, ela terá de ir embora, para que não seja tão brusca a interferência do adulto no universo infantil.

COMO ESCOLHER UM BRINQUEDO

É preciso que o adulto analise e conheça gostos, interesses, potenciais e limitações de cada criança a quem vai oferecer um brinquedo, lembrando que as etapas de desenvolvimento são diferentes e peculiares a cada uma delas e a cada contexto sociocultural. Os adultos devem evitar comprar brinquedos que só agradam a eles, decisão da qual as crianças nem sempre participam. Sempre que possível, devem deixar as crianças participarem da seleção e da compra do brinquedo.

PREMISSAS PARA UM CURRÍCULO LÚDICO

Para pensarmos em como organizar um dia de atividades, é fundamental partir da consciência da necessidade que as crianças têm de brincar e terem tempo livre para tal.

O brincar livre, espontâneo, é um objetivo em si mesmo para o desenvolvimento da personalidade das crianças.

Nas instituições, os educadores podem também usar o lúdico (a brincadeira, o jogo, os materiais e brinquedos) como um instrumento para o ensino de conteúdos, através do brincar direcionado ou estruturado. Também como forma de motivar as crianças nos diversos conteúdos, é estimulante o ensino lúdico, a atitude lúdica dos educadores.

É possível, através de atividades criativas, brincadeiras, jogos e trabalhos práticos, trazer ludicidade para o ensino do português através do teatro ou dos jogos de papéis; para noções de matemática, através de jogos e brincadeiras; para as artes, através de jogos de construção; para a educação física, focando nos jogos sensório-motores e brincadeiras físicas com regras.

Mas é fundamental equilibrar momentos de brincadeiras espontâneas – em que a criança pode ser plenamente ela e oportunidade para os educadores conhecê-las através da observação – e as brincadeiras dirigidas – pensadas a partir de necessidades, interesses e potenciais identificados a partir da observação durante a brincadeira livre.

O brincar livre, espontâneo, em prol do desenvolvimento da criança requer:

a) tempo livre e interesse em observar e registrar a qualidade do brincar do ponto de vista motor, social, emocional, estético, cognitivo, comunicativo, moral, espiritual; e as diversas temáticas e comportamentos,

interesses, habilidades e necessidades das crianças;
b) oportunidades de brincadeiras livres no decorrer do cotidiano.

O brincar como possibilidade de aprendizagem centrada no lúdico, requer:

- a) Jogo de papéis dentro das práticas pedagógicas;
- b) Jogo de papéis como livre escolha, que pode contribuir com conteúdos de ciências, linguagem, ciências sociais, matemática, artes e trabalhos manuais;
- c) Jogo de papéis como instrumento ou possibilidade de ensino de diversos conteúdos;

O brincar direcionado ou estruturado precisa de minucioso planejamento cotidiano, em função do momento do grupo, suas necessidades e seus interesses.

A atitude lúdica propõe o ensino lúdico do educador como forma de motivar as crianças nos diversos conteúdos:

- a) Através da observação do brincar;
- b) Através do papel do adulto no brincar.

CONTATO COM A NATUREZA

Em um sistema educacional voltado para sociedades sustentáveis, o cuidar é referência fundamental, porque orienta o trabalho em relação a três ecologias (GUATTARI, 1990) e nos ajuda a avaliar:

- a) A qualidade dos espaços/atividades relacionados ao eu (ecologia pessoal);
- b) A qualidade das interações coletivas, relacionadas ao nós (ecologia social);
- c) A qualidade das relações com a natureza (ecologia ambiental).

Na perspectiva da produção de novas relações dos seres humanos entre si e com a natureza, a educação tem um sentido amplo, extrapola o compromisso com a transmissão de conhecimentos via razão e busca abranger outras dimensões, como a intuição e a emoção. Promovida com um desejo e uma necessidade de reestruturação da civilização, ela desconfia do poder explicativo do racionalismo científico e valoriza os processos criativos, contribuindo para qualificar a vida nos planos das

três ecologias. Nessa perspectiva, seguem alguns desafios de uma educação ambiental que vise:

- Resgatar, no melhor de nossas tradições, elementos das culturas negra, indígena e de outras etnias que compõem a nação brasileira, prática que nos ajuda a inventar novos modos de viver, sentir e pensar a vida sobre a Terra;
- Reinventar as relações com o corpo, com “o tempo que passa, com os mistérios da vida e da morte” (GUATTARI, 1990:16), em movimentos de encontro de cada um consigo mesmo, de fortalecimento da integridade de corpo-espírito-razão-emoção;
- Estar atento às concepções e práticas que reproduzem o divórcio entre corpo e mente, hipervalorizam o intelecto e fazem do corpo simples objeto de controle da mente;
- Pensar um novo modo de funcionamento escolar que, por respeitar ritmos e interesses infantis, permita à criança aprender a levar em conta as vontades do corpo. Isso significa atentar às rotinas de sono, alimentação e controle de esfíncteres; e a processos de inserção e acolhimento, modeladores de ritmos afetivo-corporais que repercutem em sua ecologia pessoal;
- Ampliar os espaços, para que as crianças se movimentem livremente, assim como os tempos de relaxar, meditar. E estar atento à respiração, a melhorar a alimentação e cuidar da postura;
- Mexer numa rotina de trabalho que supervaloriza os espaços fechados das salas de aula, os materiais industrializados e propiciar às crianças contato cotidiano e íntimo com a terra, a água, o ar, de tal maneira que sejam percebidos e respeitados como fontes fundamentais de vida e energia;
- Incorporar à rotina as atividades de semear, plantar, cuidar e colher alimentos e outros vegetais. Do mesmo modo, assumir cozinhais, hortas, marcenarias, oficinas de produção e conserto de brinquedos como privilegiados espaços educacionais, onde também se aprende matemática, ciências sociais e naturais, língua portuguesa;
- Promover encontros festivos (em que possamos compartilhar alimentos, música, projetos) favorecedores de sentimentos de amizade, companheirismo e solidariedade. Estes são sentimentos que precisam ser aprendidos e exercitados no cotidiano, conteúdos que devem ser intro-

duzidos no planejamento de trabalho da escola;

- Questionar e combater as práticas consumistas e a onipresença dos meios de comunicação na vida das crianças, abrindo espaço e incentivando as trocas humanas que se dão através da narrativa, da brincadeira e da produção artística;
- Transformar as relações e interações com a natureza, questionando os conceitos de conhecimento e de trabalho que estas interações asseguram. Além de denunciar e rejeitar as propostas curriculares que propõem um conhecimento intelectual descritivo, que fazem da natureza simples “objeto de estudo”;
- Investir na construção coletiva de propostas pedagógicas que visem integração mais ampla e possibilitem o desfrute, a admiração e a reverência da natureza como fonte primeira, fundamental à reprodução da vida – não como simples colônia, domínio de explorações humanas.

AS ARTES

A arte tem sido inserida nos currículos de grande número de escolas e salas de aula e vem conquistando, lentamente, seu merecido lugar – por ser mais uma das linguagens expressivas fundamentais do universo infantil. O que se observa, na maior parte das iniciativas nesta área, é um percurso pelas diversas técnicas e materiais. Grande é o desafio ainda, no sentido de criar espaços de “escuta” da expressão dos pequenos e realizar “leituras” dos desenhos, pinturas, esculturas, criações musicais, expressões corporais, representações teatrais e outras obras de arte desenvolvidas pelas crianças. A produção pode ser considerável em termos de quantidade e qualidade e, mais uma vez, deixamos escapar materiais extremamente significativos, através dos quais as crianças “dizem”, não literalmente, através das suas obras de arte, não somente com seus produtos finais, mas também no decorrer dos seus processos criativos. Aprender a exercer a pluralidade dos sentidos e a descobrir diferentes caminhos de observar o mundo é um dos maiores desafios dos nossos educadores. Na visão de Loris Malaguzzi (1990), criador de jardins de infância na cidade de Reggio Emilia, na Itália, verdadeiras ilhas em um mundo onde domina o “imperialismo do olho”, é na contínua interação entre o pensamento e o meio ambiente que nascem as linguagens das crianças, sejam expressivas, simbólicas, cognitivas, imaginativas ou me-

tafóricas. Se dermos às crianças os instrumentos de exploração, percepção e intercâmbio, elas vão se comportar frente ao mundo como detetives ou semiologistas. Elas têm o dom de levantar hipóteses para reconstruir e explicar as coisas. Têm o dom da multiplicidade de potencialidades que precisam ser estimuladas para se manifestarem. Em Reggio Emilia, os ambientes e a criatividade têm mostrado ser o ponto alto para tais manifestações:

- Os ambientes devem constituir forças geradoras de situações emocionais e cognitivas de bem-estar e confiança; devem permitir às crianças desenvolverem sensações físicas, psicológicas, olfativas, imaginativas, auditivas, táteis;
- A criatividade, enquanto sabedoria, tem suas raízes naquilo que é próprio da criança, no seu patrimônio cultural, seus gostos e sua intuição. O trabalho com materiais de sucata, com luzes e sombras, com cores, com elementos da natureza levam as crianças, se prontamente estimuladas, a descobrirem musicalidade, dança, imaginação e palavras nas cores, texturas e materiais;

Em propostas desse porte, o papel dos educadores é o de permitir às crianças se expressarem através de diversas linguagens artísticas e ajudá-las a definir aquilo de que precisam para levar uma ideia a termo. As crianças têm oportunidade, através da arte, de se expressarem e criarem. A criação está no coração do entorno das crianças. A arte torna-se símbolo de uma relação privilegiada que se estabelece entre as crianças e o mundo que elas percebem.

A MÚSICA

As crianças podem ser desafiadas a cantar, sozinhas ou em grupo, partes ou frases das canções que já conhecem, a participar de brincadeiras musicais e a relacionar a música com a expressão corporal e a dança. Podem aprender a identificar diferentes paisagens sonoras, percebendo suas qualidades: aprender a identificar o silêncio, a identificar sons da natureza (cantos de pássaros, “vozes” de animais, barulho do vento, da chuva etc.) ou da cultura (vozes humanas, instrumentos musicais, máquinas, objetos e outras fontes sonoras). Elas podem aprender a reconhecer diferentes qualidades dos sons, ainda que não saibam nomeá-las convencionalmente, e a apreciar músicas instrumentais e diferentes

expressões da cultura musical brasileira, bem como de outras culturas. Podem também aprender a reconhecer e demonstrar suas preferências por músicas instrumentais, canções, acalantos, cantigas de roda, brincos, parlendas, trava-línguas, mnemônicas, adivinhas etc., cantar e participar de brinquedos de roda e jogos musicais.

O PAPEL DA FAMÍLIA

Embora o papel da família devesse ser o de perpetuar valores, este tem sido um dos pontos mais difíceis com os quais as famílias atuais têm se confrontado. Dentro da crise paradigmática, elas não ficam isentas da influência da globalização, dos meios de comunicação, da informática, da sexualidade precoce, dos limites, da violência, entre tantas outras questões. Dessa forma, a família responsabiliza a escola e esta a família pela transmissão de valores. Falta de tempo, dedicação e muitas dúvidas trazidas pelos modismos como o consumismo exacerbado, a ansiedade de frente à TV, o computador, videogames, limites etc. levam os pais a vivenciarem um período de grandes angústias, grande permissividade quanto ao que as crianças podem ou não podem; ou, pelo contrário, a estabelecer limites extremamente rígidos, em diferentes períodos do crescimento dos filhos.

As famílias precisam, sim, de orientação, mas não só sobre o que é certo ou errado. Precisam principalmente de informações e atualização sobre os processos de desenvolvimento das crianças, e de uma orientação para a releitura de valores e prioridades que façam sentido para cada família, cultura ou comunidade. Não necessitam de regras ou preceitos, mas de espaços para reflexões e trocas.

As famílias precisam ser ouvidas e também ouvir e participar, junto com a escola, os educadores e a comunidade, da educação de seus filhos. Atualmente, há uma pressão da sociedade para que as crianças aprendam cada vez mais cedo. Por isso, é necessário um enorme trabalho dos educadores no sentido de informar aos pais que o brincar não é uma perda de tempo, mas, sim, um processo pelo qual as crianças devem passar. Por meio desse brincar, as crianças conseguem se desenvolver integralmente, trabalhar a imaginação, o corpo, as emoções, ampliar seus conhecimentos e adquirir valores. O grande desafio de hoje é ter, dentro das instituições de ensino, uma “escola para os pais”, com o obje-

tivo de informá-los sobre a importância de as crianças vivenciarem essas trocas oportunizadas pelas brincadeiras. Isso deve ocorrer, principalmente, nos seis primeiros anos de vida, para que não queiram ou precisem viver essas fantasias na pré-adolescência ou na adolescência, muitas vezes mergulhando na bebida ou nas drogas para satisfazer desejos que não viveram na época adequada.

TELEVISÃO, COMPUTADOR E VÍDEOS

Pesquisa realizada pela OMO, em 2006, em todo o País apontou que 97% das crianças e suas famílias consideram assistir à TV como a principal “brincadeira” no seu cotidiano. Aqueles que fazem e defendem programas educacionais para crianças, apontam a necessidade de acesso a uma programação adequada e de melhor qualidade. E existem, também, educadores radicalmente contrários ao uso da TV, pois acreditam que há outras atividades bem mais interessantes a serem realizadas. Não podemos negar a influência dos computadores, vídeo games, redes sociais e da televisão sobre uma geração que já nasce apertando botões e que se desenvolve um ritmo acelerado. No entanto, a responsabilidade de pais, educadores e cuidadores é mostrar que existem muitas outras opções de atividades. É preciso ensinar brincadeiras, apresentar outros panoramas e tentar equilibrar essas atividades na vida das crianças pós-modernas. Por isso, creches e centros de educação infantil exercem papel fundamental na promoção de atividades lúdicas, contação de histórias, atividades musicais e artísticas, entre outras tantas, tendo em vista que, na vida da cidade grande, a rua não é mais espaço de socialização e divertimento para as crianças. Mesmo apreciando uma TV educativa de qualidade, as crianças que ficam em frente da televisão, assumem uma postura muito passiva. Por mais que um programa de TV incentive dinâmicas, mostre como se faz, como se inventa, no momento em que assiste à TV, as crianças costumam estar sós, sem a presença de um adulto que as auxilie a fazer as atividades propostas. Assim, acabam entrando em outros universos, nem sempre adequados. A TV deveria ser só um parêntese no cotidiano, não o centro da vida das crianças. Assim como não é saudável passar o dia vendo TV, também não é saudável passar o dia todo jogando bola. É preciso haver equilíbrio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAPÍTULO 7 – A CRIANÇA DOS 25 AOS 36 MESES

O NEURODESENVOLVIMENTO – SAUL CYPEL

- BUTTERWORTH, G. & MORIRISSETTE, P. – Onset of pointing and the acquisition of language in infancy. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 14:219-231, 1996.
- COLE, M. & COLE, S. R. – O desenvolvimento da criança e do adolescente. 4^a edição. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- CYPEL, S. – Distúrbios da comunicação na criança. A linguagem – aspectos neurológicos. In: DIAMENT, A. & CYPEL, S. *Neurologia Infantil*. 5^a. Ed. São Paulo: Atheneu –, 2010.
- FENSON, L., DALE, P. S. & REZNICK, J. S. et al – Variability in early communicative development. *Monographs for Research in Child Development*, 59 – 1994.
- KLEITMAN, N. – Sleep and wakefulness. Chicago: University of Chicago Press, 1963.
- REIMÃO, R. – “Sono normal e seus distúrbios na criança”. In: DIAMENT, A e CYPEL, S.- *Neurologia Infantil*. 4^a São Paulo Ed. Atheneu 2010.
- RIVA, D., RAPIN, I. & ZARDINI, G. – Language: normal and pathological development. John Libbey Eurotext, France, 2006.
- TREVARTHEN, C. & AITKEN, K. J. – Brain development, infant communication, and empathy disorders: Intrinsic factors in child mental health. *Development and Psychopathology*, 6:597-633, 1994.

CAPÍTULO 7 – A CRIANÇA DOS 25 AOS 36 MESES

ASPECTOS EMOCIONAIS – LIA RACHEL COLUSSI CYPEL

- BAUER, M. (org.). – Resiliência y vida cotidiana. Montevideo: Psicolibros, 2007.
- BOTBOL, M. – Bebê, bienvenido al mundo (0-3 a). Madri: Editorial Síntesis, 2005.
- HARRIS, M. – Crianças e bebês à luz de observações psicanalíticas. São Paulo: Vértice, 1995.
- MIDDLEMORE, M.P. – Os Usos da Sensualidade. In: A Educação de Crianças à Luz da Investigação Psicanalítica. Rio de Janeiro, Imago, 1973.
- ROSENBLUTH, D., HARRIS, M., OSBORNE, L. & O'SHAUGHNESSY, E. – Comprendendo seu Filho de 2 anos. Rio de Janeiro, Imago, 1973

CAPÍTULO 7 – A CRIANÇA DOS 25 AOS 36 MESES

EXPRESSÕES E ESTÍMULOS – ADRIANA FRIEDMANN

- ABRINQ. Guia de Brinquedos – Os melhores do ano 1999/2000. Rio de Janeiro: Ed. Globo, 1999.
- ALIANÇA PELA INFÂNCIA. Caminhos para uma Aliança pela Infância. Aliança pela Infância, 2004.
- BRAZELTON, T. B. – Escuchemos al niño. Barcelona/España: Plaza & Janes, 1989.
- BRAZELTON, T. B. & GREENSPAN, S. – As necessidades essenciais das crianças. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- FRIEDMANN, A. – O brincar no cotidiano da criança. São Paulo: Moderna. 2006
- FRIEDMANN, A. – O desenvolvimento da criança através do brincar São Paulo: Moderna. 2006
- FRIEDMANN, A. – O universo simbólico da criança – olhares sensíveis para a infância. Rio de Janeiro: Vozes, 2005.

- FRIEDMANN, A. – A arte de brincar. 1^a. Edição – São Paulo: Scritta, 1992. Nova edição – Rio de Janeiro: Vozes, 2004.
- GUATTARI, F. – As três ecologias. Trad.: Maria Cristina F. Bittencourt. Campinas: Papirus, 1990.
- MALAGUZZI, L. – As cem linguagens da criança: abordagem de Reggio Emilia na educação da primeira infância / Carolyn Edwards, Lella Gandini e George Forman, Porto Alegre: Ed. Artes Médicas Sul Ltda, 1999.
- OLIVEIRA, Z. & VIGOTSKI L. S. – Algumas ideias sobre desenvolvimento e jogo infantil”, in Ideias 2. FDE, São Paulo, 1988.
- OLIVEIRA, Z. – (1988) Jogo de papéis: uma perspectiva para análise do desenvolvimento humano. São Paulo: USP, tese de doutorado. (mimeo)
- PAPALIA, D. E. – Desenvolvimento humano. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 7^a. Ed, 2000
- PIAGET, J. – A formação do símbolo na criança – imitação, jogo e sonho, imagem e representação. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978.
- SUTTON-SMITH, B. – Toys as culture. New York/London: Gardner Press, 1986.
- TRINDADE, A. – Corpo, gesto e movimento. São Paulo: Summus, 2007.



CAPÍTULO 8

SUGESTÕES DE BRINQUEDOS

- Brinquedos para atividades sensório-motoras
- Brinquedos para atividades físicas
- Brinquedos para atividades intelectuais
- Brinquedos que reproduzem o mundo técnico
- Brinquedos para o desenvolvimento afetivo
- Brinquedos para atividades criativas
- Brinquedos para relações sociais



Foto: Shutterstock

BRINQUEDOS PARA ATIVIDADES SENSÓRIO-MOTORAS

- 01** Chocalhos e mordedores.
- 02** Móbiles sonoros ou não: brinquedos com figuras ou formas diversas, para colocar suspensos sobre o berço.
- 03** Brinquedos para o berço e cercado: esferas, figuras infladas em cordão para instalar no berço, no carrinho e no cercado.
- 04** Quadros de atividades: quadros com peças coloridas, de formas diversas, espelhos inquebráveis, sinos, peças que correm em trilho e janelinhas que se abrem, para colocar no berço.
- 05** Animais e objetos em borracha: material macio com ou sem guizo interno.
- 06** Brinquedos para o banho: animais, barquinhos e peças flutuantes.
- 07** Bonecas e bichos: bonecas em tecido com roupas fixas, animais em tecido (sem pelúcia), sem detalhes que possam ser arrancados.
- 08** Pelúcias de 20 cm a 50 cm.
- 09** Joões-bobos, sonoros ou não: bonecos e animais com movimento de vai e vem, em plástico rígido ou inflável.
- 10** Brinquedos para empurrar, puxar ou rolar: com corda para puxar e com haste para empurrar cavalinhos de pau.
- 11** Carrinhos de mão, veículos para encher e esvaziar.
- 12** Caixas, arcos e baús para guardar brinquedos.
- 13** Bolas de 8 cm a 10 cm de diâmetro e cubos em tecido.
- 14** Brinquedos para areia e água: balde, pazinhas, formas, para brincar na areia e na água.

-
- 15** Animais e cadeiras de balanço: cavalinhos no tamanho da criança, para cavalgar e balançar.
 - 16** Carrinhos para os primeiros passos: com base sólida e alça para a criança se apoiar ao começar a caminhar.
 - 17** Veículos sem pedais: tico-ticos e carrinhos sem pedais que se movimentam pelo impulso dos pés da criança, no chão.
 - 18** Cubos e formas para empilhar: peças que se encaixamumas nas outras pelos seus tamanhos diferentes e podem também ser empilhadas.
 - 19** Contas, anéis e pirâmides com eixo central: peças que são empilhadas por meio de eixos, além de contas para enfiar em cordão.
 - 20** Caixas de encaixe de formas e cores: caixas e carrinhos com orifício de formas geométricas diferentes, para receber pecinhas que só passam pelas aberturas correspondentes.
 - 21** Bancadas e brinquedos para martelar: objetos imitando bancadas de marceneiro.
 - 22** Brinquedos animados mecânicos: figuras de animaizinhos de plástico ou metal e bichinhos de pelúcia com movimentos a pilha ou bateria.
 - 23** Esferas: esferas transparentes ou com recortes, cujo conteúdo é visível externamente.
 - 24** Caixas de música: brinquedos de pendurar com alça para puxar e pôr em funcionamento o mecanismo musical interno.

BRINQUEDOS PARA ATIVIDADES FÍSICAS

- 01** Veículos com pedais, triciclos e patinetes. Karts, tico-ticos, carrinhos que imitam os reais, com pedais, motos e bicicletas com três rodas.
- 02** Veículos elétricos no tamanho da criança: carrinhos para a criança dirigir, movidos à bateria ou pilha.
- 03** Bicicletas: veículos com duas rodas e rodinhas provisórias na parte traseira ou bicicletas com duas rodas de aros crescentes.
- 04** Patins e skates: brinquedos para o equilíbrio corporal e seus acessórios.
- 05** Pipas e outros objetos voadores: pipas, bumerangues e aviõezinhos simples (com elástico).
- 06** Boliches, jogos tipo bocha e argolas: boliches de plástico ou madeira e argolas para encaixar em um eixo.
- 07** Bolas, petecas e balões de ar: bolas plásticas ou oficiais e petecas, além de balões infláveis.
- 08** Cordas de pular obstáculos e circuitos: cordas e percurso tipo “amarelinha”.
- 09** Pingue-pongue, tênis, raquetes de praia e peças para atirar em alvo.
- 10** Ioiôs, piões e bolhas d’água.
- 11** Pernas de pau, bambolês e aros para equilibrar com uma haste.
- 12** Golfe miniatura, críquete, bilhar, pebolim e futebol de mesa.
- 13** Equipamentos esportivos: redes para bola ao cesto, voleibol, estilingues e arco e flecha.
- 14** Equipamentos para playground ao ar livre e internos: tobogãs, balanços, escorregadores e gangorras.
- 15** Barcos, boias, colchões infláveis, pranchas e flutuadores.



Foto: SXC

BRINQUEDOS PARA ATIVIDADES INTELECTUAIS

- 01** Quebra-cabeças fáceis (de 20 até 150 peças).
- 02** Quebra-cabeças de até 20 peças e encaixe de peças em bandejas.
- 03** Quebra-cabeças com mais de 150 peças.
- 04** Brinquedos com peças para girar e parafusar.
- 05** Brinquedos de construção por superposição de peças ou alinhamento lado a lado: blocos de construção simples.
- 06** Brinquedos de construção por encaixe de peças: blocos de construção com detalhes modulados para encaixar.
- 07** Brinquedos de mecânica simples: planos inclinados por onde descem bolas,
além de brinquedos em que água e areia fazem mover as pás de um moinho.
- 08** Brinquedos que representam modelos técnicos: demonstram leis físicas elementares.
- 09** Caixas de experiência e caixas científicas: caixas de química, corpo humano em
detalhes, caixas de materiais orgânicos, cristais, herbários, microscópios e habitats.
- 10** Brinquedos e jogos de perguntas e respostas, encyclopédicos: relógios, blocos de
letras e números, jogos de alfabetização e brinquedos de tipo resposta mágica (ímã).
- 11** Brinquedos, jogos de observação e reflexão: lotos, dominós, jogos de memória e
- 12** solitários do tipo “resta um”.

-
- 13** Brinquedos didáticos: blocos lógicos, noções de frações, noções de quantidade, tamanho e forma.
 - 14** Brinquedos e jogos lógicos e matemáticos: jogos com pareamento lógico, sequências temporais e jogos com operações matemáticas.
 - 15** Jogos informáticos: jogos por computador, xadrez eletrônico, perguntas e respostas e brinquedos com línguas estrangeiras.

BRINQUEDOS QUE REPRODUZEM O MUNDO TÉCNICO

- 01** Walkie-talkies, telefones e meios de comunicação com funcionamento real.
- 02** Aparelhos audiovisuais com função real: rádios, toca-fitas, toca-discos, karaokês, tocador de mp3 e microfones.
- 03** Fogões e outros eletrodomésticos reduzidos com função imitando o real:
máquina de costura, ferro de passar, liquidificador e batedeira.
- 04** Veículos em miniatura e reprodução em escala: automóveis, motos e caminhões.
- 05** Veículos mecânicos e elétricos: carrinhos, caminhões, aviões e barcos movidos por fricção e a pilha.
- 06** Veículos com controle remoto (tele e rádio comandados): carrinhos, caminhões, aviões e barcos.
- 07** Guindastes e máquinas simples, mecânicos ou elétricos: caminhões basculantes e guinchos movidas à pilha, por fricção ou simples.
- 08** Pistas para carros, trens elétricos, acessórios: autoramas e circuitos sofisticados.
- 09** Veículos e máquinas simples: carros, caminhões, aviões e barcos de formas simples, leves, de plástico ou madeira.
- 10** Brinquedos e objetos transformáveis: brinquedos representando figuras cujas partes passam a representar outros objetos ao serem movimentadas.
- 11** Robôs.

BRINQUEDOS PARA O DESENVOLVIMENTO AFETIVO

- 01** Pelúcias com mais de 50 cm.
- 02** Bonecos, personagens imagináveis zoomorfos: bonecos que representam figuras de ficção, tipo Tartarugas Ninja, além de dragões com aparência humana.
- 03** Bonecas para vestir (não manequim): bonecas com cabelo, olhos móveis, braços e pernas articulados, que choram, fazem xixi, riem e falam.
- 04** Acessórios para bonecas: roupas, bijuterias, maquilagem e chapéus.
- 05** Carrinhos, berços e móveis para bonecas.
- 06** Louças e panelinhas.
- 07** Fogões e aparelhos domésticos no tamanho da criança.
- 08** Aparelhos audiovisuais de imitação e telefones: aparelhos imitando rádios, TVs, cassetes, telefones de plástico e relógios.

- 09** Miniaturas de figuras simples: animais, personagens de plástico de tamanho reduzido para brincar de zoológico e faroeste.
- 10** Personagens articulados e acessórios: heróis e bonecos com membros articulados e cabeça móvel para simular estórias de ficção e batalhas.
- 11** Veículos e objetos de simulação. Quadros de bordo: volantes imitando atividades de direção de carros, barcos e naves.
- 12** Cartelas com objetos de imitação de personagens de lenda e fantasia: espadas, capacetes, máscaras e fantasias no tamanho da criança.
- 13** Cartelas com objetos de imitação de atividades domésticas e de profissões: apetrechos para limpeza da casa, ferramentas de marceneiro, mecânico, instrumentos de médicos, enfermeiros, capacetes de polícia e revólveres.
- 14** Acessórios de beleza para a criança: materiais para maquilagem, bijuterias, sapatos de salto e bolsinhas.
- 15** Brinquedos de profissões: barracas de feira, loja e posto de correio, todos no tamanho da criança.
- 16** Cabanas, tendas, fortes e ranchos.
- 17** Cidades, fazendas, zoológicos e barcos que imitam a Arca de Noé: bloquinhos como móveis de uma cidade, casa e componentes de uma fazenda ou de um zoológico.
- 18** Edifícios públicos: brinquedos representando salas de aula, estação de trem, banco, correio e hospital.
- 19** Estacionamentos, postos e circuitos simples: bombas de gasolina, postos com carrinhos e detalhes, sinais de trânsito, circuitos para carrinhos e trenzinhos com funções simplificadas, em madeira ou plástico.
- 20** Tapetes de jogo: tapetes com circuitos, imitação de cidades, com ruas para brincar no chão, com universo de personagens e seus acessórios.
- 21** Casa de bonecas e acessórios: casas com compartimentos e cozinha, dormitório e sala de jantar.
- 22** Bonecas manequim e acessórios: articuladas com cabelo e atividades móveis, objetos pessoais e equipamentos esportivos.
- 23** Bonecas leves vestidas: plásticas ou de tecido, com olhos frios, cabelos no próprio plástico ou de lã, além de roupas simples.

BRINQUEDOS PARA ATIVIDADES CRIATIVAS

- 01** Mosaicos: peças geométricas ou pinos, em madeira ou plástico coloridos para formar figuras.
- 02** Carimbos para impressão, letras e máquinas de imprensa.
- 03** Adesivos e materiais de colagem: adesivos de papel e plásticos coloridos com ilustrações para formar cenas ou figuras, além de peças com ímãs para formar cenários.
- 04** Tapeçaria em tear, bordada com agulha, trabalhos de costura bordados e tecelagem.
- 05** Trabalhos de furar, enfiar, amarrar, traçar e recortar.
- 06** Gravuras e metal trabalhados em alto e baixo relevo.
- 07** Trabalhos em barro e cerâmica.
- 08** Dobraduras e origami.
- 09** Maquetes e modelos técnicos: aviões em madeira balsa e carros com peças para montar.

-
- 10** Pintura sobre tecido e a dedo: caixas com cenas para pintar com lápis de cor, aquarela e serigrafia.
 - 11** Jogos de desenho e quadros-negros: brinquedos com tela para desenhar e apagar, brinquedos para reproduzir (pantógrafo) e imitação de fotocópia.
 - 12** Modelagem manual e moldes: massa de modelar, peças em gesso para moldar e utensílios para trabalhar com massas de modelagem.
 - 13** Brinquedos musicais: pianos, violões, tambores e pandeiros.
 - 14** Música eletrônica: teclados eletrônicos, guitarras e baterias eletrônicas.
 - 15** Marionetes, fantoches e teatrinhos.

BRINQUEDOS PARA RELAÇÕES SOCIAIS

- 01** Jogos de carta para a família: jogos de cartas comuns, baralhos de famílias (quartetos) e mico-preto.
- 02** Jogos de sociedade para famílias: jogos para vários participantes, com regras pré-fixadas.
- 03** Jogos de sorte: dados e bingo.
- 04** Jogos de percurso: brinquedos com tabuleiro com percurso a ser completado por sorteio de dados.
- 05** Jogos de sociedade para crianças pequenas: para vários participantes, envolvendo grau simples de dificuldades.
- 06** Jogos de habilidade e destreza: jogos com peças para equilibrar, pegar rapidamente, jogos exigindo rapidez nos reflexos.
- 07** Jogos de habilidade e destreza eletrônicos, como videogames.
- 08** Jogos de estratégia e reflexão, como xadrez, damas, gamão, trilha e xadrez chinês.
- 09** Jogos de simulação e interpretação, em que são sugeridos, por exemplo, detalhes de uma determinada cidade e em que os participantes devem, analisando diversas situações, decidir onde construir um banco, uma farmácia, um cinema e um campo de futebol.
- 10** Jogos enciclopédicos: envolvem o conhecimento de temas variados.
- 11** Jogos de números e letras: palavras cruzadas, jogos de descoberta de palavras e número ocultos.
- 12** Jogos de mágica.
- 13** Coleções de jogo: caixas com jogos variados

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- ALTMAN, R.Z. – Guia dos Brinquedos e do Brincar. ABRINQ. São Paulo - Editora Globo, 1999.



