UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MATERNO-INFANTIL
MESTRADO ACADÊMICO

LILA ISABEL CÂMARA DE PAULA

PERCEPÇÃO DE MÃES DE CRIANÇAS ENTRE 0 A 3 ANOS DE VIDA SOBRE A ASSOCIAÇÃO ENTRE ESTIMULAÇÃO AMBIENTAL E O DESENVOLVIMENTO NORMAL ATENDIDAS NA UNIDADE DE SAÚDE ANTONIO CARLOS REIS, CIDADE OLÍMPICA - SÃO LUÍS/MARANHÃO

São Luís
2011

LILA ISABEL CÂMARA DE PAULA

PERCEPÇÃO DE MÃES DE CRIANÇAS ENTRE 0 A 3 ANOS DE VIDA SOBRE A ASSOCIAÇÃO ENTRE ESTIMULAÇÃO AMBIENTAL E O DESENVOLVIMENTO NORMAL ATENDIDAS NA UNIDADE DE SAÚDE ANTONIO CARLOS REIS, CIDADE OLÍMPICA - SÃO LUÍS/ MARANHÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do Titulo de Mestre em Saúde Materno-Infantil.

Orientadora: Profa. Doutora Luciane Maria Oliveira Brito.

São Luís
2011

Paula, Lila Isabel Câmara de

Percepção das mães de crianças entre 0 a 3 anos de vida sobre a associação entre estimulação ambiental e o desenvolvimento norma atendidas na unidade de saúde Antonio Carlos Reis, Cidade Olímpica-São Luís/Maranhão/Lila Isabel Câmara de Paula. - São Luís, 2011.

74f.

Orientadora: Profa. Dra. Luciane Maria Oliveira Brito.

Dissertação (Mestrado) – Mestrado em Saúde Materno-Infantil, Universidade Federal do Maranhão, 2011.

1. Família. 2. Ambiente familiar. 3. Desenvolvimento infantil. I. Título.

CDU 314.6

LILA ISABEL CAMARA DE PAULA

PERCEPÇÃO DE MÃES DE CRIANÇAS ENTRE 0 A 3 ANOS DE VIDA SOBRE A ASSOCIAÇÃO ENTRE ESTIMULAÇÃO AMBIENTAL E O DESENVOLVIMENTO NORMAL ATENDIDAS NA UNIDADE DE SAÚDE ANTONIO CARLOS REIS, CIDADE OLÍMPICA - SÃO LUÍS/ MARANHÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Maranhão, para obtenção do titulo de Mestre em Saúde Materno-Infantil.

A Banca Examinadora de mestrado apresentada em sessão pública considerou a candidata aprovada em _____ /_____ /_____.

_____

Prof[a]. Dr[a]. Luciane Maria Oliveira Brito (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

_____

Prof[a]. Dr[a]. Francisca Morais da Silveira
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

_____

Prof[a]. Dr[a]. Dorlene Maria Cardoso de Aquino
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

_____

Prof[a]. Dr[a]. Feliciana Santos Pinheiro
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

A Deus, pela minha existência, meu alicerce por tudo que sou.

Ao Meu Divido Espírito Santo, luz da minha vida.

Aos meus pais, Alfredo e Antonia (*in memorian*) por terem dito sim à minha vida, o que há de mais precioso, por me amarem incondicionalmente e, acima de tudo, por me fazerem ser quem eu sou. Amo vocês eternamente.

A meus filhos, Igor e Talita e minha neta Natascha, maiores tesouros da minha vida, frutos do meu amor maior, cujas presenças me encorajam e dão razão para minha existência.

Ao Thompson, companheiro de todas as horas, meu porto seguro, que sabe respeitar e compreender as diferenças. Amo você!

AGRADECIMENTOS

À Profa. Doutora Luciane Maria Oliveira Brito, minha orientadora, por seus conhecimentos e dedicação à ciência.

Aos professores do Mestrado em Saúde Materno-Infantil, pelos ensinamentos transmitidos.

Às Profas. Luciane de Maria Oliveira Brito e Maria Betânia da Costa Chein, pela batalha árdua na coordenação e manutenção da qualidade deste Mestrado.

À Profa. Flor de Maria Araújo Mendonça Silva, pelos ensinamentos, correções e sugestões e por tudo que não consigo descrever em palavras.

A Sra. Helena Ribeiro, funcionária do mestrado, pela paciência.

Às minhas sobrinhas Elizabeth Nunes e Jarina Hingride Rocha, pela contribuição durante a digitação desta dissertação.

Aos pais das crianças que participaram da pesquisa, e em especial ás próprias crianças pela disponibilidade, convivência e aprendizagem.

A Juliana Bezerra, pela amizade e carinho nestes anos de convívio, pela presença constante nos trabalhos e no estudo diuturno. Obrigada por dividir seu valioso conhecimento comigo. Amo você amiga!

Ao Dr. Antonio Guido C.C. Branco, pela colaboração na hora mais difícil.

As minhas irmãs Ceci Silva Castro e Maria Vitória Silva Sousa, pela amizade, união e solidariedade nos dada por Deus através de nossos pais. Obrigado por existirem em minha vida.

Aos amigos e colegas de turma do mestrado, pelos bons momentos vividos nesta etapa de nossas vidas.

“A persistência é o caminho do êxito”.

Charlie Chaplin

RESUMO

Abordagem sobre o ambiente familiar e sua estimulação para melhor desenvolvimento normal das crianças de 0 a 3 anos, considerando-se a estimulação do ambiente em que vivem condições mínimas para garantir o desenvolvimento sensório-motor, cognitivo, de linguagem e afetivo social, constituindo assim, pressupostos importantes para aprendizagem, além de possibilitar sua interação com o meio ambiente social, cultural, físico e sócio-moral. Objetivou-se avaliar a percepção das mães das referidas crianças sobre a associação da estimulação ambiental e o desenvolvimento normal das crianças atendidas na Unidade de Saúde Antonio Carlos Reis, Cidade Olímpica, São Luís, Maranhão, no período de outubro/2009 e março/2010, identificando-se o nível de entendimento dessas mães sobre a estimulação do ambiente e o desenvolvimento, bem como caracterizar o ambiente familiar, no qual se encontram inseridas. Realizou-se uma pesquisa qualitativa exploratória e descritiva, cuja população foi constituída por 15 mães. Os Prontuários Médicos da Unidade, a Entrevista Semi-estruturada, a Observação Participante foram os instrumentos de coleta de dados, além da visita realizada em domicílio e da análise qualitativa das falas, que serviram para organizar e formar as categorias que compuseram cada tema discutido. Dentre os resultados obtidos constatou-se que a maioria das mães tinha de 13 a 20 anos, com 1º grau incompleto, sem companheiro e com baixa renda salarial, dentre outros. De acordo com os objetivos propostos, pode organizar categorias de assuntos que foram discorridos, tais como: Reações das mães em relação à notícia da gestação; Avaliação das mães sobre como estimular o desenvolvimento do filho em seu domicílio; Maiores dificuldades maternas; Compreensão materna a respeito do ambiente familiar que vive e Percepção das mães em relação à necessidade de estimulação do ambiente em que vivem para melhor desenvolvimento normal do seu filho. Considera-se que a prática interdisciplinar e estudos interdisciplinares poderiam contribuir para melhorar os níveis de interação mãe/filho e mãe/profissional de saúde, com o aumento dos níveis de adesão e participação das mães nos estímulos dos seus filhos e, consequentemente, com significativa evolução do desenvolvimento neuropsicomotor e qualidade de vida das crianças.

Palavras - chave: Família. Ambiente familiar. Desenvolvimento infantil.

ABSTRACT

An approach to family environment and its stimulation for a better development of children between 0 and 3 years of age, considering the stimulation received from their household as minimum conditions to ensure sensorimotor, cognitive, language and social emotional development, thus creating assumptions which are important for learning, in addition to allowing their interaction with the social, cultural, physical and socio-moral environments. The objective of this study was to evaluate these children's mothers about the association between the environmental stimulation and the normal development of children attended at *Unidade de Saúde Antonio Carlos Reis*, a public health unit in Cidade Olímpica, São Luís, Maranhão, from October 2009 to March 2010, identifying mothers' understanding level about environmental stimulation and development, as well as characterizing the household in which the live. We have performed a qualitative exploratory and descriptive research, with a population consisting of 15 mothers. The Medical Records of the Unit, the Semi-Structured Interview, the Participant Observation were the instruments for data collection, besides the home visit and the qualitative analysis of the speeches, which served to organize and form categories comprising each topic discussed. Among the results, we have found that most mothers were between 13 and 20 years of age, incomplete elementary school, without a partner and with a low-income wage, among others. According to the proposed objectives, it was possible to organize the discussed topics in categories, such as: Reactions of mothers related to pregnancy; Mothers' evaluation about how to stimulate children's development at home; Major mothers' difficulties; Mothers' comprehension related to their household and Mothers' perception about necessity of stimulation of their environment for a better development of their children. We consider that interdisciplinary practice and interdisciplinary studies could contribute to improve the level of interactions mother/child and mother/health Professional, with increasing adhesion levels and mothers' participation in stimulating their children, and consequently, with a significant evolution in the psychomotor and neurological development, and children's quality of life.

Key words: Family. Familiar environment. Child development.

SUMÁRIO

		p.
1	**INTRODUÇÃO**	11
2	**FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**	15
2.1	**A Família**	15
2.2	**A Família no contexto do desenvolvimento infantil**	16
3	**AMBIENTE FAMILIAR E DESENVOLVIMENTO INFANTIL**	20
3.1	**Ambiente familiar**	24
3.2	**Ambiente físico**	25
3.3	**Ambiente social/sócio-moral**	25
3.4	**Ambiente cultural**	26
4	**OBJETIVOS**	32
4.1	**Geral**	32
4.2	**Específicos**	32
5	**METODOLOGIA**	33
6	**RESULTADOS E DISCUSSÃO**	38
7	**CONSIDERAÇÕES FINAIS**	62
	REFERÊNCIAS	64
	APÊNDICES	69
	ANEXO	73

1 INTRODUÇÃO

A saúde é um direito humano fundamental, inscrito na Constituição Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988). Deve ser compreendida como resultado do processo e das relações sociais que garantem maior ou menor qualidade de vida para uma população. Não pode, portanto, ser encarada como ausência de doenças. Nesta pesquisa, a qualidade de vida é considerada como condição de existência dos homens no seu viver cotidiano, representado por um conjunto integrado de acesso a recursos sociais e de atendimento às necessidades pessoais e comunitárias.

Etimologicamente, saúde procede do latim *sanitas*, referindo-se à integridade anatomofuncional dos organismos vivos (sanidade). Destas significações, algumas se destacam: sanidade, ausência de enfermidade em um ser vivo (FERREIRA, 2005). A Constituição Federal do Brasil, nos Art. 196 e 198, define saúde como "um direito de todos e um dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação" (BRASIL, 1988).

A Organização Mundial da Saúde de acordo com a Carta de Ottawa define saúde como: "o estado de completo bem-estar físico, mental e social e não simplesmente a ausência de doenças ou enfermidade" (OMS, 2009). O que este conceito mostra é que saúde não significa ausência de doenças, pois, ao desvincular-se a saúde da doença têm-se grandes mudanças conceituais, visto que a saúde não se limita apenas ao corpo. Inclui também, a mente, as emoções, as relações sociais, a coletividade e existe a necessidade do envolvimento de outros setores sociais e da própria economia para que as pessoas possam de fato ter saúde. A saúde de todos, alem de ter um caráter individual, também envolve ações das estruturas sociais, incluindo, necessariamente as políticas publicas.

A Organização Mundial de Saúde foi ainda a primeira organização internacional de saúde a se considerar responsável pela saúde mental, e não apenas pela saúde do corpo (OMS, 2009). A definição de saúde traz implicações legais, sociais e econômicas dos estados de saúde e doença e, a percepção de saúde varia muito entre as diferentes culturas, assim como as crenças, sobre o que traz ou retira a saúde. Para Caixeta (2005**)** "a saúde é entendida como ausência de doença e a organização dos serviços é medicamente definida e tem como objetivos colocar à disposição da população serviços preventivos e curativo-reabilitadores acessivos". No entanto, as limitações dessa concepção, seja na sua capacidade explicativa,

seja na sua utilidade pratica no desenvolvimento de ações integrativas à saúde, vão se evidenciando na medida em que as doenças transmissíveis perdem importância relativa, a expectativa de vida aumenta e que as doenças crônicas e as causas externas vão ganhando força.

De acordo com Caixeta (2005) uma das dificuldades em saúde "é a definição do que é normal e que traz como conseqüência a identificação do patológico". Essa dificuldade se da em função do fato de ser cada vez mais tênue o limite entre o estado de saúde e o de doença. A Carta de Ottawa diz que "a saúde dever ser vista como recurso para a vida e não como objetivos de viver" (OMS, 2009). Portanto, para se atingir um completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.

A gama de interações e relações desenvolvidas entre os membros familiares mostra que o desenvolvimento do indivíduo não pode ser isolado do desenvolvimento da família (DESSEN; LEWIS, 1998). A família constitui um grupo com dinâmicas de relações muito diversificadas, cujo funcionamento muda em decorrência de qualquer alteração que venha a ocorrer em um de seus membros ou no grupo como um todo.

Para Kreppner (1992), a rede de relações da família possui características específicas de unidade e complexidade, constituindo um contexto em desenvolvimento. Segundo este autor, a complexidade das relações familiares pode, também, ser entendida por meio da perspectiva da família como um ambiente não compartilhado, onde as relações desenvolvidas entre seus membros geram experiências diferenciadas para cada um.

As famílias restabelecem o seu equilíbrio de maneira variada, dependendo dos recursos psicológicos utilizados para tal fim (GALLIMORE et al., 1996). De acordo com estes autores, em todas as idades, a adaptação da família está relacionada às características da criança, as quais exercem um impacto direto na rotina diária dos membros familiares. A família constitui o primeiro universo de relações sociais da criança, podendo proporcionar-lhe um ambiente de crescimento e desenvolvimento.

A participação da família é decisiva para o êxito do processo de desenvolvimento. Os genitores e sua criança têm acesso ao ambiente, sobretudo, através das crenças e das normas construídas pela cultura, as quais medeiam a relação entre eles. Existem diferentes culturas e cada qual se caracteriza por seu código de valores e crenças especificas. O modo como a criança pensa e usa uma habilidade intelectual depende dos modelos culturais de competência, enquanto o que ela sente e como atua em direção às pessoas com as quais possui vínculo

depende dos modelos culturais de relações interpessoais (LE VINE, 1989). Nesse sentido, as crianças estão inseridas nesse processo de transmissão cultural, encontrando-se em continua interação com o meio social.

O ambiente em que se vive muito mais do que um meio meramente físico, possui características específicas relativas a historia de vida de cada um de nós. Criamos um vinculo pessoal e duradouro com as pessoas e objetos que nos cercam. Eles passam a fazer parte de certa forma, de nós mesmos, de nossa memória, de nosso eu. Com eles, criamos e fortalecemos laços que nos afirmam e definem, fazendo-nos sentir a segurança e a profunda satisfação de pertencer realmente a um grupo.

Segundo Silva; Dessen (2001), o papel que o ambiente representa no desenvolvimento infantil varia muito, dependendo da idade da criança não significando assim, somente aumento de peso e altura, mas também a modificação de certas estruturas que se adaptam de acordo com os processos de maturação determinados pelo seu código genético e com as experiências vivenciadas segundo as possibilidades, exigências e limites de seu ambiente. Portanto, a prática e a oportunidade para interações eficazes com o meio ambiente são de extrema importância não somente para o desenvolvimento físico, mas também para o desenvolvimento cognitivo e emocional de qualquer criança (SHEPHERD, 2002).

O ambiente é mutável e dinâmico, não devendo ser encarado como uma entidade estática e periférica em relação ao desenvolvimento humano (VIGOTSKY, 1994). Na concepção desse autor, o ambiente já possui uma forma apropriada, a qual deve estar em relação com a forma rudimentar da criança, para que o desenvolvimento possa ocorrer sem falhas. Se uma forma ideal apropriada não é encontrada no ambiente, se não há uma interação da criança com esta forma, então, surge a possibilidade de um fracasso em algum aspecto do desenvolvimento infantil.

A diversidade cultural propicia a construção de diferentes modos de criação e educação de crianças. Porém, os genitores possuem, também, objetivos universais em relação aos filhos, que independem da cultura em que estão inseridos, tais como a saúde da criança, a sobrevivência física e sua satisfação social e auto-realização (SINHA, 1995).

O conhecimento do desenvolvimento infantil tem um papel central no sistema de crenças parentais, e, conseqüentemente, tem influência significativa na interação entre pais e filhos. Entre outros aspectos, esse conhecimento engloba crenças acerca dos períodos mais prováveis para aquisição de habilidades motoras, perceptuais e cognitivas durante o desenvolvimento infantil; crenças acerca de que fatores podem influenciar o desenvolvimento

das crianças; crenças acerca de que tipos de cuidados de higiene e segurança são importantes para a saúde das crianças (SINHA, 1995).

A estimulação ambiental constitui condição mínima para garantir o desenvolvimento global normal da criança, pois esta modifica o ritmo e a extensão do processo evolutivo infantil, acelerando-o. Neste sentido, a aprendizagem é resultante da estimulação do ambiente sobre a criança, a qual se expressa diante de uma situação-problema, sob a forma de uma mudança de comportamento em função da experiência. A estimulação ambiental, portanto refere-se à experiência que a criança vivencia nos seus primeiros anos de vida, com o objetivo de promover o seu desenvolvimento sensório-motor, cognitivo, de linguagem e afetivo social, constituindo assim, pressupostos importantes para a aprendizagem.(SINHÁ,1995)

De acordo com Evangelista (2002), a permanência da criança de 0 a 3 anos em ambiente desprivilegiado (orfanatos, creches etc.), com carência de estimulação ambiental (pessoas, brinquedos, espaço físico, dentre outros) pode provocar, atrasos no seu desenvolvimento global normal e futuramente determinar deficiência mental. A inadequação ou carência de estímulos, nos primeiros anos de vida, provoca diminuição duradoura no ritmo do desenvolvimento mental, cuja evidência em mais de 50% dos casos de deficiência mental poderiam ser evitados caso fossem adotadas condutas preventivas de intervenção de estímulos ambientais.

À medida que esta se desenvolve, seu ambiente também muda e, conseqüentemente, a sua forma de relação com este meio se altera. Assim, para o recém-nascido, o mundo que relaciona imediatamente com ele é um mundo limitado e ligado aos fenômenos conectados ao seu corpo e aos objetos que o rodeiam. Depois, gradualmente, este mundo começa a se ampliar, embora ainda se trate de um mundo restrito que inclui a sala, o quintal próximo e a rua onde ele vive. Quando o bebê começa a andar, seu ambiente expande e novos relacionamentos são formados entre a criança e as pessoas que a circundam (VIGOTSKY, 1994).

Constatando-se a carência de estudos brasileiros sobre o tema, este trabalho visa preencher parcialmente essa lacuna. Neste sentido, enfoca a necessidade de realizar um levantamento sobre a percepção de mães de crianças nos três primeiros anos de vida, sobre a associação entre estimulação ambiental e desenvolvimento normal atendidas na Unidade de Saúde Antonio Carlos Reis, analisando-se aspectos gerais que envolvem a família como participante do desenvolvimento infantil, bem como o ambiente familiar como fator de estimulação no desenvolvimento neuro-psicomotor adquirido.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A Família

Em uma concepção genérica e sintética, a família é a unidade básica da interação social, sendo sua essência representada na relação pais-filhos, em decorrência do seu objetivo de gerar e criar filhos. A família torna-se, assim, tanto no homem como em outras categorias zoológicas, o modelo natural para assegurar a sobrevivência biológica da espécie; a par desta função básica, propicia simultaneamente a matriz para o desenvolvimento psíquico dos descendentes e a aprendizagem da interação social (OSÓRIO 1966).

O primeiro significado de bem-estar pode ser a noção subjetiva de sentir-se bem, não ter queixas, não apresentar sofrimento somático ou psíquico, nem ter consciência de qualquer lesão estrutural ou de prejuízo do desempenho pessoal ou social (inclusive familiar e laboral). Bem-estar, também significa condição de satisfação da necessidade (conscientes ou inconscientes, naturais ou psicossociais). Nos seres humanos, implica satisfação das necessidades biológicas, o bem-estar mental e das necessidades sociais, o bem-estar social, como explicita a OMS (2009). Para Vasconcelos (1997) é na família que "acontecem e se administram os cuidados básicos com o corpo, sendo ela fundamental na formação e preservação biológica dos indivíduos".

Segundo Brant (2005), constitui-se expectativas familiares "produzir cuidados, proteção, aprendizado de afetos, construção de identidades e vínculos relacionais de pertencimento, capazes de promover melhor qualidade de vida a seus membros e efetiva inclusão social na comunidade e sociedade em que vivem". O fato de que essas expectativas sejam possibilidades e não garantias fazem com que a família, segundo determinados contextos, possa vir a ser fortalecedora ou esfaceladora de suas possibilidades e potencialidades. Para o autor, existe uma influência dos pais na determinação do comportamento dos filhos, e a conduta desses igualmente modifica e condiciona a atitude de seus pais. Para Spitz (1988) a função psicossocial da família está intimamente relacionada ao afeto, sendo indispensável para a sobrevivência do ser humano.

De acordo com Osório (1996) "sem afeto a descendência não é capaz de desabrochar, permanecendo o individuo fechado em uma espécie de concha, caracterizando um estado de enquistamento emocional". Fundamental e primariamente, a função psíquica da família é a de prover o alimento afetivo. Esse alimento é indispensável para a manutenção da homeostasia

psíquica dos demais componentes da família e não apenas dos bebês razão pela qual deverão seus membros dele prover-se reciprocamente, através de mecanismos de interação afetiva

A participação da família é decisiva para o êxito do processo de desenvolvimento bem como para o processo terapêutico quando em deficiências. Entretanto, de acordo com Bronfenbrenner (1996), deve-se considerar que em cada família, existem subculturas ou identidades próprias com diferentes crenças, conceitos e formas de relação.

O mundo familiar mostra-se numa vibrante variedade de formas de organização, com crenças, valores e práticas desenvolvidas na busca de soluções e vicissitudes que a vida vai trazendo. Desconsiderar isto é ter vã pretensão de colocar essa multiplicidade de manifestações sobre a camisa de força de uma única forma de emocionar, interpretar, comunicar. Acredita-se que o mundo familiar será fundamental para a estimulação ambiental favorecendo um desenvolvimento normal nesta faixa etária orientando precocemente para o seu êxito, facilitando tratamento precoce de crianças com deficiência e de sua inserção no núcleo familiar e na sociedade. A família tem papel fundamental nesse desenvolvimento, fornecendo os primeiros relacionamentos da vida do bebê, onde ocorrem as primeiras trocas de sensações, emoções e linguagem, desde os primeiros momentos de vida.

2.2 A Família no contexto do desenvolvimento infantil

A família constitui o primeiro universo de relações sociais da criança, podendo proporcionar-lhe um ambiente de crescimento e desenvolvimento. O nascimento de uma criança é tido como um acontecimento excepcional na vida dos pais e familiares, diante as expectativas construídas durante todo o período de gestação. Neste momento, os pais muitas vezes concretizam um dos seus sonhos como parceiros, trazendo as idealizações quanto ao desenvolvimento e futuro do filho. É neste meio que a criança tem o seu primeiro contato social.

Durante o seu crescimento, principalmente nos primeiros anos de vida, a família assume um papel essencial na formação do sujeito, tanto no aspecto físico com cuidados especiais que auxiliam a sobrevivência e a manutenção da saúde, quanto ao desenvolvimento psíquico dela, oferecendo grande quantidade de estímulos e informações necessárias à socialização e suas próximas vinculações. A família como o primeiro grupo de contato, tem a responsabilidade de treinar e facilitar este processo, associando às noções de crescimento,

mudanças e adaptação dos entes, ajudando assim, a desenvolver e integrá-los a uma rede social mais ampla a qual fazem parte. Observa-se que é neste ambiente familiar que primeiramente o homem é exposto a um ambiente afetivo-emocional a uma rede familiar construtora de identidade e relações fraternais que influenciará no potencial espontâneo criativo da criança, acompanhando-o desde o nascimento, como também na construção de novos vínculos, no seu desenvolvimento (DESSEN; COSTA JUNIOR, 2005).

A influência da família no desenvolvimento de suas crianças se dá, primordialmente, através das relações estabelecidas por meio de uma via fundamental: a comunicação, tanto verbal como não verbal. Afirmam Dessen; Costa Junior (2005) que a família representa, talvez, a forma de relação mais complexa e de ação mais profunda sobre a personalidade humana, dada a enorme carga emocional das relações entre seus membros. A gama de interações e relações desenvolvidas entre os membros familiares mostra que o desenvolvimento do indivíduo não pode ser isolado do desenvolvimento da família. A família constitui um grupo com dinâmicas de relações muito diversificadas, cujo funcionamento muda em decorrência de qualquer alteração que venha a ocorrer em um de seus membros ou no grupo como um todo (DESSEN; LEWIS, 1998).

Para Kreppner (1992), a rede de relações da família possui características específicas de unidade e complexidade, constituindo um contexto em desenvolvimento. Segundo este autor, a complexidade das relações familiares pode, também, ser entendida por meio da perspectiva da família como um ambiente não compartilhado, onde as relações desenvolvidas entre seus membros geram experiências diferenciadas para cada um. Portanto, cada membro da família vivencia, de maneira particular, a chegada de uma criança.

Historicamente, a mudança no papel social da mulher, que aumenta suas atividades e trabalho fora de casa, pode privar a criança dos cuidados maternos, importantes no primeiro ano de vida. As mães adolescentes, quase crianças, seriam incapazes de cuidar de seus filhos, resultando em um círculo vicioso que poderia se perpetuar por várias gerações (BOWLBY 2006).

As transformações sociais, que incorporaram a mulher cada vez mais ao mercado de trabalho, dificultam o padrão de interação mãe/filho, importante para a saúde mental da criança. As privações cultural, financeira, educacional e afetiva podem resultar em déficits no desenvolvimento intelectual e emocional da criança (SPITZ, 1979). Admite-se, portanto, que o padrão de crescimento e desenvolvimento resulte de interação multifatorial e a idade materna pode não estar sendo a responsável pelo seu comprometimento (WINNICOTT,

2000). De acordo com Dessen; Lewis (1998) a família é considerada “a entidade social básica e ter uma família bem estruturada constitui fator de proteção para o desenvolvimento e o crescimento da criança”. Muitas mães adolescentes continuam morando com seus pais após o parto e contam com a ajuda de seus familiares.

Segundo Osório (1996), a reorganização familiar fica mais fácil quando há apoio mútuo entre o casal. Nesse caso, o ambiente familiar pode contribuir para o desenvolvimento crescimento da criança. Contudo, o ambiente pode também dificultar essa reorganização interna da família, principalmente porque o nascimento de uma criança, por si só, já acarreta alterações que constituem um desafio para todos os membros familiares (KREPPNER, 1989, 1992; DESSEN; LEWIS, 1998). As famílias restabelecem o seu equilíbrio de maneira variada, dependendo dos recursos psicológicos utilizados para tal fim (GALLIMORE et al., 1996). De acordo com estes autores, em todas as idades, a adaptação da família está relacionada às características da criança, as quais exercem um impacto direto na rotina diária dos membros familiares.

A família caracteriza-se por um sistema em mudança, o qual vai se modificando porque vai adaptando-se à realidade e ao tempo. A família é um todo, uma globalidade, em que o todo é mais do que a soma das suas partes. A família é um sistema que integra subsistemas (individual, parental, conjugal e fraternal), mas também esta inserida em sistemas, mas vastos (comunidade, sociedade). O seu grau de abertura é variável conforme a sua organização, pois a família possui um dinamismo próprio e uma capacidade auto-organizativa que lhe confere individualidade e autonomia. Sendo a família concebida como um sistema, à semelhança de um organismo vivo, esta passa por um processo de desenvolvimento, o qual engloba a diferenciação estrutural (mudanças na organização relacional) e a co-evolução (transformações relacionadas com a interação e a comunicação) (GALLIMORE et al., 1996).

O ciclo vital da família é uma sequência previsível das transformações na organização familiar, ou seja, é a evolução histórica da família, a qual implica as mudanças que ocorrem e tem a ver com o desenvolvimento dos indivíduos na família. Desempenha dois tipos de funções durante o seu ciclo vital: função interna (desenvolvimento e proteção dos seus membros) e função externa (socialização, adequação e transmissão de determinada cultura). Ao mesmo tempo, tem também que resolver com sucesso duas tarefas básicas: a criação de um sentimento de pertença ao grupo e a individualização/autonomização dos seus membros.

Toda e qualquer família está sujeita a mudanças e passa necessariamente por várias crises. As famílias diferenciam-se na forma como são capazes de elaborar isto é de encontrar vias que lhe permitam a reestruturação e que as faz avançar enquanto família. Diferenciam-se na flexibilidade, na possibilidade de reencontrarem um equilíbrio dinâmico. As famílias capazes de criarem essa flexibilidade de evoluir através das crises para outro nível mais complexo, permitem a mudança sem perturbar a evolução estável dessa mesma família (GALLIMORE et al., 1996).

As famílias que não conseguem ser flexíveis ou rigidificam o sistema em fase de transição entram num espaço de caos transacional, não encontrando caminho para a evolução, entrando em disfunção podem cristalizar-se na patologia de um ou mais elementos. A história da família será, pois a história da sucessiva progressão dos seus momentos de crise e períodos de transição bem como da evolução ou dificuldades que a sua elaboração comporta no chamado ciclo vital e no entrecruzar das gerações (GALLIMORE et al., 1996).

A família desempenha ainda o papel de mediadora entre a criança e a sociedade, possibilitando a sua socialização, elemento essencial para o desenvolvimento cognitivo infantil. Sendo um sistema aberto que se desenvolve na troca de relações com outros sistemas, tem sofrido transformações, as quais refletem mudanças mais gerais da sociedade. Dessa maneira, surgem novos arranjos, diferentes da família nuclear anteriormente dominante, constituída pelo casal e filhos. Qualquer que seja a sua estrutura, a família mantém-se como meio relacional básico para as relações da criança com o mundo (GALLIMORE et al., 1996).

Vários autores afirmam que a escolaridade materna tem impacto sobre o desenvolvimento cognitivo de crianças por meio de fatores como organização do ambiente, expectativas e praticas parentais, experiências como materiais para estimulação cognitiva e variação da estimulação diária. Um estudo brasileiro com populações urbanas de baixa renda identificou níveis psicossociais de risco ao desenvolvimento das crianças no ambiente familiar. Considerou como ambientes potencialmente danosos àqueles que incluem baixos níveis interativos e de desenvolvimento sócio emocional entre adultos e crianças, presença de controle punitivo e restritivo, e níveis mínimos de organização familiar (BOWLBY, 2002).

3 AMBIENTE FAMILIAR E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Não se pode pensar e discutir sobre o ambiente sem antes definir o que vem significar a palavra ambiente. A partir dessa contextualização é que se torna possível compreender a relação deste com aprendizagem e o desenvolvimento infantil, bem como diagnosticar a influência dos fatores ambientais nesse processo. Nessa perspectiva, conceitua-se "Ambiente", segundo Ferreira (2005) como sendo "uma palavra de origem latina, que significa aquilo que cerca ou envolve os seres vivos ou as coisas por todos os lados". Por sua vez, Dessen; Lewis (1998) define como um "conjunto de condições materiais e morais que envolve algum ser vivo".

Destaca-se o ambiente e os fatores decorrentes dele como favoráveis interventores e possibilitadores ao desenvolvimento infantil. Mas do que base física, o ambiente é um agente continuamente presente na vivencia humana. De fato, grande parte do comportamento do individuo evolve a interação com o espaço e no espaço, desde atividades simples como alimentar-se e vestir-se, até atividades complexas, como definir um percurso na rua. Tudo isso é aprendizagem, é desenvolvimento.

Diante disso, percebe-se a grande importância do ambiente para o desenvolvimento infantil, pois é nele que a criança estabelece a relação com o mundo e com as pessoas e é ele que vai garantir a sua formação e a sua qualidade de vida social, moral, psicológica e cultural. Nesse viés, o papel do ambiente no desenvolvimento infantil é uma questão fundamental para o desenvolvimento humano.

O ambiente possui as fontes necessárias para o desenvolvimento da criança, bem como apresenta traços humanos específicos que são característicos do desenvolvimento social. Possui uma forma apropriada, a qual deve estar em relação com a criança, para que o desenvolvimento possa ocorrer sem falhas. Se o ambiente não é adequado, se não há uma interação da criança com este, então, surge a possibilidade de fracasso em algum aspecto do desenvolvimento infantil.

O papel que o ambiente representa no desenvolvimento infantil varia muito, dependendo da idade da criança. À medida que esta se desenvolve, seu ambiente também muda e, consequentemente, a sua forma de relação com ele também se altera. Para o bebê, por exemplo, o mundo que imediatamente se relaciona é um mundo limitado e ligado aos fenômenos conectados ao seu corpo e aos objetos que o rodeiam. Depois, com o passar dos meses, este mundo começa a se ampliar, embora ainda restrito ao lugar que ele vive. Quando

o bebê começa a andar, seu ambiente expande e novos relacionamentos são formados entre a criança e as pessoas que estão à sua volta. Nesse momento, o individuo começa a descobrir outros ambientes que estão em sua volta (social cultural [...]). Explicam Zamberlan; Biassoli-Alves (1996) as relações da criança com o espaço, destacando que o ambiente varia de acordo com as relações construídas pelas pessoas que nele estão:

> É no espaço físico que a criança consegue estabelecer relações entre o mundo e as pessoas, transformando-o em um pano de fundo no qual se inserem emoções [...] nessa dimensão o espaço é entendido como algo conjugado ao ambiente e vice-versa. Todavia é importante esclarecer que essa relação não se constitui de forma linear. Assim sendo, em um mesmo espaço podemos ter ambientes diferentes, pois a semelhança entre eles não significa que sejam iguais.

Para Piaget (2001) a criança precisa ser criada livremente, ou seja, deve-se respeitar a liberdade e a natureza da criança, educando a em um ambiente livre e natural. Quando criada livremente, terá mais facilidade para falar e aprender (por si mesmas elas aprendem). Segundo o Referencial Curricular Nacional da Educação Infantil do Ministério da Educação e Cultura, as crianças constroem o conhecimento a partir das interações que estabelecem com as outras pessoas e com o meio em que vivem. O conhecimento não se constitui em copia da realidade, mas sim, fruto de um intenso trabalho de criação, significação e ressignificação (BRASIL, 1998).

De acordo com Piaget (1990) o ambiente tem um caráter especial, pois é criado e preparado para oferecer as melhores condições que propiciem o desenvolvimento das crianças, bem como sua integração social. O ambiente deve possibilitar interações entre individuo/meio/indivíduo. Nesse sentido a aprendizagem se dá pela interação com o outro. O sujeito não é ativo nem passivo, mas interativo.

Para Piaget (2001), não é o educador que educa, mas sim o ambiente, por isso é necessário que o ambiente seja acolhedor, propício e favorável ao aprendizado e desenvolvimento da criança. O ambiente deve possibilitar o resgate da cultura do povo, do qual a criança é elemento ativo, do seu meio, das suas necessidades e dos seus interesses. Discorrem Piaget (2001); Vigotsky (1994) sobre a questão do ambiente social para aprendizagem, porém os dois divergem nas opiniões.

Na concepção de Piaget (2001), embora reconheça a presença de fatores externos, fatores sociais nos processos cognitivos, ainda está longe se reconhecer sua importância na determinação das operações intelectuais. Segundo ele: “o desenvolvimento resulta de combinações entre aquilo que o organismo traz e as circunstancias oferecidas pelo meio [...] e

que os esquemas de aceitação vão se modificando progressivamente, considerando os estágios de desenvolvimento". Todo ser humano carrega desde sua concepção conhecimentos e através da interação com o meio vai desenvolvimento estes conhecimentos. O referido autor ressalta apenas a interação individuo/meio, sem considerar as interações entre as crianças e suas diferentes culturas.

Por outro lado, Vigotsky (1994) com seus pressupostos sócio - interacionistas, aponta uma direção oposta. Enfatiza a troca de conhecimentos que ocorrem através das interações entre indivíduo/meio/indivíduo. No seu entendimento "o ser humano cresce num ambiente social e a interação com outras pessoas é essencial ao seu desenvolvimento". Nesse sentido, a aprendizagem se dá pela interação com o outro. O sujeito não é ativo, nem passivo, mas interativo. Diante destas ideias, dar maior atenção às características sócio-fisicas-culturais dos ambientes e às relações entre estes e a criança, garantindo a ela oportunidades de contato com espaços variados, tanto construídos, pelo homem quanto naturais, é uma maneira de proporcionar à infância condições plenas de desenvolvimento.

O desenvolvimento infantil se define como o desenvolvimento da capacidade progressiva do ser humano em realizar funções cada vez mais complexas. Este processo é o resultado da interação entre os fatores biológicos, próprios da espécie, do indivíduo dos fatores culturais, próprios do meio social onde esse indivíduo encontra-se inserido. Assim, a aquisição de novas habilidades está diretamente relacionada não apenas à faixa etária da criança, mas também às interações vividas com os outros seres humanos do seu grupo social.

Durante os primeiros anos de vida, a criança é extremamente frágil, sua sobrevivência depende dos cuidados recebidos de sua mãe ou substituta. Essas primeiras experiências são fundamentais para que a criança construa gradualmente uma imagem coerente de seu mundo. Através da reciprocidade estabelecida nessa relação, a criança torna-se capaz de transformar estímulos sem significado em signos significativos. Por outro lado, desde os primeiros momentos de vida, o recém-nascido comporta-se como um agente ativo, capaz de influenciar os cuidados e as relações das quais participa. Assim, o processo de desenvolvimento ocorre dentro de relações bi-direcionais onde a criança influencia e é influenciada por aqueles que a circundam.

Conceituar o que vem a ser desenvolvimento infantil não é tão simples, variando com o referencial teórico que se queira adotar e os aspectos que se queira abordar. Para o pediatra, tem-se a definição clássica de Marcondes et al (1991), que diz "desenvolvimento é o aumento da capacidade do individuo na realização de funções cada vez mais complexas", enquanto que

o neuropediatra certamente pensará na maturação do sistema nervoso central. Da mesma forma, o psicólogo, dependendo da formação e experiência, estará pensando nos aspectos cognitivos, na inteligência, adaptação, inter-relação com o meio ambiente e o psicanalista, dará mais ênfase às relações com os outros e à constituição do psiquismo.

Para Miranda; Resegue; Figueiras (2003), o desenvolvimento infantil, em um conceito mais amplo, é um processo que se inicia desde a vida intra-uterina, envolvendo aspectos neurológicos, comportamentais, sociais, afetivos e cognitivos. Segundo Tecklin (2002), ao nascer, o bebê é completamente dependente, mas no primeiro ano de vida a criança adquire um impressionante grau de independência motora, passando de um estágio de impotência para um estágio de competência em atividades motoras amplas, como sentar, engatinhar e levantar-se e, em habilidades motoras finas, que incluem a exploração e manipulação de vários tipos de objetos.

Afirmam Mannoni (1986); Sptiz (1988); Eckert (1993); Wanderley (1997); Burns; Mc Donald (1999) que a influência do meio ambiente físico, social e psíquico sobre o desenvolvimento da criança tem importância crítica. Admite-se, geralmente, que o desenvolvimento emocional da criança seja prejudicado pela falta de carinho e afeto por parte dos pais. Mas, o desenvolvimento físico pode também sofrer atrasos ou deformações em consequência de um inadequado ambiente psíquico, assim como o desenvolvimento cognitivo, o psíquico e o social podem ter danos decorrentes de inadequada estimulação motora.

Segundo Vigotsky (1994), há uma multiplicidade de caminhos de desenvolvimento passiveis de serem construídos, e o cérebro não é um sistema de funções fixas imutáveis, mas um sistema aberto, de grande plasticidade, em constante transformação, com sua estrutura e fisiologia, moldadas ao longo da espécie e do desenvolvimento individual. Esses conceitos têm sido cada vez mais, demonstrados pelas ciências, mudando as perspectivas de vida das crianças.

Para Piaget (2001), o desenvolvimento é definido como mudanças nas estruturas físicas e neurológicas, cognitivas e comportamentais, que emergem de maneira ordenada e são relativamente duradouras. Seu estudo consiste em detectar como e porque o organismo humano cresce e muda durante a vida, tendo como um dos objetivos compreender as mudanças, que parecem ser universais, mudanças que ocorrem em todas as crianças, não importando a cultura em que cresçam ou as experiências que tenham. Um segundo objetivo é explicar as diferenças individuais. O terceiro objetivo é compreender como o comportamento

das crianças é influenciado pelo contexto ou situação ambiental. Esses três aspectos – padrões universais, diferenças individuais e influências contextuais – são necessários para se entender claramente o desenvolvimento da criança.

Concebe-se, portanto, a importância do ambiente na vida do homem, e por sua vez, no desenvolvimento da criança, visto que ela convive em diversos ambientes. Espaços estes, que variam de acordo com a classe social, nível de instrução e também com os tipos de relações existentes entre as pessoas desse grupo. Nessa perspectiva, podem-se classificar os ambientes em que uma criança vive através das relações existentes entre os vários sistemas que influenciam a sua vida:

3.1 Ambiente familiar

Dessen; Lewis (1998) diz que a família é considerada a entidade social básica e, ter uma família estruturada, constitui fator de proteção para o desenvolvimento e crescimento da criança. Historicamente, a família tem sido considerada o ambiente ideal para o desenvolvimento e a educação de crianças pequenas. A aprendizagem se inicia no lar, com atividades básicas, nas quais a família ensina o respeito, o amor e a solidariedade, o que é básico para a convivência humana e social.

No entanto, é preciso lembrar que atualmente existem diversas formas de arranjo familiar, muito além daquela imagem que se tem da família nuclear (pai, mãe, filho, irmãos) e bem diferente da imagem que ainda se mantém como o ambiente correto para o bom desenvolvimento infantil: uma família onde o pai trabalha para prover os recursos necessários à sobrevivência física e a mãe é a grande responsável pelos cuidados da casa, dos filhos e da educação dos mesmos.

Grande parte das crianças brasileiras é de certa forma, carentes de “família”. Isso porque vivem em famílias totalmente diferentes da idealizada. Convivem com separações de pais, uniões informais, muitas vezes vivem com os avós ou com os tios, etc. Outras crianças vivem com os pais, porém são carentes de atenção e afeto, onde esta necessidade é suprida com “presentes”, que por sua vez, não substituem a relação afetiva entre pais e filhos. Além disso, a cultura da violência está presente em muitas famílias (agressões, ameaças, espancamentos), assim como os abusos sexuais, o abandono por parte dos pais, a falta de tempo que os pais têm para ficarem junto com os filhos. Todos esses fatores que dizem respeito ao ambiente familiar, além de arranharem a imagem da família podem interferir no

desenvolvimento dessa criança. O ambiente familiar desestruturado é um fator ambiental que influencia muito no desenvolvimento infantil. A imagem de uma família nuclear, vivendo em harmonia não pode ser desprezada, mas não deve ser vista como única e presente na sociedade atual (DESSEN; LEWIS, 1998).

3.2 Ambiente físico

Para Vigotsky (1994) o ambiente físico caracteriza se pelo conjunto de qualidades exteriores e materiais do homem, abrangendo desta maneira todos os espaços em que o indivíduo vive. Existem diferentes tipos de ambientes físicos, determinados pela distinção socioeconômica e cultural existente.

Considerando os ambientes físicos em que uma criança possa interagir, destacam-se o lar/a casa e a escola. Sem dúvida alguma, o ambiente físico da escola tem grande importância no desenvolvimento infantil, mas neste momento dar-se-á ênfase no espaço físico onde a criança vive com a família, ou seja, o lar, a casa.

O ambiente físico onde a criança vive, assim como o familiar abordado anteriormente, exerce grande influência sobre seu desenvolvimento, isso se observa especialmente nas realidades mais precárias. Nas regiões periféricas, os espaços físicos são precários e pouco favoráveis ao bom crescimento das crianças.

3.3 Ambiente social/sócio-moral

O ambiente social da criança caracteriza-se pelo conjunto de espaços onde ela interage, cujo apego e apropriação são facilitados pela familiaridade: a casa, o bairro, a escola [...]. Já o ambiente sócio-moral refere-se às realizações interpessoais que esta criança tem dentro do seu ambiente social. Oportunamente, Dessen; Costa Junior (2005) assegura que, assim como o ambiente familiar, o ambiente social varia muito de criança para criança. Isso é determinado pelos indicadores socioeconômicos. Crianças que vivem em famílias de boa renda não se situam em um ambiente social de baixa renda. As realidades são diferentes, consequentemente, os espaços ocupados por elas são diferentes e os processos de socialização diferem também.

Nesse sentido, a desvantagem sócio-econômica tem sido apontada como fator de risco ao desenvolvimento, isso porque, a criança que vive em um ambiente social de pobreza aliada

a violência, a más condutas, a vizinhança de risco, a instabilidade familiar tende a apresentar problemas de comportamento, de socialização, prejudicando sua aprendizagem e seu desenvolvimento. O que não significa que crianças de boa renda não possam ter problemas de socialização, pois isso também é visto em crianças de classe alta. O fator determinante nesse caso é o ambiente sócio-moral, ou seja, as relações interpessoais da criança em seu meio social. A pobreza, por exemplo, é considerado um tipo de ameaça constante, que segundo Spitz (1988), aumenta a vulnerabilidade da criança, pois pode causar subnutrição, privação social e desvantagem educacional.

Pesquisadores ressaltam que crescer na pobreza consiste uma ameaça ao bem – estar da criança e uma limitação de suas oportunidades de desenvolvimento. A miséria econômica é um fator de risco que, em determinadas situações, não vem desacompanhado; ela permeia a relação conjugal, contribuindo para o aumento da incidência de conflitos entre os pais e produzindo um efeito direto no relacionamento desses com a criança. Desde forma, ocasiona o que alguns autores denominam como miséria afetiva (BOWLBY, 2002).

Na maioria dos estudos conduzidos nas áreas do desenvolvimento infantil e de relações sociais, a interação entre mãe a criança tem sido considerada um recorte importante para o estudo da organização comportamental e competências do bebê, adquiridas no contexto desta relação. A qualidade da interação inicial é considerada um importante fator mediador entre os eventos perinatais e o seu posterior desenvolvimento, particularmente no que se refere-à comunicação, socialização e cognição. Diversas teorias psicológicas incluem em seus pressupostos que a natureza das experiências com os cuidadores durante a infância exerce influencia no desenvolvimento cognitivo, emocional e social da criança (BOWLBY, 2002).

3.4 Ambiente cultural

O ambiente cultural diz respeito à cultura em que a criança está inserida. Uma das características distintas dos seres humanos em relação a outros animais é a sua capacidade de habitar e desenvolver-se em um ambiente organizado culturalmente através de suas crenças, valores e padrões. É nesse ambiente que a criança se desenvolve, adquire suas habilidades e se constrói (SILVA; DESSEN, 2001). Desta forma, é possível notar que o ambiente cultural é formado pelo ambiente familiar, físico e principalmente pelo social. A integração desses três níveis de representação de ambiente é que formam o ambiente cultural.

A diversidade cultural propicia construção de diferentes modos de criação e educação de crianças. O bom desenvolvimento de uma criança requer um ambiente que seja saudável e ao mesmo tempo educativo, tanto na escola como em seu ambiente familiar e social. O ambiente saudável e educativo oferece condições favoráveis ao desenvolvimento infantil, é um ambiente estimulante onde a criança se sente segura e ao mesmo tempo desafiada, onde ela sinta o prazer de pertencer a aquele ambiente e se identifique com o mesmo e principalmente um ambiente em que ela possa estabelecer relações entre os pares. Um ambiente que permite que o educador perceba a maneira como a criança, transpõe a sua realidade, seus anseios, suas fantasias (DESSEN; COSTA JUNIOR, 2005).

Os ambientes devem ser planejados de forma a satisfazer as necessidades da criança, isto é, tudo devera estar acessível à criança, desde objetos pessoais como também os brinquedos, pois só assim o desenvolvimento ocorrerá de forma a possibilitar sua autonomia bem como sua socialização dentro das suas singularidades (DESSEN; COSTA JUNIOR, 2005).

O recém-nascido não pode captar e entender "significados", porém rapidamente aprende a fazê-lo, através da sua interação com o meio ambiente social, cultural e físico, enquanto ser ativo e pensante que possibilita o seu desenvolvimento sensório-motor, cognitivo, de linguagem e afetivo-social. Essas habilidades são aprendidas pela criança, mas a natureza e o conteúdo da aprendizagem variam de acordo com os níveis econômicos e sociais do meio-ambiente em que vivem. Os estudiosos Dessen; Costa Junior (2005) afirmam que é pela motricidade que a inteligência se materializa, pois por seu intermédio as percepções se afirmam, as imagens são elaboradas e se constroem representações.

A estimulação ambiental constitui condição mínima para garantir o desenvolvimento global normal da criança, pois esta modifica o ritmo e a extensão do processo evolutivo infantil, acelerando-o. Neste sentido, a aprendizagem é resultante da estimulação do ambiente sobre a criança, a qual se expressa diante de uma situação-problema, sob a forma de uma mudança de comportamento em função da experiência. A estimulação ambiental, portanto refere-se à experiência que a criança vivencia nos seus primeiros anos de vida, com o objetivo de promover o seu desenvolvimento sensório-motor, cognitivo, de linguagem e afetivo social, constituindo assim, pressupostos importantes para a aprendizagem (DESSEN; COSTA JUNIOR, 2005).

De acordo com Evangelista (2002), a permanência da criança de 0 a 3 anos em ambiente desprivilegiado (orfanatos, creches etc.), com carência de estimulação ambiental

(pessoas, brinquedos, espaço físico, dentre outros) pode provocar, atrasos no seu desenvolvimento global normal e futuramente determinar deficiência mental. A inadequação ou carência de estímulos, nos primeiros anos de vida, provoca diminuição duradoura no ritmo do desenvolvimento mental, cuja evidência em mais de 50% dos casos de deficiência mental poderiam ser evitados caso fossem adotadas condutas preventivas de intervenção de estímulos ambientais. À medida que a criança se desenvolve, seu ambiente também muda e, conseqüentemente, a sua forma de relação com este meio se altera. Assim, para o recém-nascido, o mundo que se relaciona imediatamente com ele é um mundo limitado e ligado aos fenômenos conectados ao seu corpo e aos objetos que o rodeiam.

O brincar, para Silva; Dessen (2001), "tem uma relação não somente na construção da subjetividade, como também na função de sustentação e capacidade para suportar os deveres históricos da vida social e familiar da criança". Para o ser humano, o brincar é uma linguagem analógica não verbal e gestual, ou seja, uma forma de expressão e uma maneira pela qual a criança se relaciona com o mundo à sua volta. O que a criança vê o que sente, o que compreende, toma forma através do brincar e, brincando que "as crianças representam, simbolizam, transformam-se, assumem personagens e expressam suas verdades e suas duvidas". Segundo Freud (1997), "o ato do brincar fica a cargo do princípio do prazer, satisfazendo a compulsão, e através do brinquedo e a partir da brincadeira, é possível à criança sair do seu lugar de passiva e encarar uma postura mais ativa".

O conceito de brincar perpassa necessariamente por uma interpretação intersubjetiva, que segundo Crespin (2004), "é inequívoca a importância significativa do brincar no ciclo vital do ser humano, sugerindo que não há nenhuma atividade significativa do desenvolvimento da simbolização na criança que não seja trabalhada pelo brincar". Então, pode-se considerar, que a saúde pode se espelhar no brincar da criança, de tal forma que perturbações da saúde ou cuidado se refletem em trocas ou ausências dessa atividade. Portanto, o brincar é um comportamento selecionado pelo seu valor imediato de como se aprende brincando e como brincar melhor, e em algumas crianças o comportamento de brincar, possui valor adaptativo em um momento especifico de sua historia de vida e não somente na preparação para a vida adulta.

A brincadeira, seja simbólica ou de regras, não tem apenas um caráter de diversão ou de passatempo. Pela brincadeira, a criança tem a intencionalidade, estimula uma série de aspectos que contribuem tanto para o desenvolvimento individual quando para o social. As crianças, mesmo doentes, têm necessidade de brincar e se movimentar, como forma de

entender o mundo que as cerca. Conforme esclarece Vigotsky (1994), quando o bebê começa a andar, seu ambiente expande e novos relacionamentos são formados entre a criança e as pessoas que a circundam. Estas habilidades são apreendidas pela criança, mas a natureza e o conteúdo da aprendizagem variam de acordo com os níveis socioeconômicos e sociais do meio ambiente em que vivem.

O desenvolvimento do ser humano ocorre de forma global e, por isso, defasagens, atrasos ou anormalidades, em qualquer dos sistemas funcionais comprometem o desenvolvimento harmônico da criança. Spitz (1979) apresenta contribuições de grande valor sobre as mudanças do comportamento dos bebês que permaneciam longos períodos em orfanatos, creches e hospitais, sem os cuidados maternos. Estas mudanças determinadas pelo autor de hospitalismo evidenciam fases no desenvolvimento infantil de condutas atípicas.

A implementação familiar escassa que compreende a limitação ou mesmo inexistência de oportunidades de exploração de objetos de distintas cores, formas, texturas, peso, tamanho, pode ser fator de carência nas funções de acomodação e assimilação básica importantes para posterior desenvolvimento das exigências na aprendizagem formal, dificultando à criança o conhecimento do seu próprio corpo, como a comparação entre objetos, suas relações mútuas como o espaço e o tempo, entre outras experiências essenciais ao seu processo evolutivo (SINHA, 1995). A carência de estimulação ambiental permite esboçar características de diferentes tipos de estimulação e seus efeitos no desenvolvimento, condicionadas ao status socioeconômico, como a ocupação e instrução dos pais, o local de residência da família e a constituição do lar (sobretudo a permanência do pai no mesmo), determinando, de alguma forma, os fatores de estimulação do meio ambiente.

Estudos mais recentes realizados por Bowlby (2002) deixam claro que, quando a criança é privada dos cuidados maternos, ainda bebê pequeno e quando mais velho, durante a realização das atividades da vida diária, o seu desenvolvimento – físico intelectual e social – é quase sempre retardado – e que podem aparecer sintomas de doença física e mental. Entre os efeitos perniciosos desta privação, constatou que a criança carente de estímulos pode deixar de sorrir para um rosto humano ou de reagir quando alguém brinca com ela (SINHA, 1995).

Também foi realizado por Bowlby (2002) um estudo cuidadoso do choro e do balbucio das crianças de um orfanato, desde o nascimento até os seis meses, observando que estas vocalizavam menos do que as que viviam com famílias, podendo-se notar claramente a diferença antes dos dois meses de idade, concluindo-se que este atraso na fala é especialmente característico da criança institucionalizada em qualquer idade. O autor ressalta ainda como a

carência ambiental atua no sentido de acarretar as “Síndromes de retardamento” definidas pelo conjunto de sintomas comportamentais característicos, por exemplo: a deficiência mental, tendo o cuidado de enfatizar que alguns ambientes institucionais produzem atrasos e rebaixa a iniciativa e a expressividade da criança, em que este denomina “Síndromes Institucionais”.

O termo “instituição” é empregado pelo autor, para conveniência da descrição, pois condições semelhantes encontram-se presentes em muitos lares socialmente desfavorecidos onde existem excessos de crianças, menor espaço físico, nível sócio-econômico baixo, e onde os vizinhos vivem excessivamente perto, podem criar um conjunto semelhante de circunstâncias ambientais e produzir a contrapartida da síndrome institucional. Desta forma, as crianças que recebem estimulação e educação suficientes atingem realizações na média ou acima da média, desde que o ambiente ótimo mantenha-se contínuo.

Nas últimas décadas tem-se assistido a uma preocupação dos pesquisadores com o desenvolvimento infantil e com os diversos fatores negativos aos quais as crianças estão expostas. Conforme apontam Dessen; Costa Junior (2005), para as crianças que vivem em países em desenvolvimento, esses fatores incluem riscos como o de terem alta prevalência de doenças, advindas de gestações de alto risco e o de viverem em situações econômicas adversas, tendo maior chance de apresentar problemas no crescimento e desenvolvimento. Corroboram com essa ideia, Zamberlan; Biassoli-Alves (1996), afirmando que condições de pobreza, subnutrição, habitação inadequada, rupturas familiares, ausência de educação, abuso e violência, são fatores e risco aos quais estão expostas muitas crianças brasileiras.

Segundo Silva; Dessen (2001), fator de risco é um elemento que, quando presente, aumenta a probabilidade de surgimento de problemas ou aumenta a vulnerabilidade de uma pessoa ou grupo a desenvolver uma doença ou agravo à saúde. De acordo com Crespin (2004); Bowlby (2002); Dessen; Costa Junior (2005) consideram-se três tipos de condições de risco para o atraso no desenvolvimento: “Riscos Biológicos: refere-se a eventos pré, Peri e pós-natais; Risco Estabelecido: relacionado à desordem médicas especialmente de origem genética; Risco Ambiental: associado às condições precárias de saúde, poucos recursos sociais”.

Para Spitz (1988), a visão inicial sobre risco estava focada nas condições medicas e o desvio no desenvolvimento era considerado uma característica da criança independente do contexto. Segundo Evangelista (2002), para que se tenha um modelo de compreensão e

intervenção a respeito dos fatores de risco e de proteção, devem ser consideradas as seguintes dimensões:

> a) fatores de base da criança (que incluem os componentes biológicos, temperamento, sintomatologia e desenvolvimento de competência); b) fatores da família nuclear (que incluem historia adaptativa dos pais, estressores e coesão familiar) e c) fatores do ambiente mais amplo (como suporte social da família ampliada, vizinhos e ambiente escolar).

Para Sinha (1995); Silva; Dessen (2001), falar sobre fatores de risco implica considerar dois tipos de interação:

> Primeiramente, num sentido mais restrito, a interação no microssistema, da criança com a família. Posteriormente, num sentido mais amplo, relacionamento do microssistema com os demais (exossistema, macrossistema e cronossistema). Esses tipos de interação demonstram as varias influencias e a complexidade envolvida no desenvolvimento infantil e em seus riscos de prejuízos.

A partir dessa compreensão fica fácil perceber como os resultados negativos no desenvolvimento são produzidos muitas vezes não só por um, mas pela combinação de mais de um fator de risco. Os diferentes fatores determinam os problemas que a criança apresenta ao longo de seu desenvolvimento reforçando a importância de se constatar os riscos múltiplos, que por sua vez, tem efeito cumulativo causando um impacto maior sobre o desenvolvimento.

As ações de atenção básica devem estar pautadas em um entendimento complexo do desenvolvimento infantil e voltadas para a promoção à saúde e prevenção. Segundo Silva: Dessen (2001), no caso de problemas do desenvolvimento, para que haja intervenção precoce é necessário identificar as crianças e encaminhá-las o mais breve possível para serviços especializados. Portanto, é papel do profissional que atua na atenção primaria, “fazer a vigilância do desenvolvimento de todas as crianças, identificar aquelas com necessidades especiais e encaminhá-las oportunamente para tratamento”.

A vigilância do desenvolvimento tem um papel fundamental na vigilância à saúde da criança. Este processo fundamenta-se no conhecimento do desenvolvimento normal. A utilização de testes de triagem, embora possa, em algumas ocasiões, servir como sistematizadora dessa avaliação apresenta grandes inconvenientes como a presença de baixa sensibilidade e a possibilidade de falhas relacionadas ao estado de humor da criança ou ao simples desconforto da percepção da situação de teste. O modelo de vigilância da saúde visa organizar as ações de saúde priorizando a ação sobre os fatores de riscos. Tal modelo enfatiza

o papel do ambiente e pressupõe um modo de lidar com a saúde sobre os princípios da prevenção de danos, procurando enfatizar e ampliar os aspectos saudáveis (SILVA; DESSEN, 2001).

4 OBJETIVOS

4.1 Geral

Avaliar a percepção das mães de crianças entre 0 a 3 anos de vida sobre a associação da estimulação ambiental e o desenvolvimento normal das crianças atendidas na Unidade.

4.2 Específicos

Identificar o nível de entendimento das mães sobre a estimulação do ambiente e o desenvolvimento normal;

Caracterizar o ambiente familiar em que se encontram inseridas as crianças de 0 a 3 anos de vida e como este ambiente influencia no seu desenvolvimento normal.

5 METODOLOGIA

Tipo de estudo

Realizou-se uma pesquisa qualitativa exploratória e descritiva por se tratar de um estudo na área de saúde em interface com as ciências sociais. O método qualitativo abrange uma ampla variedade de procedimentos que se baseiam no estudo de amostragens e observação cuja representatividade não se fundamenta na relevância estatística. É um método que, diante de problemas complexos e globais, procura compreender os padrões estruturais repetitivos e os comportamentos recorrentes da realidade humana.

Na pesquisa qualitativa, o pesquisador descreve, analisa e interpreta os fenômenos apreendidos, dando-lhes uma "ultra-significação", ou seja, o pesquisador capta o significado dado pelo individuo/grupo social que vivencia o problema e reinterpreta esse significado embasado em concepções teóricas de abordagem que possibilitarão outra versão da realidade e, conseqüentemente, dos significados dos fenômenos observados (MINAYO, 2004).

Local do estudo

A pesquisa foi realizada na Unidade de Saúde Antonio Carlos Reis situada no Bairro Cidade Olímpica Distrito Tiririca, São Luís – MA no período de outubro/2009 a março/2010. A referida unidade atua em nível da Atenção Básica de Saúde na Estratégia Saúde da Família, com 3 equipes de profissionais de saúde prestando assistência à comunidade da Cidade Olímpica.

População

A população foi constituída por mães de crianças cadastradas na referida unidade. Como critérios de inclusão adotaram-se: mães de crianças na faixa etária de 0 a 3 anos de idade e que fosse obedecida à sequência de antedimento destas crianças na unidade de saúde e no ambiente domiciliar, tornando-se possível observar o envolvimento materno, por se considerar os estímulos que a criança recebia da mãe, necessários para verificar o nível de envolvimento materno na formação dos conceitos e impressões sobre o desenvolvimento normal. Torna-se oportuno ressaltar que para cada mãe foi atribuído o nome de uma flor,

identificadas por algarismos arábicos que variaram de 1 a 15, cognomes usados na intenção de resguardar a integridade das mesmas. Os referidos números são inclusive, indicadores das falas das respectivas mães. (APÊNDICE C)

Instrumentos de coleta de dados

Os instrumentos utilizados para a coleta de dados foram das fontes da Unidade de Saúde (Prontuários Médicos) de onde foram extraídos dados referentes à identificação das crianças e de seus pais, e registro de dados sociais, econômicos e demográficos (Protocolo de Registro de Dados Sociais e Econômicos) para que no momento da entrevista a busca destes indicadores não interferisse na relação com o pesquisador. (APÊNDICE A). Entrevista Semiestruturada, para que as mães se sentissem mais à vontade e, com isso, a entrevista fosse conduzida de forma a ser uma "conversa a dois", onde seria no momento da visita domiciliar aplicado um formulário contendo onze variáveis, para caracterização da população. (APÊNDICE B).

Para Minayo (2004), a entrevista semi-estruturada é aquela na qual o pesquisador "busca apreender a realidade do sujeito, de forma não totalmente livre como numa entrevista aberta, mas a partir de seus pressupostos e definição dos seus objetos de estudo". Por sua vez, Lefèvre; Lefèvre (2003) a define como: "conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a oferecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a esse objetivo".

Realizou-se ainda, a Observação participante, que permitiu ao pesquisador, observar as crianças com relação ao nível de estimulação do ambiente em que viviam.

Coleta de dados

A seleção das participantes com base nos critérios pré-estabelecidos foi iniciada após os procedimentos legais referentes à aprovação desta pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (CEP-HUUFMA). Em seguida, procedeu-se com a coleta de informações contidas nos Prontuários Médicos para caracterização das crianças através dos dados de identificação, filiação, data de nascimento, data de entrada na Unidade. Foram feitos agendamentos individuais com os pais das crianças, sendo que às vezes, só se faziam presentes apenas as mães. Todos eram informados sobre as

instituições envolvidas, benefícios, objetivos, dentre outras informações da pesquisa. Uma vez informados, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE), assegurando assim, sua participação na pesquisa.

Convêm reforçar que a coleta foi realizada através de entrevistas de e visitas no ambiente em que as crianças vivem, para que os pais, avós se sentissem mais à vontade e, com isso, se pudesse proceder com as observações. As observações das visitas domiciliares foram anotadas em um Diário de Campo, no qual foram registradas as impressões e as reflexões sobre elas. A observação participante foi utilizada como forma complementar para captação de uma realidade empírica por oposição à realidade percebida por meio da observação direta com aquela percebida nos depoimentos. Dessa forma, esperava-se aumentar a validade do estudo pela triangulação mediante a utilização de diferentes métodos de coleta de dados. Por observação participativa, Minayo (2004) a considera como processo pelo qual "se mantém a presença do observador numa situação social, como finalidade de realizar uma investigação científica, estando o observador numa relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados".

Ressalta-se ainda, que o número de mães entrevistadas e visitadas não foi pré-definido, obedecendo-se ao critério de saturação, isto é, o grupo se fechou quando, após informações coletadas com certo número de mães, novas entrevistas passaram a apresentar repetições do que já tinha sido dito. Portanto, estas falas passaram a ter conteúdos pouco significativos em vista dos objetivos inicialmente propostos para a pesquisa. Decidiu-se então, encerrar a amostragem na 15ª entrevista, posto que nas visitas domiciliares, percebeu-se também repetição das situações e comportamentos observados. Assim sendo, Minayo (2004) entende que o grupo se fecha quando, após informações coletadas com certo número de sujeitos, novas entrevistas passaram a apresentar repetições, entendendo que novas falas passaram a ter acréscimos pouco significativos para a pesquisa.

Para análise das falas, tomaram-se como base as argumentações de Minayo (2004) ao assegurar que: "as representações maternas para análise das falas devem ser organizadas em categorias, após leituras repetidas das entrevistas, para busca de significado das unidades de análise, tomando-se como referência alguns conceitos defendidos por teóricos da análise do discurso". As contribuições de Lefèvre; Lefèvre (2003) também reforçaram a análise das falas na medida em que se pode considerar que: "Na busca de significados para a produção do discurso, devem ser levado em conta não somente o meio ambiente material e institucional do discurso, mas ainda as representações que os interactantes fazem de sua própria identidade".

Torna-se oportuno reforçar ainda, que a fala de cada um carrega a história do individuo e a história dos grupos de pertinência mais próximos e mais distantes e que cada discurso configura para si mesmo, um espaço próprio no interior de um interdiscurso, refletindo a especificidade de uma determinada categoria ou grupo social.

As entrevistas foram previamente marcadas com as mães e realizadas em seu domicilio. Após permissão das entrevistadas, foi feita gravação das entrevistas em fita cassete,além de utilizar alguns brinquedos encontrados nos domicílios das crianças,tais como:bonecos(as),caminhões,bolas,latas de cerveja com feijão dentro e deslocadas por fio, procedendo-se posteriormente, com a transcrição literal das entrevistas para que fossem analisadas. As visitas domiciliares foram feitas num período de seis meses, com duração média de uma hora para cada mãe. Durante as visitas, procurou-se conhecer como as crianças vivem em seu domicílio observando-se as condições ambientais e socioeconômicas, de que forma se estabelecem as interações afetivas mãe/filho, o que as mães fazem para estimular o desenvolvimento de seus filhos e verificar o material utilizado para esta finalidade. Observou-se também, a forma como a mãe se relacionava com os outros filhos e com o parceiro, as dificuldades das mães em lidar com seu filho nas atividades de vida diária, além de captar os níveis de aceitação do seu filho e avaliar o comportamento materno, perante a aceitação e ou preconceitos na participação de seus filhos em escolas.

Analise dos dados

Após a coleta, os dados referentes às características socioeconômicas e demográficas foram tabulados e apresentada em Quadro para melhor visualização e análise das informações. Em se tratando da análise das entrevistas e visitas domiciliares, organizaram-se em conformidade com os objetivos propostos na pesquisa, categorias temáticas que foram discorridas ao longo do trabalho, considerando, inclusive as transcrições das falas das mães para melhor reforçar a discussão e compreensão dos resultados.

Considerações éticas

O presente estudo obteve aprovação em Comitê de Ética sob o Parecer Consubstanciado nº 000701/2009

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O quadro abaixo mostra elementos que caracterizam a amostra com relação à situação social, econômica e demográfica das mães conforme Protocolo de Registro de Dados Sociais, Econômicos e Demográficos disponibilizado pela Unidade de Saúde.

Quadro 1 - Caracterização da amostra estudada de acordo com as características socioeconômicas e demográficas. Unidade de Saúde Antonio Carlos Reis. Cidade Olímpica, São Luís – MA. 2010.

Idade da criança	0 a 6 meses	2
	De 6 meses e 1 ano	7
	De 1 ano e 3 anos	6
Idade da mãe	13 anos a 20 anos	8
	21 anos a 30 anos	5
	Maior de 30 anos	2
Profissão da mãe	Dor lar	12
	Secretaria	1
	Consultora de vendas	1
	Vistoriadora de seguros	1
Situação conjugal das mães	Não tem companheiro	12
	Tem companheiro e reside junto	1
	Tem companheiro e não reside junto	2
Relação de propriedade com a moradia	Aluguel	5
	Cedida	8
	Casa própria	2
Escolaridade das mães	1º grau incompleto	8
	1º grau completo	4
	2º grau incompleto	2
	2º grau completo	1
Sexo dos filhos	Feminino	9
	Masculino	6

Tipo de moradia	Alvenaria com acabamento	5
	Alvenaria sem acabamento	10
Renda per capita	De 0 a 0,5 salário	10
	De 0,5 a 1,0 salário	2
	De 1,0 a 1,5 salário	1
	De 1,5 a 2,0 salário	2
Número de filhos	De 1 a 2 filhos	10
	De 3 a 4 filhos	4
	Mais de 4 filhos	1

Com relação à observação participante constatou-se que, embora não tenha tido nenhuma recusa por parte das mães em participar da pesquisa, a maioria se sentiu constrangida quando foi explicada a necessidade da visita domiciliar, tornando-se evidentes expressões de constrangimento de algumas mães por não viverem de acordo com o padrão familiar convencional (modelo nuclear conjugal). Em todas elas se observou a dificuldade na resolução das situações cotidianas, assim como a presença de indignação, expressada através de sorrisos, trejeitos, falas com entonação de voz, na medida em que compartilhava os sentidos a cerca a cada situação.

Relataram dificuldades em educar seus filhos, muitas se identificando com a permissividade dramatizada nas situações, bem como o sentimento de inadequação, impotência, medo, ansiedade, cansaço, perda de controle e o que mais chamou a atenção foi como esses sentimentos estão cristalizados no papel de mãe, esquecendo muitas vezes, do lazer, do cuidado com os outros filhos, maridos, estudos, trabalho e até cuidados pessoais. Ressalta-se que muitas não trabalham fora de casa, e segundo as mesmas, isto ocorre devido à atenção que precisam dar aos filhos.

Outro ponto observado foi a não participação dos pais no momento da visita, muitas vezes justificadas por motivo de trabalho, porém, as esposas queixavam-se também da baixa participação dos pais na convivência com os filhos, restando a elas, a responsabilidade na educação e cuidados para com os mesmos. As sobrecargas de trabalho no lar e de cuidados com os filhos dificultavam a percepção e atenção às respostas que os filhos solicitavam o que muitas vezes, dificulta o processo de aprendizagem, o treinamento básico de Atividades da Vida Diária – AVD’s, assim como noções de limites e percepção de respostas espontâneas da

criança. Naquele momento, estava evidente para as mães o quanto estavam distantes da real situação dos vínculos existentes.

Torna-se conveniente ressaltar que durante as visitas, as mães se sentindo acolhidas, começaram a falar de seus sentimentos, de suas dificuldades, dos problemas relacionados à sua criança, dos outros componentes da família. Essas falas, embora não registradas, contribuíram para a compreensão dos significados das entrevistas.

Nas casas das mães que tinham companheiros (3 casas), os pais das crianças e as avós se fizeram presentes participando, questionando e atuando na demonstração dos cuidados relacionados à criança. Por meio desse contato, foi possível observar a relação entre o casal, a relação dele com a criança e os demais filhos, bem como perceber seus receios, frustrações e anseios, sua participação no ambiente e, principalmente, a forma de apoio dada à mãe.

Muitas das mães têm como renda somente o benefício concedido pela Bolsa Família e sobrevivem com a ajuda de doações de roupas, calçados, medicamentos e cestas básicas de alimentos. Outras, além do benefício recebido pelo filho acrescentam à renda familiar alguns serviços prestados.

As categorias abaixo descritas foram formadas em decorrência dos objetivos previamente definidos e da análise das entrevistas e visitas domiciliares:

- Reações das mães em relação à notícia da gestação;
- Avaliação das mães sobre como estimular o desenvolvimento do filho em seu domicílio;
- Maiores dificuldades maternas;
- Compreensão materna a respeito do ambiente familiar que vive;
- Percepção das mães em relação à necessidade de estimulação do ambiente em que vivem para melhor desenvolvimento normal do seu filho.

Descrevem-se abaixo as categorias que compuseram cada tema. Na interpretação dos significados das falas, de acordo com a Análise do Discurso, levou-se em consideração a relação das entrevistadas e das famílias visitadas com a entrevistadora, considerando suas diferenças de classe social e cultural e a influência que esses fatos têm sobre o seu imaginário, determinando aquilo que poderia ser ou não ser dito e como dizê-lo. A entrevistadora representa uma autoridade para as mães, não só porque detém o saber, mas também porque representa a Instituição e, portanto, a possibilidade de atendimento à criança. Da mesma forma, foi levado em conta o local em que a entrevista foi realizada, pois as mães têm uma

relação de dependência com o serviço, o que também interfere no seu discurso, como mostrou a maior abertura das mães em seu domicílio.

- **Reações das mães em relação à notícia da gestação**

As reações relatadas foram agrupadas nas seguintes categorias: Susto/Choque; Tristeza/Dor; Não aceitação/Negação; Revolta; Medo/Insegurança/Desamparo; Culpa/Vergonha.

Como bem descreve Lefèvre; Lefèvre (2003) a transição à maternidade, independentemente da idade da mulher, pode desencadear-lhe uma grande diversidade de reações e sentimentos. É, portanto, "um período de desordem e desequilíbrio, diante de uma situação diferente das vivenciadas anteriormente, mas, sobretudo, de grande satisfação para a maioria das mulheres". A partir da identificação da gestação a vida da mãe e da família, certamente, irá passar por mudanças radicais, com repercussão em toda sua vida pessoal, familiar e social.

Para Lefrèvre (1988); Crespin (2004) as reações sobre a notícia de um filho "dependem da cultura, evidentemente, de cada casal e do tipo de personalidade de cada mãe e de cada pai, de suas experiências vividas e de suas crenças". A maneira da família das adolescentes com a notícia de gravidez é bastante variada e contribui para a diversificação de reações apresentadas por elas (AGUIAR, 2000). Sobre essas reações, Dormans; Pelegrino (1998); Aguiar (2000) esclarecem:

> Essas reações passam por estágios, num processo de adaptação, que não são rígidos e são vivenciados de forma diferenciada por cada sujeito. A duração e a intensidade das etapas são variáveis, podendo se apresentar em qualquer ordem e em qualquer tempo, estando intimamente relacionadas com a gravidade do problema apresentado. Em algumas situações, uma determinada etapa, que parecia ter sido superada, poderá vir à tona.

A capacidade para lidar com o estresse diante da gestação depende do tipo e da gravidade da personalidade dos pais, de suas experiências prévias com as exigências impostas a eles por outros fatores, dos recursos financeiros, do acesso a uma rede de suporte e da estabilidade da relação entre os cônjuges. Embora muitas mães tenham reações de desequilíbrio emocional, outras conseguem reagir de forma enérgica, adaptando-se de forma positiva às necessidades especiais por seus filhos (BURDEN; THOMAS, 1986).

A contribuição de Cabassu (1997) também é pertinente quando assegura que o momento e a forma pela qual a informação do filho deve ser dada aos pais têm sido muito discutidos na literatura, levando-se em consideração que:

> [...] quando a informação é repassada aos pais em momento inoportuno e de forma inadequada, poderá desencadear e fortalecer alguns sentimentos que poderão interferir no processo de formação de vínculos. Independente das características físicas da criança a aceitação é difícil, mas estas interferem e influenciam de forma determinante no apego e na formação de vinculo mãe/filho. O discurso do profissional que escuta e anuncia é de extrema importância, pois poderá causar impacto sobre a representação da criança no inconsciente materno.

- **Susto/Choque**

Sobre essa reação, Mannoni (1981) descreve: "o susto, o choque é a primeira reação vivenciada após a notícia da chegada de um filho, pois atualiza traumatismo, insatisfações anteriores e sentimentos ligados ao conflito de castração da mãe".

Os relatos das mães se coadunam com as palavras do autor acima citado, uma vez que 100% delas deixam claro que ficaram assustadas com a aparência da gravidez, dentre outras reações:

"Um susto bem grande, né? Eu fiquei assustada, né? Não sabia como dizer a minha família e nem como seria aceita". (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15)

"Ah, foi uma surpresa muito grande, porque eu já transava muito tempo e mesmo sem camisinha nunca tinha acontecido isto". (1, 2, 3, 4,5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15)

"Ah, a gente leva um choque, né? A gente sempre fantasia as coisas, idealiza uma vida perfeita, cheia de momentos só bonitos, a gente nunca espera que aconteça com a gente o que a gente vê com as outras pessoas". (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15)

Segundo Zagonel (2003), "os pais ficam surpresos diante do aspecto do filho, a aparência física, a qual difere da idealizada, levando a uma maior dificuldade na aceitação imediata". Na compreensão de Drotar et al (2004), a reação de choque pode ser definida como uma "interrupção abrupta, uma quebra do equilíbrio usual, pois o impacto de um bebê, por si só, é desestruturador, independentemente da gravidade da gestação e o que ela possa acarretar". O susto é uma reação diante de alguma situação inesperada (MANNONI, 1981).

Esse período de choque é considerado como de “enlutamento” pela possibilidade da perda do filho idealizado pelas mães, complementa Petean; Pina-Neto (1998).

- **Tristeza/Dor**

Nos relatos das mães, percebeu-se a valorização do gênero masculino e evidenciou-se a tristeza com relação ao fato de seu filho ser menino. Esses sentimentos de tristeza e dor puderam ser comprovados através da incidência demonstrada em seus relatos, sugerindo frustração com relação às expectativas de futuro, ainda predominante concebida em nossa cultura:

“Ah, muito desgosto, muito triste, muito magoada, senti muita coisa, só de saber que estava grávida.” (1, 2, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 15)

“Nossa Senhora, nem sei falar: uai, uma tristeza muito grande ter que falar à minha família da gestação e ter um filho diferente dos outros e ainda ser um menino homem.” (2, 3, 5, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15)

“O dia em que o médico me disse que a A., não estava se desenvolvendo normal e que tinha que estimulá-la [...] Ah, o mundo se acabou foi muito difícil pensar que pudesse ser um deficiente.” (2, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 13, 15)

“Mas depois, na hora que eu cheguei em casa é que eu desabei, sabe, parecendo que ia morrer. Chorei, eu chorei tanto, tanto que me doeu tudo aqui assim, sabe.” (1, 3, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15).

“Ah, foi terrível. Eu achei que não ia sobreviver [...]. Na hora me deu um branco, eu nem sabia como eu ia reagir não, né. Mas, depois eu fiquei quieta, calada, eu deixei o tempo passar e eu pensei assim: não, é ele sim.” (1, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15)

O nascimento de um filho esperado, sonhado, é sempre um motivo de alegria para os pais. A frustração dessa expectativa faz com que o nascimento de um filho portador de deficiência seja um evento desastroso para os pais, revelando neles um intenso sentimento de desalento e mágoa e uma completa falta de alegria diante da ausência do filho idealizado e sonhado. Lamb; Biling (1997), afirmam que os pais, normalmente, depositam maiores

expectativas nos filhos do sexo masculino, portanto estes geram mais desapontamentos. Apesar de passadas mais de três décadas da época em que os autores fizeram essa afirmação, isso parece continuar sendo verdade.

A demonstração de tristeza/dor é visivelmente confirmada quando uma mãe, malvestida e malcuidada, relata que sua filha estava com sete meses de idade e apresentava um quadro profundo de desnutrição, atraso importante no desenvolvimento neuropsicomotor. A mãe se mostrava profundamente triste, calada e completamente descuidada com relação a si própria (malvestida, despenteada, etc.). A criança estava em seu colo, porém, sem aconchego, enrolada em um manto, com o rosto encoberto. Enquanto a mãe falava, não tocava ou dirigia o olhar para a filha.

Segundo Buscaglia (2002), a mãe pode passar por um período de profunda depressão, semelhante a uma fase de exílio auto-imposto, um isolamento físico e mental, quando permanece sem vontade de fazer coisa alguma, um momento de fuga, apatia e vazio, executando as tarefas domésticas automaticamente. Entretanto, a mãe sabe que terá de enfrentar a dor e aceitar o desafio se quiser continuar a viver, mas que é necessário um tempo de retiro, de espera.

A criança iniciou seu acompanhamento na unidade onde recebeu várias orientações para estimular o ambiente familiar, e, orientações alimentares. Além disso, ressaltava-se sempre para a mãe a aquisição de habilidades de melhora no seu desenvolvimento. Com isso, parece que a mãe foi aprendendo a ver a filha sobre outros aspectos. Passando a aceitá-la, com uma aparente melhoria da interação mãe e filha. A partir daí, a mãe mudou significativamente seu estado emocional, sua participação na estimulação da criança. Além disso, os próprios irmãos e, principalmente, o pai da criança, passaram a levá-la aos atendimentos, tendo a criança, assim, conseguido se desenvolver de forma satisfatória.

Durante as visitas domiciliares, observei que em uma das casas havia um quadro na parede com o retrato da mãe vestida de noiva. A mãe estava maquiada, sorrindo, muito bonita e com ar de quem estava extremamente feliz. Voltando meu olhar para a mãe que agora estava ali ao meu lado, com a filha no colo e pude perceber como se mostrava profundamente triste, malvestida, despenteada, sem os cuidados básicos de higiene, e era dessa forma que ela sempre se apresentava ao atendimento na Unidade de Saúde. Mostrava-se visivelmente triste e sua fisionomia, suas falas e seu jeito de cuidar de si mesma e da própria filha revelavam desleixo.

Essa mãe, na época da entrevista, tinha 30 anos, casou-se aos 27, tem dois filhos, estando o mais velho atualmente com 4 anos. A filha na época, tinha 2 anos e 10 meses. Atualmente, a mãe costuma fazer uso de bebida alcoólica e relata problemas na relação conjugal.

Souza; Pires (2003), em estudos realizados compararam o comportamento entre famílias com e sem crianças com atrasos no desenvolvimento, demonstrando que as famílias afetadas pelo atraso no desenvolvimento infantil "experimentavam níveis de desintegração familiar e insatisfação conjugal mais elevado, maior índice de estresse crônico, maior disfunção psicológica entre irmãos, restrições na mobilidade e nas relações sociais e maior fragilidade nas relações mãe/bebê".

- **Não aceitação/Negação**

"Tem hora que eu não aceito, tem hora que eu não concordo: porque minha filha não tá correndo, não tá brincando, não tá falando. Eu ainda não consegui aceitar isso, eu não sei se alguma mãe aceita isso, até o resto da vida eu não sei se consegue, sinceridade eu não sei [...]." (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 15)

Para Kubler-Ross (2005), a negação funciona como um pára-choque depois de notícias inesperadas e chocantes. As mães negam gestação de seus filhos: "negá-la é sua habilidade, como a recusa de saber é para elas uma garantia de saúde". Ainda sobre a negação, Amiralian (2002) acrescenta que o mecanismo de defesa mais primitivo seria a negação. Esse mecanismo de defesa do ego aparece diante da situação não esperada e sobre a qual não se tem controle, como no caso do nascimento de uma criança com atrasos no desenvolvimento.

Segundo Mannoni (1983); Aguiar (2000), em determinadas situações, os pais, em sua atitude de negação, procuram por numerosos especialistas não para um diagnóstico, mas desejando que sua pergunta nunca receba uma resposta, diferente do filho ideal que haviam imaginado. De acordo com Amiralian (2002), após a constatação de que o filho tem atraso no desenvolvimento existe um sentimento que se caracteriza por um oscilante conflito entre a esperança de que as coisas não sejam como pensam e o conhecimento assustador de que alguma coisa de fato está errada. Em algumas patologias onde a deficiência é bastante grave e evidente, após o nascimento da criança, o problema imediato que os pais enfrentam é a aceitação deste filho.

- **Revolta**

Embora a raiva não tenha sido explicitada nas falas, pude inferir a sua existência associada aos relatos de revolta, na forma de manuseio e cuidado da criança, em queixas e sentimentos negativos dirigidos a pesquisadora. De acordo com Aguiar (2000), "a raiva é um sentimento muito comum, externado primeiramente ao profissional que transmitiu a má notícia".

"Tem dia que eu penso assim [...], tem dia que você chora, chora, chora. Você olha pros meninos dos outros e pensa assim: porque eu? Porque, porque, fica com aquele monte de por que." (1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 15)

"Muito difícil, até hoje eu não assimilo, tem hora que eu não aceito, tem hora que eu não concordo. Então eu pergunto por que, porque ela, não que nenhuma criança mereça, né, ter nenhum problema, mas eu fico olhando os meninos falo assim: porque minha filha não tá correndo, não tá falando, não tá brincando (choro). Eu ainda não consigo aceitar isso, eu não sei se alguma mãe aceita isso, até o resto da vida eu não sei se consegue, sinceridade eu não sei." (1, 2, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15)

Afirma Kubler-Ross (2005), que quando o individuo consegue superar o estágio de negação este é substituído por sentimentos de raiva, de revolta, de inveja e de ressentimento. A revolta pode ser associada à idéia de estar sendo injustiçado "pelo destino" ou "por Deus". Para Lefèvre (1988), a mãe pode sentir o nascimento de uma criança portadora de deficiência como um castigo. Essa interpretação tem fundamentos tanto nos sentimentos de culpa dos pais, quanto em crenças populares e religiosas, [...], e relacionadas às concepções sobre a deficiência ao longo da historia.

Segundo Petean; Pina-Neto (1998), as reações de raiva/agressividades para consigo mesmo e para com os outros, são comuns e podem estar acrescidas de manifestações fisiológicas, demonstrando a intensidade do impacto da notícia, geralmente afetando e alterando todo equilíbrio emocional e físico.

- **Medo/Insegurança/Desamparo**

Diante de uma criança que nasce com atraso no desenvolvimento, Santos (2000) esclarece que os progenitores se sentem fracassados, impotentes. Normalmente, a ideia de ser mãe de um filho portador de atrasos em seus desenvolvimentos é inconcebível, e quando esse fato acontece, as mães se sentem limitadas, impotentes, cheias de falhas, ameaçadas e inseguras:

"Eu não pensava, a gente não pensa né, que pode acontecer uma coisa dessas com a gente. No começo eu achei que não ia dar conta, eu ficava pensando como ia ser minha vida daqui pra frente [...]." (3, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 12, 14, 15)

"Eu senti medo, para falar a verdade eu senti medo, que eu pensava assim: gente, como eu vou cuidar de uma criança assim [...] sem condições." (1, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 15)

"Foi muito difícil. Eu não sabia, né? Então eu achei que não ia dar conta, de sei lá, se ela ia melhorar ou não [...]." (2, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 15)

O medo diante de uma situação desconhecida, ameaça a integridade psíquica do sujeito. É uma percepção de ausência de referencias, na qual tudo lhe parece extremamente difícil. De acordo com Buscaglia (2002), acompanhando o medo vem a incerteza em relação ao cumprimento do papel de pais, à sua capacidade em relação à própria criança, seu prognóstico, as reações das pessoas diante dos próprios pais e da criança. O sentimento de medo pode ser secundário ao sentimento de rejeição da criança pela mãe e, conseqüentemente, de auto-rejeição, uma vez que um filho é sentido, no inicio da relação, como parte de si mesma. Ter um filho pode levar a mãe a rejeitar a si mesma e a sentir-se ameaçada em sua identidade. A esse respeito, Lefèvre (1988) se pronuncia:

> [...] o nascimento de um filho com atrasos desperta na mulher a sensação de que ela possui uma imperfeição dentro dela por ter criado um filho imperfeito. Sente-se diminuída e insegura, pois julga que não foi suficientemente boa para produzir um filho perfeito. Antevê a rejeição social pela criança e por ela mesma, o que a leva a sentimentos de antecipação de abandono e de solidão. A previsão de perda de apoio social e da família significa ter de sobreviver sozinha com a criança. A falta de informação sobre os atrasos no desenvolvimento que a criança apresenta reforça, provavelmente, o sentimento de medo, de insegurança, pois não se pode organizar o futuro, não se pode planejar ou controlar uma situação se ela não é conhecida.

- **Culpa/Vergonha**

Santos (2000) admite que alguns pais assumem o sentimento de culpa pelo fato de não terem conseguido impedir os atrasos se responsabilizando pela falha como se pudesse evitá-lo. Assim, a maioria das pessoas julga a vinda de um filho com algum tipo de atraso no desenvolvimento, doenças e ou anomalias congênitas como um castigo:

"No começo eu ficava achando que podia ser por minha causa, eu ficava muita triste. Foi muito difícil. Eu não sabia, né. Eu ficava sem saber como eu ia fazer, como ia chegar com ela lá no lugar onde moro, porque não tinha esse caso, né. Então eu achei que não ia superar." (1, 2,3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 14, 15)

"Muitas pessoas, tipo assim, eu cheguei até ouvir sabe: isso é pra você deixar de ser metida, por isso é que aconteceu isso com ela." (1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 13, 15)

A culpa, para Pelchat (1999), é um sentimento comum entre os pais de crianças com atrasos, o que leva à necessidade de saber o porquê da vinda desta criança e uma preocupação de que eles mesmos sejam os causadores do problema. Culpam - se por atos presentes ou passados, sendo esse sentimento mais acentuado se existe, objetivamente, em suas histórias, fatos que julgam errados ou socialmente condenáveis. Por isso, Mannoni (1983) afirma que "toda doença grave na criança marca os pais em função da própria história deles". Aponta Lefèvre (1988), que por questões culturais, a doença e a má-formação são associadas à punição e à culpa, frequentemente associadas às crenças religiosas.

Tentando de alguma forma compreender a situação, essas pessoas a relembram durante toda a sua vida, buscando motivos que possam justificá-la, conforme se expressam no relato abaixo:

"É saber por que, por que tinha acontecido. Se era porque eu tentei aborto, ou se era droga, o que era? Eles perguntavam por que ela tinha nascido daquele jeito. Só que não foi nada disso, eu não sei explicar por que. Só que não teve isso: nem tentativa de aborto, nem droga, nem bebida [...]." (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15)

Nesse relato, trata-se de uma mãe adolescente jovem que, ao levar a filha, com atraso no desenvolvimento motor aparente, com cognitivo preservado é frequentemente interpelada

pelas pessoas. Sentindo-se acuada e ressentindo-se da curiosidade social evidente, a mãe poderá perceber a curiosidade como acusação.

A culpa pode também vir associada ao sentimento de "vergonha" pelo casal ter gerado um filho com problema levando a sentimento de inferioridade em relação aos casais que possuem filhos perfeitos. O preconceito existente na sociedade e a visão de que o portador de deficiência será sempre um perdedor acentua, ainda mais, esses sentimentos (AGUIAR, 2000). Em muitos casos, o pai da criança, ou outros membros da família, acaba por acentuar, com acusações ou rejeição da mãe e filho, esse sentimento de culpa, gerando, assim, mágoa e um sofrimento intenso na criança. Talvez por essa razão a mãe se sinta no dever de tornar-se responsável por todos os cuidados relativos aos filhos, deixando muitas vezes de ser esposa, negligenciando os outros filhos e esquecendo-se de si mesma (AGUIAR, 2000).

- **Avaliação das mães sobre como estimular o desenvolvimento de seus filhos em domicilio**

Nesta variável agruparam-se as seguintes categorias: Complicado por falta de tempo; Difícil estimular e Não acham difícil. As mães recebem orientações simples, de fácil entendimento e que estão essencialmente relacionadas às atividades de banho, alimentação, sono e o brincar, até que esses procedimentos técnicos sejam integrados na rotina diária da criança.

Na opinião de Ribeiro (2004), o principal problema daqueles que são responsáveis pela criança os chamados cuidadores primários, na maioria dos casos as mães, e a exposição prolongada a estresses muito severos, o impedem o desenvolvimento de habilidades prescritas e a observação do comportamento infantil. Por todos esses fatores, o treinamento das mães deve envolver mais do que o repassar informações e habilidades. As mães devem ser ativas nesse processo. A relação de compreensão e escuta que estabelece com o profissional de saúde é a base para a eficácia do aprendizado.

- **Complicado por falta de tempo**

Muitas das orientações a serem cumpridas no domicilio estão direcionadas a posicionamento e manuseios que têm como referência os embalos com a criança, as atividades de vida diária (banho, alimentação, sono) que necessitam ser preenchido com afagos, carinho, estímulos linguísticos, oportunidades para explorar o próprio corpo e o

ambiente, ou seja, tudo aquilo que representa para uma criança normal que ela é amada, que está sendo cuidada e que possa se sentir segura. Os relatos abaixo mostram essas evidências no que se refere às dificuldades em estimular os filhos em decorrência da falta de tempo:

"À tarde eu tenho que fazer a janta, tenho que levar a roupa dela, ai, não dá. E final de semana eu tenho que descansar então às vezes eu faço, às vezes não." (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14)

"É pelo horário que eu fico em casa, porque quando eu chego em casa eu tenho que arrumar a casa, tenho que fazer janta, e eu não tenho ninguém pra me ajudar a fazer isto. E chega à noite eu to um caco, doida pra dormir. Então é só final de semana que eu tenho um tempo maior." (1,2,3,4,5,6,8,10,12,13,14,15)

Eu ultimamente eu não tenho acompanhado a evolução no desenvolvimento do meu filho. Ainda mexo com esses negócios meus [...]. Sabe a gente até podia de repente fazer mais, é aquele negócio, não dá pra fazer mais, é complicado. (1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 13, 14)

Para Maciel (2000), o cumprimento das prescrições, orientações, acompanhamento e estimulação são, muitas vezes, dificultados pela incompatibilidade de horários, com as responsabilidades profissionais que obrigam os pais a se abdicarem ou a se reajustarem diante das necessidades profissionais. Portanto, é de suma importância que todo programa terapêutico deva considerar vários fatores, entre eles o estilo de vida das mães.

Durante as visitas domiciliares, verificou-se que, em alguns casos em que a mãe não recebe ajuda (marido, tias, vizinhas, avós) nas atividades relacionadas aos cuidados com a casa, essas mães se sentem sobrecarregadas e dificilmente seguem as orientações relacionadas à estimulação cognitiva e sensorial. Somente algumas das prescrições relacionadas às atividades de vida diária com as crianças são de certa forma, seguidas. Nesse tipo de situação, observa-se que a relação mãe/filho é dificultada pelos afazeres domésticos, ocasião em que as crianças permanecem a maior parte do tempo diante da televisão, mal posicionadas, levando a encurtamentos previsíveis.

- **Difícil estimular**

Muitas mães mostram-se inseguras em dar continuidade às orientações recebidas. As mães referem dificuldades de manuseio e posicionamento com algumas crianças. Essas dificuldades parecem estar relacionadas à autoconfiança das mães e à sua experiência nas atividades. Por se sentirem inseguras, são incapazes de aplicar a forma correta quanto ao manuseio e posicionamento. Nas visitas domiciliares, percebeu-se na forma como essas mães carregam o filho, o sentimento de insegurança, de ansiedade e medo em que elas se encontram pela sua postura, pelo estado de tensão muscular, do padrão de marcha e da mímica facial. Essas emoções, provavelmente, foram exacerbadas pela presença de entrevistadora, pois as mães não se sentiram à vontade. Para elas, a entrevistadora assumia naquele momento o papel de avaliadora.

"Não estimulo meu filho em casa porque eu fico com medo de ta fazenda errado, né. Ela me ensinou muitas coisas, mas eu acho um pouquinho difícil. Tudo, né. Tudo, tudo eu acho." (1, 2, 3, 4, 5, 8, 10, 11, 12, 13)

Percebi que algumas mães assimilam rapidamente as orientações recebidas, enquanto outras, durante um longo período, não o fazem, não estabelecem vínculo de afeto com seus filhos. São autoritárias. As recomendações feitas à mãe em primeira instância buscam estimular a formação de vínculo, o estabelecimento de uma relação mais íntima para o desenvolvimento do afeto, da aceitação e conhecimento da criança.

- **Não acham difícil**

Embora seja difícil essa identificação, ou seja, especular com a criança com atraso no desenvolvimento e deficiente, alguns pais se adaptam àquela criança:

"Não, não [...]. Faço de bom grado. E o que eu não dou conta eu chego aqui e pergunto, tem hora que a gente faz as coisas da cabeça da gente, daí eu. Porque eu tô com dúvida eu pergunto mesmo. Em casa eu ponho ela pra mexer." (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14)

"Não tenho nenhuma dificuldade em fazer porque o meu esforço é muita grande." (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 15)

"Não, eu acho que não. Porque assim, não adianta nada só aqui se em casa não faz nada, né. A gente já comprou algumas coisas, bola, né, pra ta ajudando ela. Porque o maior tempo que ela passa é em casa, então em casa tem que ser bem assistido mesmo e todo mundo cooperar, se não, não adianta." (1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 11, 13, 14, 15)

"Eu acho que não. Pelo menos lá em casa a gente tenta não deixar ele só na cadeira, ele tem o colchãozinho pra ele brincar, a gente brinca com ele estimulando ele em casa. Então a gente procura fazer tudo, porque hoje a gente vê o resultado de como se desenvolveu." (1, 3, 5, 7, 9, 11, 12, 13, 14, 15)

Apesar de tantos afazeres domésticos e outras atividades, Arruda; Zannon (2002) afirmam que "é comum que os pais alterem suas rotinas para participar ativamente no desenvolvimento normal do seu filho". Segundo Lebovici; Soulè (1980), "somente somos bons pais e boas mães quando nos reconhecemos no ser que amamos e quando podemos ter prazer com essa identificação especular".

Alguns estudos demonstram, de forma clara, como a percepção das mães na evolução satisfatória do quadro da criança, estimula adesão ás prescrições e orientações. Para Winnicott (1999), "pode-se estimular as mães que possuem a capacidade de dar cuidados a seus filhos, que façam o melhor possível para desenvolver suas habilidades".

Entretanto, as mães que possuem uma boa adequação ao filho têm por base uma família adequada. Em alguns domicílios verificou-se que quando o pai ou avó está presente, as mães parecem demonstrar níveis maiores de segurança nos cuidados diários com seus filhos e no seguimento às orientações domiciliares. Essas mães são auxiliadas durante as tarefas domiciliares, nos cuidados com os outros filhos. Quando existem outros irmãos, estes, muitas vezes, também auxiliam nos cuidados e nos processos de estimulação. Essa interação entre os irmãos minimiza as exigências relativas aos cuidados maternos do filho possibilitando atenção também aos outros filhos. Além disso, contribui para a socialização e para a formação de vínculo dos irmãos, tendo em vista que os sentimentos de ciúme e abandono destes são minimizados, além de desenvolverem o sentimento de co-responsabilidade pelo irmão menor.

- **Maiores dificuldades maternas**

Segundo Souza; Pires (2003), as tarefas de alimentação, higiene e transporte da criança são as mais referidas como as que mais exigem esforços físicos das mães. Nesse estudo, foram referenciadas pelas mães as seguintes dificuldades: Realizar as atividades de vida diária com a criança; Dificuldade de mover a criança por causa do tamanho da criança; Compreender e interpretar o filho; Não têm dificuldade; Levar o filho para o acompanhamento de seu desenvolvimento; Falar com o filho sobre suas limitações.

- **Realizar as atividades de vida diária com a criança**

Vale destacar que grande parte das dificuldades objetivas vivenciadas pelas mães de crianças no dia-a-dia deve-se à sua situação socioeconômica. Tal fato é respaldado por Afonso (1995), quando diz: “grande parte das restrições vivenciadas pelas famílias, e que tornam frágil ou precária sua inserção social, são provocadas pela situação de carência socioeconômica”.

Durante as visitas domiciliares, essa dificuldade foi observada na maioria das mães, ou seja, em cuidar do filho no que se refere às atividades de vida diária, tais como banho, alimentação, sono. Muitas mães possuem um nível socioeconômico baixo, acentuando-se ainda mais os problemas relacionados à adequação de posturas e manuseios, já que estes requerem espaço para manutenção do alinhamento biomecânico normal, manutenção do comprimento dos músculos, integridade da pele, dentre outros. As casas, muitas vezes, por não estarem devidamente limpas e, às vezes, apesar de bem cuidadas, as paredes apresentam mofo, o chão é bastante frio, não têm laje ou são forradas por telhas de amianto, algumas com presença de animais (cachorro, gatos, galinhas, pombos) transitando no domicílio, acarretando problemas respiratórios, micoses, piolhos etc.

Além de problemas relacionados à estrutura das moradias, as mães não têm os equipamentos adequados para utilizar durante o banho, a alimentação e o sono. Alguns desses equipamentos têm um custo alto para determinadas famílias, o que dificulta intensamente as atividades de vida diária dessas mães pra com seus filhos. Essas dificuldades são sempre relatadas pelas mães, mas não foram levadas em consideração pelo fato de não se vivenciar a realidade das mães em seus domicílios: o espaço para dar banho no filho é bastante pequeno, a banheira não cabe dentro do local do chuveiro ou a criança não cabe mais dentro da banheira, e sempre se excitam na hora do banho, dificultando ainda mais essa tarefa.

As mães, geralmente, alimentam seus filhos no colo ou sentadas de maneira inadequada, aumentando, assim, as dificuldades referentes aos processos de deglutição e mastigação, além de favorecer a aspiração de alimentos, os berços ou camas também não são apropriados quanto à densidade da espuma, ao espaço, à luminosidade. E por fim, muitas crianças não têm nenhum tipo de brinquedo para ser usado como estimulação visual, tátil, auditiva.

"Igual a gente estava conversando (dia anterior a entrevista), na hora da comida, o almoço, a jantar, a mamadeira não, porque ela não suga, é preciso espremer. Mas no colo ela fica toda torta, agora eu tenho que dar no colo, e no colo ela fica toda torta." (1,2,3,4,5,6,7,8,10,11,12)

No relato acima as mães não tinham as orientações de como alimentar e posicionar seus filhos para o ato de alimentá-lo. Segundo Buscaglia (2002), os pais, diante da natureza dependente da criança diferente e suas necessidades especiais, experimentarão um senso de responsabilidade sufocante e diante de todas as experiências novas, poderão agir de maneira ineficaz, com inabilidade. Com o tempo, as tarefas se tornarão mais simples e a rotina consumirá menos tempo e energia.

- **Dificuldade de mover a criança por causa do tamanho dela**

À medida que a criança adquire mais peso e estatura, as dificuldades aumentam gradativamente e, em decorrência, as relativas ao manuseio, posicionamento e transporte.

"Para carregar, vocês querem que eu carregue ela de frente, mas eu não dou conta, porque ela está enorme, ai eu carrego ela assim e ai fica vermelho, é a dificuldade. Para carregar ela porque ela está muito pesada." (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 13, 14, 15)

"O mais difícil que eu to achando agora é carregar, porque ela ta crescendo, mas isso agora eu tenho o carinho né. Então tá me facilitando bastante." (1, 2, 3, 6, 8, 9)

Segundo Souza; Pires (2003), o transporte da criança é, também, uma das tarefas mais difíceis relatadas pelas mães em seu estudo.

- **Compreender e interpretar o filho**

A compreensão da criança pode ser intermediada por sinais, que não se fazem através de uma linguagem fluente, mas através de sinais que poderão ser interpretados pelas mães de forma adequada.

"Saber quando ela quer as coisas. Eu tenho que ficar adivinhando, é por isso que eu queria que ela falasse, que criança quando fala [...]. Às vezes ela fica um tempão sem beber água, que eu esqueço que ela bebe água, né. Ai ela fica chorando e eu tenho que adivinhar o que ela quer. Quando está doente também tem isso, às vezes ela está sentindo alguma coisa, você acha que é uma coisa e é outra. Acho que o mais difícil é isso mesmo [...] perceber o que ela quer, quando ela quer. O mais difícil mesmo é perceber a dificuldade da água." (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13)

"Por ela não falar, que eu sinto que ela às vezes quer se comunicar comigo. Pelo olhar a S. fala tudo, e tem hora, que eu acho assim, de tanto eu não ficar tanto tempo com ela, tem hora que eu não entendo ela do jeito que ela quer que eu entenda em determinadas horas, daí eu tenho que ir com jeitinho pra mim saber o que ela quer. Eu sinto que a comunicação entre nós duas tem hora que falha. Porque eu sinto que quando minha mãe ta perto, a minha mãe percebe mais rápido o que ela tá querendo do que eu." (1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 15)

Segundo Amiralian (2002) a linguagem, de acordo com propostas psicanalíticas, não é considerada somente um meio de comunicação, mas expressão da subjetividade. Para alguns autores, a possibilidade de comunicação entre mãe e filho somente acontece quando existe uma interação mãe/filho, tornando possível a interpretação de determinados sinais, ou seja:

> O conjunto de manifestações do bebê (olhar e sorriso dirigidos à mãe, vocalizações e movimentos buco-labiais), associados às identificações maternas opera como constituintes do dialogo, que se insere em determinado contexto. E embora a estrutura lingüística desse diálogo seja uma criação exclusiva da mãe, é a participação do bebê que faz dele uma co-produção e um texto organizado (FERREIRA, 1997).

As mães sabem mais a respeito do próprio filho que qualquer outra pessoa, tornando-se especialistas no que diz respeito ao seu comportamento (BURNS; MAC DONALD, 1999). No entanto, em alguns casos de crianças com atrasos no desenvolvimento e portadoras de deficiência, observa-se desde o inicio de suas vidas que a interação não acontece e o

desencontro é progressivo, dificultando a subjetivação da criança, que passa a despertar nas mães certo sentimento de estranhamento. Assinalam Telford; Sawrey (1988), que as mães das crianças apresentarão significativas dificuldades de entendimento das necessidades físicas (dor, febre, fome etc.) e demandas afetivas de seus filhos, sendo levadas, muitas vezes a tentar adivinhar a sensação que a criança possa estar sentido.

- **Não tem dificuldade**

Embora seja esperado que as mães de crianças mais acometidas tenham maiores dificuldades, seja no manuseio ou na comunicação, durante as visitas domiciliares observou-se que, independentemente da distância do local de moradia para o local da unidade, do grau de acometimento das diferenças da criança, dos níveis socioeconômicos e de escolaridade, da idade materna, algumas dessas mães relatam que não sentiram tais dificuldades. Entretanto, essa afirmação tanto pode indicar uma relação mãe/filho adequada, quanto pode significar uma negação de sentimentos da mãe dirigidos à criança:

"Uai, R. pra falar a verdade no momento a gente tá acostumado, né. Assim, não tô sentido assim, no momento. Agora já senta na banheira, sabe, agora no momento ela já tá sentando, eu já tenho confiança dela sentar, graças a Deus. A gente ai por diante, ela tinha dificuldade em se alimentar, hoje já não tem, come de tudo, leite ele toma direitinho, sabe." (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 15)

"Não tenho dificuldade nenhuma para cuidar dela. Não tenho dificuldade nenhuma. Até que hoje eu não acho que tem tanta dificuldade." (1, 2, 3, 4, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 15).

"Nenhuma. Difícil foi no início, porque a gente estava meio passada, mas por amor a gente vence tudo, né. Então não tem dificuldade, não." (1, 2, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15)

Com muita propriedade, Tunes; Piantino (2003) esclarecem que à medida que a mãe estimula seu filho nas tarefas diárias, enquanto prepara o alimento, o banho, a alimentação, etc., cria possibilidades simples e eficazes para seu desenvolvimento neuropsicomotor. As pequenas coisas do dia-a-dia de uma rotina doméstica, cada minuto da vida da criança, permitem-lhe conforme suas competências, as possibilidades para desenvolver-se, mesmo que não apresentem resultados imediatos ou bem-sucedidos.

- **Levar o filho para o acompanhamento de seu desenvolvimento**

Apesar de não se encontrar nenhum estudo que fizesses referências às dificuldades das mães em levar seus filhos até o local de atendimento, percebeu-se, em vários relatos, como essa dificuldade é significativa.

"Ah, eu acho que é isso, né, de todo mês assim, a gente ter que trazer, né. Que quando era mais nova era mais complicado ainda, sempre tinha que trazer, mais de uma vez por dia. Eu achava difícil, mas sempre trazia." (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 15)

"Tem muita dificuldade. O mais difícil pra mim é trazer era para consultar, porque eu venho a pé até a Unidade. Igual agora ele já tá andando, se eu pego na mãozinha dele e coloco ele pra andar, ele anda. Mas sempre tem uma pessoa que fala: será que não pode pegar esse menino não. Mas eu tô trazendo, vou continuar se Deus quiser, Deus vai me dar força. A dificuldade é trazer ele." (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15)

"Difícil assim, porque o outro filho estuda, né. Ai tem dia que to cansada pra tá trazendo e tudo. E eu nessa gravidez agora ficou difícil." (1, 3, 4, 5, 7, 9, 10, 13, 15)

Muitas vezes a tarefa de levar o filho ao tratamento coloca-o, de certa forma, diante da curiosidade, do preconceito. Somado a esse fator, algumas mães que moram longe do local do atendimento, vem a pés para a Unidade de Saúde. Além dos fatores mencionados, existe uma dificuldade real em carregar a criança, que muitas vezes a distância para chegar à Unidade é grande, levando-se em consideração o peso das crianças, calor excessivo, etc., contribuem acentuadamente para acompanhar o desenvolvimento de seus filhos e também nos processos de socialização da criança.

- **Falar com o filho sobre suas limitações**

Essa representação inconsciente, entretanto, é "passada" ao bebê a cada interação, mesmo não sendo confirmada pela expressão verbal. As mães podem necessitar de ajuda para conversar com o filho sobre a sua condição, sua história e suas limitações, mas é importante frisar que essa representação da mãe com grande impacto sobre a criança deve ser trabalhada ao longo da relação:

"Porque eu estou sentindo mais agora [...] que hoje o A. já pede pra levantar, que ele já quer ir a algum lugar. Mas só que ele não dá conta sozinho, isso que acho a maior dificuldade. E quando ele começar a entender e começar a perguntar por que ele não anda? Porque as coisas dele é assim? Ai que eu acho que vai complicar. Ai que eu comecei a pensar mais nisso, quando o A. entender as coisas e começar a perguntar por que isso aconteceu com ele. Ai eu acho que vai ser um pouco complicado de explicar." (1, 2, 3, 4, 6, 7, 9, 11, 13, 15)

Segundo Buscaglia (2002), as mães mostram um sentimento de "inquietude avassaladora" em relação ao crescimento do filho. [...] têm receio de que ele possa vir a acusá-las, a odiá-las. Essa preocupação das mães se justificaria, pois, para Mannoni (1983), a palavra de um adulto pode ter efeito alienante em uma criança. Na opinião de Cabassu (1997), o curso dos acontecimentos na vida de uma criança pode ser modificado de maneira significativa pelo impacto do discurso sobre a representação inconsciente que a mãe tem de seu bebê.

- **Compreensão materna a respeito do ambiente familiar em que vivem**

Discorre-se sobre as dificuldades socioeconômicas (extrema pobreza, miséria e desemprego); Alcoolismo e/ou drogas e Violência, como categorias contempladas nesta variável.

- **Dificuldades socioeconômicas (extrema pobreza, miséria e desemprego)**

Na primeira infância os principais vínculos, bem como os cuidados e estímulos necessários ao crescimento e desenvolvimento são fornecidos pela família.

"É muito ruim minha vida [...] vivemos da Bolsa Família, meu companheiro é desempregado. Às vezes não temos o que comer imagina brinquedo! Brinquedo aqui é lata, lixo mesmo. (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12)

No entendimento de Zamberlan; Biassoli-Alves (1996), a qualidade do cuidado, nos aspecto físico e afetivo social, decorre de condições estáveis de vida, tanto sócio-econômicas quanto psicossociais. A acentuada desigualdade social na realidade brasileira, em especial no Nordeste, ainda não garante à criança o direito de usufruir dessas condições.

Carvalhais; Benicio (2002) tocam num ponto de significativa representatividade ao dizer que: “o acesso a bens e serviços fica prejudicado com a ausência paterna porque a mãe tende a depender de outros membros da família com alocação de renda, o que não é necessariamente dirigida a suprir a necessidade da criança”. De acordo com Buscaglia (2002), se aceita no meio científico a importância que o nível socioeconômico pode exercer sobre a quantidade e qualidade dos estímulos ambientais direcionados a promover o desenvolvimento das crianças.

- **Alcoolismo e/ou drogas**

A destruição de um projeto de família, de vida, após várias tentativas de reversão da situação gerada pelo álcool e pelo uso de drogas, leva à perda da esperança e abandono do companheiro. Os relatos abaixo confirmam essa realidade:

“É muito ruim a convivência nesta casa, meu irmão é alcoólatra e assaltante quando chega e quer dormir, se tem zuada, bate em todo mundo.” (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 15)

“Meu companheiro bebe todo dia sabe, é alcoólatra brigamos muito, bate em mim e nas crianças é ruim. Mas, não tenho para onde ir.” (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14)

“Vivo numa legal, me divirto uso drogas, aproveito minha vida. Vivo em festa não tenho tempo pra essas coisas, pra brincar com criança.” (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 13, 15)

“Espero me livrar da coca tenho esperança, pra poder cuidar melhor do meu filho.” (1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13)

O álcool e a droga para Camargo (2000) podem causar dependência, e também se encontram associados violência doméstica levando à produção de sentimentos e emoções que favorecem a ruptura das relações e da própria vida psíquica dos diferentes membros. A ambivalência familiar se produz entre o desejo de melhorar e as reações produzidas pelo álcool e pelas drogas. Reforça Buscaglia (2002), que “o álcool e a droga causam dependência, a utilização crônica e excessiva causa sérias repercussões individuais, familiares e sociais comprometendo a qualidade de vida do usuário e das pessoas com quem ele convive”.

No estudo realizado por Zamberlan; Biassoli-Alves (1996) foi identificado em populações urbanas de baixa renda, níveis psicossociais de risco ao desenvolvimento das crianças no ambiente familiar. Considerou como ambientes potencialmente danosos “aqueles que incluem baixos níveis interativos e de desenvolvimento sócio emocional entre adultos e criança, presença de controle punitivo e restritivo e níveis mínimos de organização familiar”.

Violência

A violência é um grave problema de saúde, não apenas por resultar em morte de pessoas jovens e saudáveis, mas pelas sequelas de atos violentos em todas as faixas etárias, e pelas doenças provocadas na população pelo clima de agressividade e de medo. A má distribuição de renda e o desemprego são alguns dos fatores apontados como motivadores da violência. O uso de álcool e de drogas, por alterar o comportamento, também está intimamente ligado à escalada de agressões e crimes violentos (LIMA, 2000).

O ambiente familiar paradoxalmente, a criança tanto pode receber proteção quanto conviver com riscos para o seu desenvolvimento. Os fatores de risco relatados se referem frequentemente aos baixos níveis socioeconômicos e a fragilidade nos vínculos familiares contribuindo para que a criança desenvolva sua percepção, dirija e controle seu comportamento, permitindo adquirir conhecimentos e habilidades estabelecendo relações e construindo seu próprio ambiente físico e social. Os fatores de risco, segundo Lima (2000) podem resultar em prejuízos para solução de problemas, linguagem, memória, habilidades sociais.

As raízes e as expressões da violência são múltiplas e a escalada da violência nas últimas décadas tem atingido proporções epidêmicas. A prevenção e o controle da violência devem ser vistos como um problema de saúde pública, demandando intervenções em vários níveis (KUBLER-ROSS, 2005). Concorda-se com Lima (2000) quando diz:

> A violência é um grave problema de saúde, não apenas por resultar em morte de pessoas jovens e saudáveis, mas pelas sequelas de atos violentos em todas as faixas etárias e pelas doenças provocadas na população pelo clima de agressividade e medo. O desemprego tem levado a população vulnerável à condição de miséria, cresce o número de famílias sustentadas por mulheres, e essas famílias apresentam os maiores índices de pobreza, pois as condições sociais desfavoráveis somam-se às discriminações culturais.

É preciso que todos alcancem a consciência de que a pessoa vitima de violência não pode sofrer sozinha. O problema da violência não é individual, é social e deve ser resolvido

coletivamente. É preciso erguer com firmeza e constância as fontes da paz: a solidariedade; o diálogo; o respeito; á diversidade de gênero; de raça; ideologia; o respeito á vida; a natureza e às outras espécies, o respeito a liberdade de expressão; o compromisso de resolver os conflitos; o respeito aos direitos das gerações futuras; a promoção da equidade social (KUBLER-ROSS, 2005).

- **Percepção das mães em relação à necessidade da estimulação do ambiente em que vivem para melhor desenvolvimento normal de seu filho**

Nessa categoria, todas as mães relataram perceber a necessidade da estimulação como importante estímulo no processo evolutivo de seus filhos. É necessário, mais uma vez, frisar a possibilidade de autocensura das mães, dada a relação com a pesquisadora.

- **Necessidade de estimulação**

Os benefícios da intervenção precoce nas crianças em desenvolvimento suas famílias vão além dos ganhos neuromotores, pois ajuda a criança a conseguir um desenvolvimento otimizado para a sua condição em particular e, pode possibilitar que as crianças e as suas famílias vivam maiores graus de estabilidade e segurança. Na última fala, a mãe utiliza-se da racionalização como defesa, contra a frustração de suas expectativas de melhora com a estimulação do ambiente. Esse mecanismo pode demonstrar que ela sente o "estimular" como uma forma de apoio e de manutenção da sua esperança.

"Acho! Acho, tenho certeza que ela precisa. Ajuda bastante, melhorou bastante no seu desenvolver." (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15)

"Precisa, é o que muito ajuda ela. Eu acho que ela vem melhorando cada vez mais. Acho que eu não vou estimular meu filho porque não resolve." (1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11, 13, 15)

"Ah, eu acho que ajuda sim. Acho que precisa porque tem hora que eu penso sabe, eu paro lá em casa e falo assim: nossa a V. tá tão assim ainda, ah, eu queria que ela tivesse melhor. Só que aí eu penso se ela não tivesse estimulada, tivesse brinquedo como é que ela ia tá." (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 12, 13, 14, 15)

No terceiro relato, encontra-se a explicitação do dialogismo, mostrando que a mãe confere valor a outro discurso onde afirma: estimular o filho não resolve: Expressa assim, suas dúvidas e a tentativa de superação: não pode desistir no meio do caminho. O fato de expressar "não pode", "não posso" significa a incorporação de outro discurso, prescritivo, de autoridade reconhecida, talvez dos próprios profissionais de saúde. Ao opinar sobre esse aspecto, Kubler-Ross (2005) pontua:

> [...] a responsividade emocional e verbal das mães, ausência de punição e restrição; agressividade; violência; organização do ambiente físico e temporal; disponibilidade de materiais, brinquedos e jogos apropriados; envolvimento da mãe com a criança; oportunidade de variação na estimulação diária são considerados como ambientes potencialmente danosos para o desenvolvimento infantil.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa conseguiu responder seus objetivos.

Concluímos que:

- As visitas domiciliares contribuíram para esclarecer significados e complementar conteúdos que facilitaram a triangulação dos dados a serem analisados na pesquisa.

- O relato das mães sobre a percepção relativos ao ambiente em que seus filhos vivem e a falta de estimulação nestes ambientes interferem no desenvolvimento dos seus filhos foram confirmados.

- Fica evidenciado a importância da orientação do profissional em saúde em relação ao ambiente que vive a criança,na formação do vinculo mãe/ filho como sustentáculo da motivação no desenvolvimento do filho.

- De acordo com este estudo,a criação e manutenção desse vinculo,foram a base para a formação de expectativas e desejos de melhor desenvolvimento, bem estar e inserção social das crianças.

- A percepção de possibilidade reais e ou imaginária, mantém a esperança das mães,seu investimento as consultas de acompanhamento, alivia culpas e contribui para a inserção social da mãe e da criança,e conseqüentemente para o fortalecimento do vinculo.

- **Dificuldades percebidas**

-Destaca-se a sobrecarga da mãe pela suas próprias dificuldades pela discriminação e reação social a criança e freqüentemente pela ausência ou pouco apoio recebido.

-Na fala das mães observamos que as dificuldades mais encontradas foram: o abandono por membros da família,dificuldades de transporte, ausência de brinquedos para a estimulação e manuseio diário da criança, sobrecarga de atividades maternas,decorrentes da precariedade financeira das mães entrevistadas.

-A ausência de apoio público mais efetivo na atenção primária de saúde a essas crianças e sua famílias.

- **Sugestões**

- Que o profissional na atenção primária de saúde possa realizar vigilância no desenvolvimento infantil,pois é nessa etapa de vida extra-uterina,que o tecido nervoso mais cresce e amadurece,estando,portanto,mais sujeito agravos.

- Que este profissional tenha conhecimentos básicos de desenvolvimento infantil,conheça como se comporta uma criança normal, que fatores podem contribuir para que o desenvolvimento possa alterar e saiba reconhecer comportamento que possa sugerir algum problema.

- Acredita-se que uma prática interdisciplinar e estudos interdisciplinares nessa área poderiam contribuir para melhorar os níveis de interação mãe/ filho e mãe/ profissional de

saúde conseqüentemente com essa prática significativa teriamos melhor evolução do desenvolvimento neuropsicomotor e qualidade de vida das crianças.

- Este estudo deixou-me a impressão de que é difícil definir quem sofre mais: a mãe ou a criança. Ambas precisam de colo.

REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L. **Família de crianças e adolescentes em Belo Horizonte**: diversidade e movimento. Belo Horizonte: AMAS, 1995. 167p.

AGUIAR, M.J.B. Cidadania e deficiência. In: SALGADO, I.M.; VALADARES, E.R. **Para compreender a deficiência.** Belo Horizonte: Rona, Faculdade de Medicina da UFMG, 2000**.** 464p.

AMIRALIAN, M. L. T. **Psicologia excepcional**. São Paulo: EPU, 2002. 76p.

BOWLBY, J. **Apego**: a natureza do vínculo. São Paulo: Martins Fontes, 2006. 444 p. v.1.

_____. **Cuidados maternos e saúde mental**. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

BRANT, M. C. C. (Org.). **A família contemporânea em debate**. 6. ed. São Paulo: Cortês, 2005. 122 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da Republica Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Educação e Cultura. **Referencial curricular nacional da educação infantil**. 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência á Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. 2. ed. Brasília, 1998. 36p.

BRONFENBRENNER, U. **A ecologia do desenvolvimento humano**: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 272p.

BURDEN, R.; THOMAS, D. Working with parents of excepcional children: the need for more careful thought and more positive action. **Taylor & Francis Group**, v.1 n. 2, p. 165-171, jan. 1986.

BURNS, Y. R.; MACDONALD, J. **Fisioterapia e crescimento na infância**. São Paulo: Santos, 1999. 516 p.

BUSCAGLIA, L. F. **Os deficientes e seus pais**: um desafio ao aconselhamento. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 2002. 415p.

CAIXETA, M. O lugar da psicologia no Hospital Geral: uma abordagem critica. **Revista de Psicologia Médica,** Rio de Janeiro, v.5, n.2, p.27-36, jun. 2005.

CABASSU, G. Introdução. In: WANDERLEY, D. B. **Palavras em torno do berço**. 2. ed. Salvador: Àgalma, 1997. p. 21 – 31.

CAMARGO, W. Transtornos do desenvolvimento. In: SALGADO, I. M.; VALADARES, E. R. **Para compreender a deficiência**. Belo horizonte: Rona, Faculdade de Medicina da UFMG, 2000. 464p.

CARVALHAIS, M. A. B. L.; BENÍCIO, M. H. D. A Capacidade materna de cuidar e desnutrição infantil. **Rev. Saúde Pública**, n. 36, p. 188-97, 2002.

CRESPIN, G.C. **A clínica precoce**: o nascimento do humano. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 14-45. (Coleção 1ª Infância, v. 1).

DESSEN, M. A.; LEWIS, C. Como estudar a família e o "pai". **Cadernos de Psicologia e Educação Paidéia**, v.8, n.14/15, p. 105-121, 1998.

_____; COSTA JUNIOR, A. L. **A ciência do desenvolvimento humano**: tendências atuais e perspectivas futuras. Porto Alegre: Artmed, 2005.

DORMANS, J.P.; PELLIGRINO, L. **Carring for children whith cerebral palsy**: a team approach. Baltimore: Publisher Company, 1998. 496p.

DROTAR, D. et al. Correlates of parental participation during informed consent for randomized clinical trials in the treatment of childhood leukemia. **Ethics and Behavior**, supl. 4, p. 358-364, 2004.

ECKERT, H. M. **Desenvolvimento motor**. 3. ed. São Paulo: Manole, 1993. cap. 6 e 8.

EVANGELISTA, L. M. da C. **As novas abordagens do diagnóstico psicológico da deficiência mental.** São Paulo: Vetor, 2002.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI**: o dicionário da língua portuguesa. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2005.

FERREIRA, S. A interação mãe-bebê: primeiro passo. In: VANDERLEY, D. B. **Palavras em torno do berço**. 2. ed. Salvador: Ágalma, 1997. p. 21-31.

FREUD, S. **Os instintos e suas vicissitudes 1915**. Rio de Janeiro: Imago, 1997. v.14. p.137-168. (Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas)

GALLIMORE, R. et. al. Family resposes to children with early development delays II: Accommodation intensity and activity in early and middle childhood. **American journal on Mental Retardational**, v. 101, p. 215-232, 1996.

KEPPNER, K. Desenvelopment in desenveloping context: rethinking the family's role for children's development. In: WINGNEGAR, L.T.; VALSINER, J. (Org.). **Children's desenvelopment within social context**. Hillsdale: Lawrence Erlbaum, 1992. p. 161-179.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. Tradução de Paulo Meneses. 8. ed. São Paulo: Marins Fontes, 2005. p. 40-279.
LAMB, M. E.; BILLINGS, L. A. L. Fathers of the children with special needs. In: _____. (Org.). **The role of the fathers in the child development**. 3. ed. New York: Wiley, 1997. p. 179-190.

LEBOVICI, S.; SOULÉ, O. **Conhecimento da criança pela psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980. 641p.

LEFÉVRE, B. H. **Mogolismo**: orientação para as famílias. 2. ed. São Paulo: Artmed, 1988. 188p.

LEFÉVRE, F.; LEFÉVRE, A. M. C**. O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). Caxias do sul: EDUCS, 2003. 256 p.

LE VINE, R. A. Cultural environments in child development. In DAMON, W. (Org.). **Child development today and tomorrow**. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 1989. p.52-68.

LIMA, V. L. D. Acompanhamento psicológico de alunos. In: SALGADO, I. M.; VALADARES, E. R. **Para compreender a deficiência**. Belo horizonte: Rona, Faculdade de Medicina da UFMG, 2000. 464p.

MACIEL, M. R. C. Portadores de deficiência: a questão d inclusão social. **Perspectivas**, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 51-56, abr./jun. 2000.

MANONNI, M. **A criança atrasada e a mãe**. Tradução de Maria Raquel Gomes Duarte. 3. ed. Lisboa: Moraes, 1981. 265 p.

_____. **De um impossível a outro**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Zahar, 1986. 160p.

MARCONDES, E. et al. Crescimento e desenvolvimento. In: MARCONDES, E. (Coord.). **Pediatria básica**. 8. ed. São Paulo: Sarvier, 1991. p.35-62.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p.

MIRANDA, L. P.; RESEGUE, R.; FIGUEIRAS, A. C. M. A criança e o adolescente com problemas do desenvolvimento no ambulatório de pediatria. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 79, supl. 1, p. 33-42, maio./jun. 2003.

OMS. **Carta de OTTAWA**: Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. 2009. Disponível em: http://www.opas.org.br/promocao/upload.arq/ottawa.pdf. Acesso em: 12 jul. 2009.

OSORIO, L. C. **Família hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. 91p.

PELCHAT, D. et al. longitudinal effects of an early family intervention programme on the adaptation of parents of children with a disability. **International Journal of Nursing Studies**, v. 36, p. 465-477, 1999. Disponível em: <http://www.elsevier.com/locate/ijurstu>. Acesso em: 12 jun. 2011.

PETEAN, E. B. L.; PINA-NETO, J. M. **Investigações em aconselhamento genético**: impacto da primeira notícia a reação dos pais a deficiência. Ribeirão Preto: Medicina, 1998. 7p.

PIAGET, J. **A formação do símbolo na criança**: imitação, jogo e sonho, imagem e representação. 3. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1990.

_____. **A linguagem e o pensamento da criança**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
PINTO, M. D. Desafios na educação inclusiva. In: SALGADO, I. M.; VALADARES, E. R. **Para compreender a deficiência**. Belo horizonte: Rona, Faculdade de Medicina da UFMG, 2000. 464p.

RIBEIRO, G. P. **Diabetes tipo 1**: práticas educativas maternas e adesão infantil ao tratamento. 2004. 115 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Infantil e Adolescência) – Departamento de Psicologia, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.

SANTOS, G. P. A criança doente e seus pais. In: SALGADO, I. M.; VALADARES, E. R. **Para compreender a deficiência**. Belo horizonte: Rona, Faculdade de Medicina da UFMG, 2000. 464p.

SINHA, S. R. Childrearing practices relevant for the growth odfe dependency and competence in children. In: VALSINER, J. (Org.). **Child development within culturally structured environment**. Norwood, NJ: Ablex Plublishing Coporation, 1995. p. 105-135.

SHEPHERD, R. B. **Fisioterapia em pediatria**. Tradução de Hidelgard Thiemann Buckup. 3 ed. São Paulo: Santos, 2002. 421p.

SILVA, N. L. P.; DESSEN, M. A. Deficiência mental e família: implicações para o desenvolvimento da criança. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.17, n. 2, p. 133-141, maio./ago. 2001.

SOUZA, S. C. B.; PIRES, A. P. Comportamento materno em situação de risco: mães de crianças com paralisia cerebral. **Psicologia, Saúde & Doença**, Lisboa, v.4, n.1, p.111-130, 2003.

SPITZ, R. A. Hospitalism: na inquiry into the genesis of psychiatrc conditions in early childood. **Psychonalytic study Child**, Londres, v. 1, p. 53-74, 1945.

_____. **O primeiro ano de vida**. São Paulo: Martins Fontes, 1979. Tradução de: The first Year of life: a psychoanalytic study of normal and deviant development of object relation.

_____. **O primeiro ano um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo as relações objetais**. Tradução de Erothildes Millan Barros da Rocha. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988. 279p.

TELFORD, C. W.; SAWREY, J. M. **O indivíduo excepcional**. Tradução de Álvaro Cabral. 5. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1988. 642p.
TUNES, E.; PIANTINO, L. D. **Cadê a Síndrome de Down que estava aqui? O gato comeu...**: o Programa de Lurdinha. 2. ed. rev. e amp. Campinas, SP: Autores Associados, 2003. 42p.

VASCONCELOS, E. M. **Educação popular como instrumentos de controle das doenças infecciosas e parasitárias**: educação popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. 1997. 218 f. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1997.

VIGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**: o desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1994. 191p.

WANDERLEY, D. B. (Org.). **Palavras em torno do berço**: intervenção precoces bebê e família. 2. ed. Salvador: Àgalma, 1997. 162p.

WINNICOTT, D. W. **Da pediatria à psicanálise**: obras escolhidas. Tradução de Davy Bogomoletz. Rio de Janeiro: Imago, 2000. 456p.

_____. **Os bebês e suas mães**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. 98p.

ZAGONEL, I. P. S. et al. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivência no puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 2, p. 24-32, 2003. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista>. Acesso em: 25 abr. 2005.

ZAMBERLAN, M. A. T.; BIASOLI-ALVES, Z. M. M. **Interações familiares**: teoria, pesquisa e subsídios à intervenção. Londrina: UEL, 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MATRNO-INFANTIL
MESTRADO ACADÊMICO

PROTOCOLO DE REGISTRO DE DADOS SOCIAIS E ECONÔMICOS

- Idade da criança;
- Idade da mãe;
- Profissão da mãe;
- Situação conjugal da mãe;
- Relação de propriedade com a moradia;
- Escolaridade da mãe;
- Sexo dos filhos;
- Tipo de moradia;
- Renda familiar per capita;
- Número de filhos.

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MATRNO-INFANTIL
MESTRADO ACADÊMICO

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- Qual sua reação em relação à notícia de sua gestação?
- Que atitudes você teve após receber a notícia da gestação?
- Qual a sua expectativa com relação ao futuro do seu filho?
- Qual sua participação no atendimento ou tratamento para acompanhar o desenvolvimento normal de seu filho?
- Que receios você tem relacionado ao futuro do seu filho?
- Como você contribui para estimular o desenvolvimento do seu filho no domicilio?
- Como você entende a reação das pessoas com seus filhos?
- Como você avalia a forma como os profissionais de saúde que acompanham seu filho no desenvolvimento o vêem?
- Quais as maiores dificuldades maternas encontradas?
- O que você acha a respeito do ambiente familiar em que vive o seu filho?
- Você considera necessária a estimulação do ambiente em que vive para melhor desenvolvimento de seu filho?

APÊNDICE C - Lista de cognomes.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MATRNO-INFANTIL
MESTRADO ACADÊMICO

MÃE	COGNOMES	IDADE
1	Acácia	13 anos
2	Azaléia	13 anos
3	Hortência	14 anos
4	Tulipa	14 anos
5	Orquídea	15 anos
6	Papoula	16 anos
7	Violeta	18 anos
8	Jasmim	20 anos
9	Magnólia	21 anos
10	Camélia	23 anos
11	Amor Perfeito	23 anos
12	Dália	25 anos
13	Miosótis	28 anos
14	Sempre-viva	31 anos
15	Margarida	31 anos

ANEXO

ANEXO A - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.

Universidade Federal do Maranhão
Hospital Universitário
Diretoria Adjunta de Ensino, Pesquisa e Extensão
Comitê de Ética em Pesquisa

PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº 345/09
Registro do CEP: 021/09 **Processo Nº: 000701/2009-90**
Pesquisador (a) Responsável: Raimundo Antonio da Silva
Equipe executora: Lila Isabel Câmara de Paula
Tipo de pesquisa: Projeto de Pesquisa
Instituição onde será desenvolvido: Unidade de Saúde Antonio Carlos Reis
Grupo: III
Situação: APROVADO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Federal do Maranhão analisou na sessão do dia **17/04/09** o Processo Nº: **000701/2009-90**, referente ao projeto de pesquisa: **"Percepção de mães de crianças nos três anos de vida sobre a associação entre estimulação ambiental e o desenvolvimento normal, atendidas na Unidade de Saúde Antonio Carlos Reis"**, tendo como pesquisador (a) responsável: **Raimundo Antonio da Silva,** cujo objetivo geral é **"Realizar o levantamento dos conhecimentos das mães de crianças na faixa etária de 0 a 3 anos sobre a associação entre estimulação ambiental e o desenvolvimento infantil normal de crianças atendidas na Unidade de Saúde Antonio Carlos Reis, Cidade Olímpica São Luís, Maranhão ".**

Assim, mediante a importância social e cientifica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde / MS.

Solicita-se ao (à) pesquisador (a) o envio a este CEP, de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD-ROM.

São Luís, 02 de outubro de 2009

Prof. Dr. João Inácio Lima de Souza
Coordenador do CEP-HUUFMA
Ethica homini habitat est